

UNIVERSITE PARIS DESCARTES
FACULTE COCHIN PORT ROYAL

DIU MEDECIN COORDONNATEUR
EN EHPAD

2015

**MISE EN PLACE ET EVALUATION D'UNE ACTIVITE
PHYSIQUE ET SPORTIVE DANS UN ETABLISSEMENT
D'HEBERGEMENT DE PERSONNES AGEES
DEPENDANTES**

EHPAD Saint Vincent de Paul

72530 YVRE L'EVEQUE

Docteur Jean-Luc MURCIANI

A Willy Thomas, qu'il continue à s'investir avec autant d'enthousiasme dans l'activité physique et sportive de l'EHPAD.

A tout le personnel de l'EHPAD Saint Vincent de Paul d'Yvré l'Evêque, qu'il continue à œuvrer aussi bien au quotidien au bien-être des résidents.

A toute ma famille, qu'elle continue à œuvrer aussi bien au quotidien à mon bien-être...

PLAN

*Pourquoi ce sujet de mémoire ?	Page 4
*Dans quel contexte ?	Page 5
*Quelles actions envisagées ?	Page 7
*Pourquoi l'EHPAD ?	Page 7
*Intérêt de l'APS ?	Page 8
*Quid de notre EHPAD ?	Page 11
*Qui pouvait intervenir ?	Page 12
*Comment mettre en place l'APS ?	Page 14
*Pour quels résidents ?	Page 15
*Quels critères d'évaluation ?	Page 16
*Quels ont été les freins ?	Page 18
*Quels résultats ?	Page 19
*Quel avenir ?	Page 21
*Conclusion	Page 21
*Annexes	Page 23
*Bibliographie	Page 24

POURQUOI CE SUJET ?

La perte rapide d'autonomie liée à l'institutionnalisation nous a souvent surpris. Nombreux sont nos souvenirs de résidents admis pour isolement social, chutes à répétition mais sans réelle dépendance et qui se retrouvaient en deux ans en GIR 2 ou 3. Pourquoi ?

Nous avons souvent retrouvé intriqués trois facteurs : la perte de l'envie de vivre, la perte de l'envie de manger, la perte de l'envie de bouger.

L'entrée en EHPAD est associée pour le résident au deuil de son cocon, sa maison, ses meubles, ses voisins. La dépression réactionnelle est alors fréquente ; le pourcentage de résidents sous antidépresseurs le traduit bien (37% dans notre structure). Prouver au nouvel entrant qu'il se trouve désormais dans autre et nouveau lieu de vie, en le valorisant, en lui offrant des projets était notre première idée de sujet de mémoire ; nous avons été en 2013 directeur du mémoire d'un étudiant en art thérapie à la faculté de médecine de Tours (1) ; son titre était « Une expérience en art-thérapie à dominante art plastique et musique auprès de personnes âgées souffrant d'une déficience sensorielle ». Nous avons été surpris des résultats obtenus avec certains résidents, y compris les pauci réactifs, par la pratique de la peinture, du modelage, de la musique.

La perte d'appétit, le dégoût de la viande sont souvent responsables de dénutrition avec sarcopénie, dynapénie(2,3) ; une supplémentation hypercalorique, hyperprotidique est bien mise en place mais les résultats sont souvent décevants ; les travaux du Professeur Cynober (4) et du Docteur Moinard de l'université Paris- Descartes nous ont interpellés ; l'ajout de Citrulline comme facteur diminuant le shunt splanchnique des acides aminés et abaissant leur seuil d'absorption au niveau du muscle est innovant ; nous étions prêts à faire un mémoire sur ce sujet. Nous avons douze grands dénutris

susceptibles de bénéficier de ce complément; mais le coût du produit a été un frein à la mise en place du projet.

Finalement, nous avons choisi de traiter de la mise en place de l'activité physique et sportive en EHPAD; d'abord parce que nous sommes diplômé et passionné de médecine du sport; ensuite parce que l'ARS nous demandait, par un appel à projet, d'intégrer l'expérimentation régionale de mise en place d'activité physique et sportive encadrée par des professionnels du sport totalement étrangers à la gérontologie; surtout parce que cette pratique, nous en étions persuadés, allait avoir un impact non seulement sur le renforcement musculaire mais aussi sur le plaisir, la valorisation de soi, l'envie de bouger, de manger, de vivre....

La mise en place d'une activité physique et sportive, fut-elle adaptée, pose beaucoup de questions. Quel personnel impliquer? Quels résidents sélectionner? Quels types d'exercices privilégier ? Quels bénéfices en attendre? Et comment mettre en évidence les effets positifs de cette nouvelle prise en charge?

Autant de questions que ce mémoire se propose d'aborder et, si possible, d'y apporter quelques réponses.

QUEL EST LE CONTEXTE ? :

*La Charte internationale de Toronto (2010) appelle les gouvernements à faire de la pratique d'activités sportives une priorité (5). Cette Charte sert de cadre à l'élaboration de mesures, à la création de partenariats entre différents secteurs et avec les collectivités. Cette Charte est le fruit de deux années de concertation internationale et de consultations à grande échelle. La consultation globale a permis de recueillir des réponses individuelles et organisationnelles provenant de 55 pays.

*Le Conseil des ministres du 10 octobre 2012 (Valérie Fourneyron et Marisol Touraine) annonce la mise en place d'une politique pour promouvoir les activités physique et sportives (APS) pour toutes et tous et à tous les âges de la vie.

*L'instruction ministérielle du 24 décembre 2012 demande la mise en place de plans régionaux «Sport- Santé-Bien être » pluriannuels.

Toute cette démarche est confortée par le rapport du Professeur Daniel Rivière, remis aux ministres en décembre 2013 (6), « Promouvoir l'APS chez les seniors ». On y relève notamment qu'il convient de promouvoir les actions de maintien de l'intégrité et de la santé de personnes âgées dépendantes ; l'intervention de *professionnels du monde sportif et la généralisation de l'accueil d'éducateurs sportifs est souhaitée* ; ces derniers travailleront en lien avec les équipes soignantes en particulier le médecin coordonnateur et le cadre infirmier coordonnateur.

C'est dans ce contexte que l'Agence Régionale de Santé et la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale des Pays de la Loire lancent le plan 2013-2016 ; nous sommes concernés par le développement de la pratique de l'APS pour les personnes âgées dépendantes accompagnées dans les EHPAD. La Sarthe est le département pilote choisi pour la région des Pays de la Loire ; sont intégrés à la démarche 64 établissements avec l'investissement de 25 éducateurs sportifs. Le budget alloué permet de réaliser 154 heures hebdomadaires.

Le pilotage est assuré par des représentants des structures suivantes : L'ARS, la DRJSCS, le Conseil régional, les Conseils généraux, les collectivités locales, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, le Comité régional olympique et sportif, les Ligues sportives, le Rectorat, les Représentants des praticiens hospitaliers et libéraux, les Représentants des paramédicaux, l'Université, les écoles supérieures et instituts, les Services universitaires des APS et de médecine préventive ; on ne peut pas faire plus en termes de pluridisciplinarité !

QUELLES SONT LES ACTIONS ENVISAGEES ?

*Développer la prise en compte des APS dans les projets d'établissements.

*Assurer le passage à une pratique régulière de découverte et de sensibilisation d'activités physiques et sportives.

En pratique, une convention est signée entre l'EHPAD, l'association sportive employeur de l'éducateur (le LMA72) et le Comité Départemental Olympique et Sportif de la Sarthe (Annexe 1).

Elle précise l'organisation des séances, les modalités de financement de l'action, le rôle de l'EHPAD, le rôle de l'association, le rôle du CDOS, l'importance du respect du secret médical, les clauses de résiliation.

L'EHPAD s'engage à la présence durant les séances de personnels soignants pouvant intervenir immédiatement ; il s'engage également à limiter le groupe à 20 personnes et à n'inclure que des personnes volontaires avec un certain degré d'autonomie mais difficiles à définir de manière globale tant sur le plan physique que cognitif.

POURQUOI CIBLER LES EHPAD ? :

Le grand risque dans un EHPAD est la sédentarité ; les petites tâches ménagères qui faisaient le quotidien du résident avant son admission n'existent plus; les sorties à l'extérieur sont souvent craintes; les escaliers sont souvent condamnés par « sécurité »; les espaces de déambulation sont restreints; quand les familles rendent visite, « on fait salon »! Les aidants sont là à portée de mains ; la tendance, pour de nombreux résidents, certes très âgés et fatigués, est de faire faire plutôt que de faire y compris les actes potentiellement encore aisément réalisables; l'exemple le plus parlant est la

marche; l'arrêt de la déambulation est vite génératrice d'atrophie quadricipitale avec insécurité, peur de la chute, chutes, difficulté à passer de la position assise à la position debout (WC); le fauteuil roulant et les protections permanentes en sont vite les conséquences

Pour le personnel, il est plus facile et plus rapide de descendre en salle à manger un résident en fauteuil roulant poussé que de l'assister dans son parcours de marche ; l'invitation régulière à l'installation aux toilettes et l'accompagnement prend plus de temps que la mise en place d'une protection périnéale....

QUELS INTERETS A L'APS ?

L'activité physique au sens large comprend l'ensemble des activités de la vie quotidienne, tâches domestiques, transports, loisirs, sport.

Le sport est une composante de l'activité physique associée soit à la recherche de performance, de résultats soit à la recherche de plaisir, seul ou en groupe.

Quels que soient l'âge et le niveau de dépendance, les bénéfices sont multiples sous réserve d'une alimentation et hydratation correctes.

L'impact sur la prévention des chutes est attesté par de nombreuses études, récemment encore par le module APA-Santé EHPAD réalisé par l'ARS d'Aquitaine dans son programme NABUCCOD 2010-2012 (7).

Nous ne ferons qu'évoquer les différents appareils susceptibles d'être impactés par l'APS.

Sur le système articulaire, une pratique raisonnée de sports à impacts faibles ou modérés apparaît clairement bénéfique en termes de réduction de capacité au cours du temps. La littérature actuelle ne permet pas de conclure quant à un éventuel risque de progression d'une arthrose préexistante en cas de poursuite de l'activité physique ; cette dernière devrait idéalement permettre un maintien des amplitudes articulaires avec un minimum d'impacts et de contraintes en torsion sur les articulations arthrosiques.

Au niveau musculaire, des exercices réguliers, par exemple des exercices de renforcement de la sangle lombo-abdominale et de proprioception chez les patients lombalgiques permettent une diminution des douleurs. La limitation de la sarcopénie quadricipitale est gage de gain en équilibre, en qualité de la déambulation, bref en autonomie (8). Le bénéfice en termes de réduction du nombre de chutes a été encore récemment prouvé avec des impacts financiers conséquents (9, 11).

Sur le plan osseux, la pratique d'un sport au cours duquel les os subissent des impacts réguliers (Marche rapide, sautilllements, jeux de ballon,...) favorise leur renouvellement et augmente leur solidité. La pratique de ces sports, même avec une intensité modérée, permet de lutter contre l'ostéoporose alors que les sports où les impacts sont rares ou absents (natation, vélo, etc.) n'ont pas d'effets bénéfiques sur les os.

Le bénéfice sur le plan cardiaque est rapporté dans de nombreuses études : la pratique régulière d'une activité physique permet une diminution de 27% du taux de mortalité, toutes causes confondues, et de 31% du taux de mortalité par infarctus du myocarde chez les patients souffrant d'une maladie coronarienne (12). L'activité physique a également un effet positif chez les insuffisants cardiaques, notamment en améliorant la consommation maximale d'oxygène (VO₂ max), en améliorant l'endurance à l'exercice et en augmentant la distance de marche au test de six minutes (13).

L'impact de l'activité physique chez les patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) a son importance dans le contrôle de la dyspnée (14).

Sur le plan digestif, l'APS favorise le transit intestinal; selon les chiffres de la fondation Association pour la Recherche sur le Cancer (ARC), pratiquée régulièrement, elle permettrait une diminution de 19% du risque de développer un cancer du côlon grâce à plusieurs mécanismes :

- L'accélération du transit intestinal réduit l'exposition de la muqueuse digestive aux agents cancérigènes présents dans les produits alimentaires (pesticides...).
- La prévention du surpoids et de l'obésité.

- La diminution de la production de certaines hormones de croissance impliquées dans la prolifération de cellules cancéreuses (Insuline, IGF-1).

La stimulation du système immunitaire favorise les défenses naturelles contre les cellules.

Bien sûr en EHPAD, c'est surtout l'effet bénéfique sur la constipation qui sera retenu.

L'activité physique chez le patient diabétique de type 2 permet l'amélioration de la consommation maximale d'oxygène (VO₂ max), la réduction de l'hémoglobine glyquée et la réduction du LDL-cholestérol.

Sur les troubles cognitifs, l'effet est également probant (10,15, 36); plusieurs études de cohortes longitudinales menées auprès de personnes âgées normales indiquent que l'exercice physique est associé à un déclin cognitif moindre et à une diminution du risque de démence. Par contre, d'autres études ne sont pas parvenues à démontrer l'effet protecteur potentiellement conféré par l'exercice physique contre le déclin cognitif et l'incidence de la démence. Deux méta-analyses publiées récemment ont révélé l'impact des programmes d'activité physique sur la fonction cognitive chez les adultes âgés. Les troubles du sommeil des seniors peuvent être objectivement améliorés par l'activité physique (16).

Il en est de même pour l'humeur (17). Le fait de réaliser que l'on est encore capable par sollicitation régulière de faire certains mouvements, de tenir certaines postures est en soi valorisant quel que soit le degré de dépendance.

Plus globalement, il est prouvé que l'espérance de vie est augmentée par l'activité physique (18).

Récemment une étude prospective australienne (19) a montré une diminution significative des demandes en soins médicaux chez des patients de plus de 65 ans participant à un programme d'activité physique globale quotidien comprenant vingt minutes de marche, des exercices de stretching, des exercices d'équilibre et un renforcement musculaire des membres supérieurs et inférieurs trois à quatre fois par semaine. La durée totale des exercices

demandés s'élevait à environ 30-40 minutes par jour. Les participants au protocole démontraient une réduction significative en termes de ré hospitalisations (réadmissions aux urgences par exemple), contrôles chez le médecin traitant, ou nécessité de soins paramédicaux (physiothérapie, aide à domicile, nursing).

La liste des bienfaits de l'APS sur tous les organes sera utile pour motiver les résidents et faire adhérer l'équipe soignante au projet.

QUID DE NOTRE EHPAD ? :

L'EHPAD Saint Vincent de Paul d'Yvré l'évêque dans le Sarthe est un des 14 établissements de l'Association Chrétienne des Institutions Sociales et de Santé de France (ACIS-FRANCE, association loi 1901 dont le siège social est à Lille). Il se situe au centre du bourg de cette commune rurale de 4300 habitants située en banlieue du Mans et faisant partie de la communauté urbaine du Mans.

Il s'agit d'une structure sur trois niveaux desservis par deux escaliers et deux ascenseurs : Le rez de chaussée est réservé à l'accueil, les bureaux de l'administration, la salle à manger, la salle des familles, la cuisine, la lingerie et les vestiaires du personnel. Deux étages servent à l'hébergement des 80 résidents avec, à chaque niveau, une salle de soins et une tisanderie. Une partie du premier étage est sécurisée et permet l'accueil de douze personnes très désorientées.

18 médecins généralistes interviennent ; cinq d'entre eux assurent le suivi de 80% des résidents ; ces cinq praticiens sont bien impliqués et viennent régulièrement à la commission de coordination gériatrique pour des échanges fructueux.

Pour satisfaire à la demande de soin, 1 ETP d'IDE référente, 3 ETPd'IDE, 11.7 ETP d' AS et 17 ETP d' ASH sont mobilisés ; s'ajoutent à cela le petit 0.10 ETP de la psychologue et le 0.8 ETP de l'animatrice.

Le médecin coordonnateur est sous contrat pour un 0.5 ETP.

Nous ne disposons pas de poste d'ergothérapeute ni de psychomotricien.

Dans le cadre du renouvellement de notre convention tripartite, notre GMP a été validé à 742 par le médecin du conseil général en Juin 2014 et le PMP à 152 par le médecin de l'ARS à la même date.

L'insuffisance criante d'activité dans notre établissement rendait la démarche plus que légitime.

Restait à impliquer le plus de monde possible et à trouver pour l'intervenant prestataire de l'APS une personne ressource interlocuteur privilégié.

QUI POUVAIT INTERVENIR SUR LE SUJET ?

* Le directeur dut être sensibilisé à l'intérêt de l'activité ; cela risquait de perturber quelque peu le quotidien et les plannings ; mais une vacation d'animation prise en charge par l'ARS ne se refuse pas !

* Les infirmières furent vite convaincues et partie prenante de l'action.

* Les aides soignantes, plus proches des résidents, notamment les référents, étaient également des éléments facilitateurs.

* Les médecins traitants ont été informés de la démarche via la commission de coordination gériatrique; ils ont bien sûr manifesté leur intérêt mais ne pouvaient s'impliquer du fait de leur emploi du temps (20).

* L'animatrice était contente de voir une vacation remplie le jour où elle ne travaillait pas...Elle propose bien régulièrement des activités ayant une petite composante physique ; mais elle n'a, à ce jour, aucune compétence médicale ou sportive et, pour elle, le caractère ludique a toujours primé.

* La NGAP des kinésithérapeutes prévoit bien le maintien de la déambulation (AMC 6) ainsi que le travail de la posture, l'équilibre et la coordination (AMC 8). Les séances de groupe sont limitées à trois personnes. Mais nous sommes tous conscients du peu de disponibilité des paramédicaux ; ils se réservent, chez

nous, essentiellement pour les encombrements bronchiques, les post chirurgicaux, les post AVC, parfois pour les post chutes.

On retrouve dans la Nomenclature des actes professionnels des kinésithérapeutes :

**Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé: AMC 8*

**Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée (séance d'une durée de l'ordre de vingt minutes) :AMC 6*

Cet acte vise à l'aide au maintien de la marche, soit d'emblée, soit après la mise en œuvre de la rééducation précédente. Traitements conduits en parallèle de plusieurs patients :

Si le praticien choisit d'accueillir deux ou trois patients (le nombre de malades pris en charge simultanément ne peut excéder trois), le temps consacré individuellement à chaque patient par le praticien doit être de l'ordre de trente minutes, par période continue ou fractionnée.

*Les associations, type SIEL BLEU, assurent des prestations intéressantes tant en séances d'APS en groupe de résidents qu'en formation des agents qui le souhaitent pour un relai efficace. Mais le budget est conséquent pour l'EHPAD.

*Les nouvelles technologies (Type Wii, Ludomedi) n'existent pas dans notre EHPAD. Elles pourront un jour inciter les résidents à s'auto-entretenir mais ceux actuellement en structure n'ont que peu de gout pour ces techniques (aucun ordinateur portable, aucune tablette à ce jour).

*L'éducateur sportif est bien le pivot du dispositif avec son *savoir, son savoir-faire et son savoir être*. Willy Thomas, l'éducateur sportif qui intervient dans notre EHPAD nous a fait profiter des trois versants de ses compétences :

Son savoir a été acquis, après 17 ans de régime d'infanterie de marine, par un Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport (BPJEPS) au centre national des Sports de la Défense (Ex bataillon de Joinville) en 2010, par un diplôme d'entraîneur de Marche Nordique 1° degré en 2012 et une formation de coach Athlé- Santé en 2013.

Son savoir-faire a été développé grâce à tout son parcours professionnel mais plus spécifiquement par son activité régulière pour l'association des diabétiques du Mans et pour celle des parkinsoniens. Son relationnel par le toucher recoupe les préconisations de la méthode Gineste-Marescotti.

C'est surtout son *savoir-être* qui va permettre le succès de l'APS en EHPAD. En effet, il va évoluer dans un milieu architectural inhabituel avec un groupe inhomogène, particulier pour lui (Age et handicap) nécessitant une adaptation à la structure, au personnel et à chaque résident. Son empathie, sa capacité à mobiliser, son enthousiasme sont la clef de voûte du dispositif.

COMMENT METTRE EN PLACE L'APS ?

Pour le créneau horaire, le choix s'est fait en fonction du jour d'absence de l'animatrice (Le vendredi) et l'après midi (Le matin étant préférentiellement réservé aux toilettes et aux soins)

Le lieu pour l'activité était important; la salle à manger est chez nous le lieu de vie convivial; régulièrement, les tables sont poussées pour laisser la place à des groupes de danseurs folkloriques ou d'autres activités. Ce lieu n'a pas posé de problème à notre coach sportif.

CONSIGNES AUX AGENTS : La présence de soignants pouvant être utiles pendant la séance était une demande légitime dans le cadre du partenariat ; elle n'a pas posé de difficulté particulière. De plus, une sonnette reliée aux téléphones portables des soignants est à portée de mains pour demander de l'aide si besoin.

CHOIX DES EXERCICES : Ils ont été laissés à l'initiative du coach avec toutefois une demande de ciblage systématique sur trois domaines:

*L'amplitude articulaire (Epaules, coudes, genoux)

* La statique vertébrale (Anticyphose, ampliation thoracique)

*Le renforcement musculaire notamment du quadriceps.

Nous ne détaillerons pas les différentes activités, mais toutes les articulations sont concernées.

En station assise, les exercices mettent en mouvement la partie haute et la partie basse du corps ; en synthèse, le relevé de chaise (avec appui sur les accoudoirs, appui sur les quadriceps, mains croisées) est travaillé par chacun selon ses capacités.

En station debout, l'équilibre (unipodal, yeux fermés,...) et la souplesse vertébrale sont à l'ordre du jour de toutes les séances.

Le relevé de chutes a eu du succès....passer du procubitus ou du décubitus à la position debout n'est pas simple à plus de 90ans.

Le jeu de ballons et de balles permet le travail de la coordination.

La musique durant la séance est un élément facilitateur intéressant en termes de rythmique.

Les exercices préconisés par S. et J. Choque ainsi que M. Lemarchand (21 et 22) ont été mis en application; ils permettent une activité réellement adaptée à chacun en fonction de ses incapacités.

Des consignes ont été données aux résidents qui le peuvent pour prolonger certaines de ces activités dans leur chambre, dans leur lit...

QUELS RESIDENTS CHOISIR ? :

Il s'est fait essentiellement sur la base du volontariat en n'excluant aucun résident du fait de son degré de dépendance, de son âge ou de ses pathologies (Antécédents ou en cours).

Nous n'avons pas voulu faire deux groupes (autonomes complets et résidents en fauteuils roulants) ; en effet, les résidents prennent leurs repas ensemble, participent aux activités sans distinction sur leur niveau d'autonomie.

En fait, pour l'EHPAD, un groupe de 16 résidents (20% de l'effectif de notre établissement) a été constitué spontanément et se répartissait selon le degré de dépendance de la façon suivante :

2 GIR6 (66% des GIR6 de l'établissement), 3 GIR 5 (50% des GIR 5), 5 GIR 4 (45% des GIR 4), 4 GIR 3 (29% des GIR 3), 1 GIR2 (8% des GIR 2), 1 GIR 1 (4,5% des GIR 1).

Concernant l'âge, la médiane est à 90 ans avec en extrêmes 72 et 97ans.

Les pathologies étaient bien sûr nombreuses et variées mais ne justifiait pas de contraindre cette activité ; le résident en GIR1 de 72 ans souffre d'une paralysie supra nucléaire progressive au stade de la gastrostomie pour trouble majeur de la déglutition et d'une tétraparésie spastique.

En réalité, le groupe de 16 volontaires s'est rapidement hypertrophié; certains récalcitrants du début, voyant l'ambiance, n'ont pas résisté au plaisir de participer à l'activité. Certains jours, ils étaient 25 !!

Nous avons par contre exclu de notre étude le groupe de l'UPAD. Ce dernier bénéficiait d'une demi heure hebdomadaire ; l'évaluation fut plus que problématique; la variabilité de la participation et les troubles du comportement ont rendu le suivi impossible.

QUELS ITEMS D'EVALUATION RETENIR ? :

L'évaluation incontournable serait forcément délicate, difficilement significative du fait du petit nombre d'individus statistiques sur notre site même en utilisant la loi de Poisson; les résultats régionaux seront plus parlants puisque regroupant tous les établissements (64) et 10 évaluations par EHPAD.

L'évaluation proposée par l'ARS (Annexe 2) sur six items (Participation, concentration, position dans le groupe, communication, participation physique et plaisir/satisfaction) avec une échelle de 1 à 4 nous est apparue intéressante :

Pour la *participation*, la cotation est 1 si le résident reste spectateur, 2 s'il participe après stimulation, 3 pour une participation spontanée mais partielle et 4 s'il réalise toute l'activité.

La *concentration* est cotée 1 si elle est inférieure à 5mn, 2 si elle se situe entre 5 et 10mn, 3 si entre 10 et 20 mn et 4 si supérieure à 20mn.

Pour la *position dans le groupe*, le score est de 1 si le résident reste isolé, 2 s'il interagit avec le coach sportif, 3 s'il interagit avec un autre résident et 4 s'il interagit avec tout le monde.

La *communication verbale* est à 1 s'il n'y a pas d'échange, 2 en cas de manifestation non verbale, 3 pour des échanges oraux peu adaptés ou compréhensibles et 4 si les échanges sont en lien avec l'activité.

La *participation physique* est cotée 1 en cas d'absence d'exécution, 2 si l'exécution est effective mais avec raideur, 3 pour une exécution avec aisance et 4 devant une fluidité des mouvements.

Le *plaisir* est à 1 si on observe un stress ou un mécontentement, 2 en l'absence de réaction, 3 devant une certaine sérénité et 4 si le résident sourit et semble content.

Le coach, connaissant au départ peu nos pensionnaires, devait se faire aider par un soignant pour coter correctement en fonction de chacun des cas (Antécédents chirurgicaux et médicaux, pathologies actuelles, humeur habituelle, niveau de dépendance). Cela s'est fait de concert sans difficulté particulière. La première évaluation de départ eut lieu le 26 Septembre 2014 et la deuxième le 30 Janvier 2015.

Nous aurions aimé étudier d'autres indicateurs plus objectifs. Nous avons pensé aux nombres de chutes ; mais à la lecture de plusieurs études dont celle de J. Campbell (23) et du fait de son caractère plurifactoriel cet indicateur ne nous est pas apparu pertinent.

Les tests de Tinelli, Get Up and Go étaient chronophages et peu sensibles en raison de l'hétérogénéité du groupe.

Nous avons complété l'évaluation type de l'ARS par une enquête de satisfaction sur tous les participants (Annexe 3).

QUELS ONT ETE LES FREINS ? :

*Le premier frein est *le manque de personnel* mais la motivation et la mise en avant de l'intérêt de cette activité en termes de ralentissement potentiel de l'évolution de la dépendance ont eu rapidement raison de l'écueil.

*L'absence d'*antécédents sportifs* : si les travaux des champs ont laissé quelques traces à certains de nos résidents, aucun n'avait eu une pratique sportive régulière quelconque durant leur vie

**Le grand âge et les polyopathologies* ont fait peur à certains ; mais en pratique cela n'a nécessité qu'un investissement en terme de temps pour convaincre certains résidents, certaines familles, certains agents. L'important était d'expliquer l'APS comme « adaptée au vieillissement, aux motivations, aux capacités restantes, aux capacités de compréhension » ; il fallait introduire l'APS de façon progressive chez des personnes qui n'en avaient jamais fait ou il y a très longtemps (service militaire !). On est régulièrement frappé par l'ignorance de la personne âgée de ses propres capacités motrices notamment, bien sûr, après une chute.

**Certaines familles* se sont demandées ce que l'on allait faire faire à leur parent....Le sujet a été abordé en Conseil de la Vie Sociale par le médecin coordonnateur.

**Les habitudes du coach* de prendre en charge un public plus jeune ne l'ont pas gêné ; il s'est rapidement adapté; seul le tutoiement et l'utilisation du prénom a posé un problème aux filles de deux résidents ; mais ce mode de fonctionnement, systématique dans les clubs sportifs, a un impact positif en

terme de motivation, d'entraînement, d'engagement personnel. Nous l'avons expliqué aux familles des deux résidents concernés ; elles ont compris le distinguo entre le respect des soignants dans le cadre de la Bientraitance et la position du coach sportif qui est là pour stimuler. Et aucun bénéficiaire ne s'en est d'ailleurs plaint....

QUELS RESULTATS ? :

Durant les séances, aucune fiche d'événement indésirable n'a été remplie; nous n'avons eu, en effet, aucun incident à déplorer : pas de chute, pas d'angor, de crise de dyspnée aiguë, pas de malaise type hypotension orthostatique...

Les familles, visiteuses pendant les séances, nous ont toutes fait part de leur étonnement devant l'implication de leurs parents.

1 /l'évaluation selon le modèle de l'ARS a été réalisée conjointement par le coach et le médecin coordonnateur sur les six items; entre le 26 Septembre 2014 et le 30 Janvier 2015, l'évolution est parlante (Annexes 4 et 5):

- La participation passe de 1.9 à 3.2 ; la stimulation est moins nécessaire.
- La concentration passe de 1.8 à 4 ; sur une heure, plus de 20 mn sont « utiles ».
- La participation physique passe de 1.53 à 2.6. L'aisance n'est pas encore là mais la raideur diminue.
- La position dans le groupe passe de 1.45 à 3.2 ; les interactions entre résidents sont nettement plus fréquentes.
- La communication verbale passe de 1.45 à 3.18 ; les commentaires, les plaisanteries fusent...

- Le plaisir passe de 1.9 à 3.9 ; c'est l'item qui, avec la concentration, a le plus évolué et nous en avons été ravis.

Cette évaluation traduit bien le ressenti des soignants avec une répercussion sur l'ambiance du groupe puis de l'EHPAD. Les résidents qui ne connaissaient que leur voisins de tables (3 ou 4 personnes) ont élargi leur relationnel et cela sur un mode particulièrement convivial. Le dynamisme, l'implication et l'empathie du coach y sont pour beaucoup.

2/L'enquête de satisfaction a été réalisée en Avril auprès des 16 résidents de l'EHPAD.

Deux résidents ne se souviennent pas avoir vu un coach sportif et ni avoir pratiqué une activité physique ; cela n'était pas surprenant eu égard à leur état cognitif....

Pour ceux qui se sont exprimés, la fréquence actuelle (Une fois par semaine) est suffisante sauf pour un des deux GIR 6; l'OMS recommande l'activité trois fois par semaine....

Tous ont trouvé les exercices adaptés, se sont sentis en sécurité ; le coach a fait l'unanimité.

Les ressentis sur le plan physique et le moral sont bons.

Le ressenti sur le relationnel entre les résidents est excellent. Nos résidents ont, cela est clair, multiplié les contacts habituellement réservés à deux ou trois personnes.

3/ La communication vers l'extérieur sur l'activité physique au sein de l'établissement était nécessaire ; il était important de montrer à la population d'Yvré l'évêque, qui parle encore d' « hospice », que notre EHPAD était réellement un lieu de vie ; les retours suite aux articles de la presse locale, Ouest France et le Maine Libre (Annexe 6 et7), ont été positifs.

QUEL AVENIR ?

Le financement de l'ARS sera-t-il pérenne ? Nous n'en savons rien mais faisons tout pour valoriser les bienfaits de cette activité (Commission de coordination gériatrique, conseil de la vie sociale, presse locale)

En cas de non renouvellement, il nous semble primordial de poursuivre ce type de prise en charge ; trois modalités peuvent s'envisager :

*Apprentissage de l'auto entretien ; certains le font déjà spontanément dans leur chambre voire dans leur lit pour les contractions isométriques de plusieurs chaînes musculaires ou pour des flexions de hanches, de genoux par exemple.

*Financement en direct par le budget de l'établissement de l'éducateur sportif du LMA 72. La renégociation en 2015 de notre convention tripartite va déboucher, semble t il, sur un doublement de notre budget « animations ». Nous avons demandé et reçu un devis estimatif pour la poursuite de l'activité du coach actuel (Annexe 8) ; Sur la base de quarante semaines par an, le supplément de budget octroyé pourrait être suffisant pour pérenniser l'activité.

*Formation de quelques agents volontaires y compris l'animatrice qui pourraient prendre le relai du coach actuel ; cette solution aurait l'avantage de dispenser l'activité plus d'une fois par semaine

Les nouveaux retraités (24) et donc futurs résidents feront plus de sport indépendamment de leur statut socio culturel ou de leur état de santé (Diabète, Parkinson,...); ils ne refuseront pas de le faire via les nouvelles technologies (Tablettes, Wii); il faut donc d'ores et déjà prévoir, dans les nouvelles structures programmées, une salle dédiée, un équipement, des connexions.

CONCLUSION :

La mise en place de cette activité physique et sportive a été positive dans bien des domaines; elle a permis au médecin coordonnateur de fédérer l'équipe sur un projet motivant; elle a intéressé les familles; elle a prouvé aux résidents qu'ils pouvaient être beaucoup plus actifs qu'ils ne le soupçonnaient. Elle a créé

des liens, du social relationnel dans cet espace clos qu'est l'EHPAD. Surtout, elle a permis à nos résidents de se faire plaisir, plaisir qui pour Freud est, avec le principe de réalité, le principe indispensable au fonctionnement mental et détermine le but de la vie.

ANNEXES

Annexe 1 : Convention EHPAD/CDOS/LMA72

Annexe 2 : Grille d'évaluation

Annexe 3 : Enquête de satisfaction

Annexe 4 : Evaluation globale

Annexe 5 : Evaluations Mme M. et Mr F.

Annexe 6 : Article du Maine Libre

Annexe 7 : Article de Ouest- France

Annexe 8 : Devis LMA 72

BIBLIOGRAPHIE

- 1-Bouttier Caroline : « Une expérience en art-thérapie à dominante art-plastique et musique auprès de personnes âgées souffrant d'une déficience sensorielle peut permettre d'améliorer la relation » ; Mémoire de fin d'études du diplôme universitaire d'art-thérapie de la faculté de médecine de Tours. 2013**
- 2- Rolland Y. et Coll. : La sarcopénie. Revue de médecine interne ; volume 30-Février 2009, pages 150-160**
- 3- Hogrel J-Y : Sarcopénie et dynapénie au cours du vieillissement. Rhumatologie pratique. Mars 2013**
- 4-Cynober I. et al. Sarcopénie des sujets âgés : Libérez les acides aminés ?! Nutrition clinique et métabolisme. 2004 dés ; 18(4) : 198-204.**
- 5- Charte de Toronto, 8 mai 2010. Troisième conférence internationale sur l'activité physique et la santé publique.**
- 6- Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgées. Rapport remis aux ministres établi par le groupe de travail sous la présidence du Professeur Daniel Rivière- Décembre 2013 ;**
- 7- Module APA Santé EHPAD- NABUCCOD- ARS Aquitaine 2010- 2012**
- 8-Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Expertise collective. Synthèse et recommandations. INSERM. 2014 / 10,68p.**
- 9- Pator M. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults. JAMA 2014; 5616**
- 10- Hayes SM.and coll. Cardiorespiratory fitness is associated with cognitive performance in older but not younger adults. J.Gerontol B Psycholo Sci Décembre 2014**
- 11- Senik C. et coll. Evaluation d'un programme d'activité physique adaptée à des personnes âgées. Institut politique publique. Rapport N°6. Janvier 2015**

12- Jolliffe JA and coll. Exercice-based rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev 2001; 1: CDOO1800.

13-Lloyd-Williams F. and coll. Exercice training and heart failure: A systematic review of current evidence. Br. J. Gen. Pract. 2002; 52; 47.

14- Troosters T. Réentraînement en résistance du quadriceps pendant les exacerbations aiguës des BPCO. Am J Respir Crit Care Med 2010; 181: 1072-1077.

15- Capelli T. : L'activité physique adaptée en EHPAD. Soins gérontologie n° 95, 2012 /05-06, pages 26-29

16-Gauriau C. : Les troubles du sommeil peuvent être objectivement améliorés chez les séniors par un programme d'éducation à la santé. Presse médicale. 2007 ; 36. 1721-31

17-Breda W.J.H. Penninx: Exercice and depressive symptoms. J.Geronto.Sci Soc. (2002) 57; p. 124-132

18-Hupin D. L'activité physique, un puissant médicament ? Loire.franceolympique.com. 2014.

19-Ding M. Effect of Moderate to Vigorous Physical activity and all-cause mortality in middle-aged and older Australians JAMA Internal Medicine April 06, 2015

20 - Pellegrin N. Aide à la prescription d'activité physique. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Faculté de médecine Lille 2, Janvier 2014

21- Stella et Jacques Choque : Animations pour les personnes âgées; 400 exercices pratiques et ludiques. Editions Lamarre.

22- Martine Lemarchand : Gymnastique douce en position assise. Editions Amphora.

23-Campbell J. and Robertson M. Fall prevention: Simple or multiple intervention? Journal American Geriatric Society 2013

- 24- Cozinnsen and Co. The trend in sport participation among Dutch retirees 1982-2007; Ageing and society. Vol.33, n°4, 2013/05. Pages 698-719.
- 25- Préservation de l'autonomie des personnes âgées. Synthèse documentaire. IREP/Poitou- Charentes. Février 2014.
- 26- Activité physique adaptée : Les gains de l'APA. Journal du médecin coordonnateur n°56/ Mars-Avril 2014.
- 27- H. Naci. The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults. BMJ 2013; 347.
- 28- Evaluation de l'expérimentation "Généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en EHPAD". ORS Bretagne. Mars 2012
- 29- Capelli T. : L'activité physique adaptée en EHPAD. Soins gérontologie n° 95, 2012 /05-06, pages 26-29
- 30-Saint Martin M. : Vieillesse cognitive réussie. Thèse doctorat en neuropsychologie. 27/11/2014.Lyon 2.
- 31-Bulaa C., Jotterans S. Activité physique et vieillissement: il n'est jamais trop tard! Forum Med Suisse 2014;14 (45):836–841.
- 32-Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Expertise collective. Synthèse et recommandations. Pôle Expertise collective ITMO Santé publique - Aviesan 24 Novembre 2014.
- 33 - L'assurance vieillesse et les centres sociaux ensemble pour la prévention de la perte d'autonomie. Un exemple : le Poitou-Charentes [en ligne] in site de APRILES (Agence des PRatiques et Initiatives LocalES), octobre 2012.
- 34 - Sessions de Bonnes Pratiques des 34^e journées annuelles de la SFGG- Novembre 2014
- 35 - Vuong Tuan R. Etude d'une intervention d'activités physiques en EHPAD. Thèse. Bordeaux 2008
- 36 - INPES. Interventions efficaces en prévention de la perte d'autonomie des personnes vivant à domicile. Synthèse des connaissances. Novembre 2012

37 - Rapport Aquino en vue de la future loi d'adaptation de la société au vieillissement. Mars 2013

38 - Leloutre B., Shpak N. Animer des parcours de santé pour les personnes âgées. Dunod (éditeur), collection Outils Santé Social, 2013