

Mars 2012

Evaluation de l'expérimentation «généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)»

Etude réalisée à la demande de la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, en partenariat avec Sanofi-Aventis France

Evaluation de l'expérimentation «généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)»

Etude réalisée à la demande de la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, en partenariat avec Sanofi-Aventis France

Sonia VERGNIORY, Chargée d'études
Emmanuelle GAUTIER, Assistante d'études
Sylviane BOMPAYS, Assistante d'études
Léna PENNOGNON, Chargée d'études
Philippe CLAPPIER, Directeur adjoint
Docteur Isabelle TRON, Directrice

Avec la participation initiale de Camélia LOUACHENI
et de Juliette GUÉGUEN

Mars 2012

Nous remercions pour leur collaboration les membres du comité de pilotage pour leurs conseils et leur soutien ainsi que l'ensemble des acteurs ayant accepté de nous accorder un entretien, les personnels des établissements, notamment les référents de l'évaluation, pour le temps consacré aux différents recueils de données, les professionnels et les bénéficiaires des structures pour le remplissage des questionnaires qui leur étaient adressés.

Sommaire

	Pages
Introduction	7
L'expérimentation et son évaluation	9
L'expérimentation	11
Le contexte et les objectifs de l'expérimentation	11
Le processus de l'expérimentation	13
L'évaluation de l'expérimentation	19
Le contexte et les objectifs de l'évaluation	19
Les objets et critères d'évaluation	20
La méthodologie d'évaluation	23
La restitution des enquêtes	25
L'enquête auprès des établissements	27
Objectifs	27
Méthodologie	27
Résultats	28
<i>Les établissements concernés par l'expérimentation et le taux de participation à l'enquête</i>	28
<i>L'emploi des éducateurs dans les établissements</i>	31
<i>Les caractéristiques des établissements ayant participé à l'enquête</i>	33
<i>Le profil des résidents</i>	35
<i>Les bénéficiaires de l'action</i>	38
<i>Le processus d'intégration et de suivi de l'action dans les établissements</i>	41
<i>Les modalités d'intégration du résident dans l'action</i>	43
<i>L'évaluation</i>	44
<i>Les recueils existants dans les établissements</i>	44
Synthèse des résultats	45
<i>Les établissements concernés par l'expérimentation et par l'enquête</i>	45
<i>Les bénéficiaires de l'action</i>	45
<i>Le processus d'intégration et de suivi de l'action dans les établissements</i>	45
<i>L'intégration du résident dans l'action</i>	46
L'enquête auprès des bénéficiaires de l'action	49
Objectifs	49
Méthodologie	49

	Pages
Résultats	51
<i>Le taux de retour et le profil des établissements ayant participé à l'enquête</i>	51
<i>Le profil des bénéficiaires ayant participé à l'enquête</i>	52
<i>Le format des ateliers</i>	54
<i>Le contenu des ateliers</i>	57
<i>L'apport des ateliers</i>	60
<i>Au final, la satisfaction globale</i>	62
Synthèse des résultats	63
<i>Le profil des participants à l'enquête</i>	63
<i>Le format et le contenu des ateliers</i>	63
<i>L'apport des ateliers</i>	64
L'enquête auprès des professionnels des établissements	65
Objectifs	65
Méthodologie	65
Résultats	67
<i>Le taux de retour et le profil des établissements ayant participé à l'enquête</i>	67
<i>Profil des professionnels ayant participé à l'enquête</i>	68
<i>L'investissement des professionnels et des établissements dans l'action</i>	69
<i>Le format des ateliers</i>	74
<i>Le contenu des ateliers</i>	75
<i>L'apport des ateliers</i>	79
<i>La satisfaction globale et les propositions d'amélioration</i>	85
Synthèse des résultats	88
<i>Le profil des établissements et des professionnels</i>	88
<i>L'investissement des professionnels et des établissements dans l'action</i>	88
<i>Le format des ateliers</i>	89
<i>Le contenu des ateliers</i>	89
<i>L'apport des ateliers</i>	89
<i>La satisfaction globale et les propositions d'amélioration</i>	90
L'enquête auprès des éducateurs sportifs	91
Objectifs	91
Méthodologie	91
Résultats	93
<i>Les éducateurs sportifs formés disponibles</i>	93
<i>Les éducateurs sportifs interviewés</i>	94
<i>L'accès à la formation</i>	94
<i>Le déroulement et les contenus de la formation</i>	95
<i>L'intervention dans les établissements</i>	97
<i>Les bénéfices de l'action</i>	102

	Pages
Synthèse des résultats	104
<i>Le profil des éducateurs sportifs</i>	104
<i>La formation « animation et maintien de l'autonomie de la personne »</i>	104
<i>L'intervention dans les établissements</i>	105
<i>Le format et l'organisation des ateliers</i>	106
<i>Les bénéfices de l'action</i>	107
L'enquête auprès des personnes ressources, des partenaires de l'expérimentation	109
Objectifs	109
Méthodologie	109
Résultats	111
<i>La genèse de l'action</i>	111
<i>La formation</i>	112
<i>La mobilisation des employeurs des éducateurs sportifs</i>	116
<i>L'implication des établissements</i>	117
<i>Les conditions de pérennisation et d'extension</i>	121
Synthèse des résultats	124
<i>La mise en place de l'action</i>	124
<i>La mobilisation des employeurs des éducateurs sportifs</i>	125
<i>L'implication des établissements</i>	126
<i>L'intégration de l'action</i>	126
<i>L'évaluation</i>	127
<i>Les conditions de pérennisation et d'extension</i>	128
L'enquête d'ordre médico-économique	129
Objectifs	129
Méthodologie	130
<i>Recueils de données potentiellement disponibles dans les établissements</i>	130
<i>L'indicateur d'évaluation médico-économique retenu : l'évolution des chutes et de leurs conséquences chez les bénéficiaires de l'action</i>	132
<i>Analyse des données</i>	137
Résultats	138
<i>Les retours d'enquête : profil des établissements et des bénéficiaires pris en compte dans l'enquête</i>	138
<i>L'évolution du nombre de chutes</i>	140
<i>L'évolution des conséquences des chutes</i>	140
Synthèse des résultats	141
Synthèse générale et discussion	143
L'évaluation : objectifs et méthode	144
La qualité des résultats	145

	Pages
Dans quelle mesure les objectifs de l'expérimentation ont-ils été atteints ?	146
<i>La généralisation de la pratique régulière d'activités physiques dans les EHPAD</i>	146
<i>La limitation des effets de la sénescence et le maintien de l'autonomie des personnes âgées hébergées en établissements</i>	148
<i>La professionnalisation des éducateurs sportifs 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</i>	153
Les processus mis en oeuvre : leviers et freins pour l'action	155
<i>La mobilisation des associations employeurs</i>	155
<i>La mobilisation des éducateurs sportifs</i>	156
<i>La formation</i>	156
<i>Les modalités de mobilisation des établissements</i>	159
<i>Les modalités d'intégration de l'action dans les établissements</i>	161
Recommandations	165
Les principes fondamentaux de l'expérimentation, atouts du dispositif à maintenir	166
Une coordination du dispositif à confirmer dans le temps	167
Une amélioration de la formalisation des cadres de l'action	167
La capitalisation et le transfert des savoirs et des savoir-faire en place	168
L'évaluation de l'impact médico-économique de l'action à approfondir	169
Annexes	171
Annexe 1 : questionnaire « établissement »	173
Annexe 2 : questionnaire « bénéficiaire »	181
Annexe 3 : questionnaire « professionnel »	185
Annexe 4 : grille d'entretien auprès des éducateurs sportifs	191
Annexe 5 : grille d'entretien auprès des personnes ressources	195
Annexe 6 : questionnaire « chutes et conséquences »	201
Annexe 7 : Liste des figures	209
Annexe 8 : Liste des tableaux	213

Introduction

Le rapport ci-après restitue l'ensemble des éléments d'évaluation de l'expérimentation promue par la Direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) « généraliser la pratique régulière d'activité physique dans les EHPAD ».

L'évaluation porte sur la période de mise en place et de réalisation de l'action comprise entre 2007 et 2010.

Trois parties composent le rapport.

Dans une première partie est présentée l'expérimentation telle que figurant dans le rapport d'étape rédigé par la DRDJS en mars 2009 : sont repris le contexte et les objectifs de l'action ainsi que son processus de mise en œuvre. Sont ensuite présentés l'évaluation et son protocole : contexte d'élaboration, objectifs, objets et critères d'évaluation, méthodologie.

Une deuxième partie est consacrée à la restitution des résultats issus des différentes enquêtes mises en œuvre dans le cadre de l'évaluation. Un chapitre est consacré à chacune des enquêtes conduites et détaille : les objectifs visés, la méthodologie employée, les résultats obtenus. Une synthèse des principaux résultats est proposée en fin de chapitre.

Dans une troisième partie est présentée une synthèse générale des résultats rédigée par thèmes transversalement aux différentes enquêtes ainsi qu'une série de recommandations. Elles ont pour objectif de répondre aux enjeux de pérennisation et d'extension de l'expérimentation.

Enfin, dans les annexes figurant en fin de rapport, sont présentés les différents outils élaborés dans le cadre de l'évaluation et utilisés pour recueillir les matériaux d'analyse.

L'expérimentation et son évaluation

L'expérimentation

Le contexte et les objectifs de l'expérimentation

A partir du double constat¹ des « *bienfaits des activités physiques et sportives chez la personne âgée en EHPAD* » d'une part, de « *la précarité de la situation professionnelle des éducateurs sportifs* » d'autre part, une expérimentation a été mise en place à partir de 2007 en région Bretagne à l'initiative du médecin conseil à la Direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports (DRDJS), devenue Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS)².

Cette expérimentation a bénéficié du soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et d'un financement de l'État pour un montant d'environ 110 000 euros répartis sur les trois années 2007, 2008 et 2009.

L'expérimentation a pour objectifs généraux :

- La mise en place d'un certificat de spécialisation (CS) théorique et pratique « *animation et maintien de l'autonomie de la personne* » (AMAP) reconnu par arrêté du 13 décembre 2005³ et destiné aux éducateurs sportifs diplômés Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS) ;

¹ Généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) : Création d'emplois d'éducateurs sportifs en région Bretagne. Bilan d'étape / Michel Trégaro. DRDJS Bretagne, Mars 2009. 129 p.

² L'institution est nommée dans l'ensemble du document par son nom actuel (DRJSCS).

³ Arrêté du 13 décembre 2005 portant création d'un certificat de spécialisation « animation et maintien de l'autonomie de la personne » associé au brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport, NOR MJSK0570261A. Journal officiel de la république française, 21 décembre 2005. p. 19687. Disponible sur < http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/JO_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20051221&numTexte=67&pageDebut=19688&pageFin=19688>

- L'intervention, au sein des structures d'accueil de personnes âgées, des éducateurs sportifs formés, via l'adhésion des établissements à un organisme salariant les intervenants, « Profession sport 56 » dans le Morbihan, « Profession sport 35 » en Ile-et-Vilaine, «Groupement d'employeurs sport Bretagne » en Ile-et-Vilaine, dans le Finistère et les Côtes d'Armor.

Trois acteurs interviennent dans la mise en œuvre de l'expérimentation :

- **La Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).** Le médecin conseil à l'initiative de l'expérimentation a mobilisé les acteurs du projet et obtenu un financement du Ministère de la santé pour le cofinancement des interventions des éducateurs sportifs dans le cadre du dispositif.
- **Le CREPS de Dinard, devenu campus d'excellence sportive de Bretagne⁴.** Etablissement public national sous tutelle du Ministère des sports, il assure une mission de formation professionnelle aux métiers du sport et de l'animation. Dans le cadre de l'expérimentation, il est l'organisme qui propose les formations du CS - AMAP :
 - dépôt d'une demande et obtention de l'habilitation du CS - AMAP,
 - organisation des formations destinées aux éducateurs sportifs avec proposition d'une formation complémentaire destinée aux personnels des établissements en charge de mettre en place des activités physiques et sportives auprès des résidents.
- **Les associations « Profession sport 56 », « Profession sport 35 » et «Groupement d'employeurs sport Bretagne ».** Chargées de favoriser le développement local par l'emploi sportif et tout autre action visant à la promotion des activités physiques, sportives et de loisirs, elles emploient les éducateurs sportifs mis à disposition des établissements souhaitant organiser des ateliers d'activité physique et sportive pour leurs résidents.

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 la 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.

⁴ L'organisme est nommé dans l'ensemble du document par son nom actuel (Campus d'excellence sportive de Bretagne).

Les bénéfices attendus de l'expérimentation concernent trois publics :

- **Les personnes âgées résidant en établissements**, pour lesquels les résultats visés sont d'ordre :
 - physique et physiologique : stimulation de l'activité ; amélioration de la capacité cardio-vasculaire, de la masse et de la force musculaire, de la souplesse, de l'équilibre et de la coordination ainsi que de la précision du mouvement ; participation à la prévention des maladies cardio-vasculaires et de l'obésité ;
 - psychique : stimulation de l'activité, du bien-être général et de la qualité de vie ; amélioration de l'image de soi ; amélioration de la santé mentale ; maintien des performances cognitives et des capacités intellectuelles ; amélioration du contrôle moteur et des performances ; entretien de la mémoire ;
 - social : maintien ou ralentissement du processus de perte d'indépendance ou d'autonomie ; maintien d'un lien avec le milieu de vie antérieur ; élargissement des réseaux sociaux et développement des activités intergénérationnelles.
- **Les éducateurs sportifs diplômés**, pour lesquels les résultats visés concernent :
 - la professionnalisation et la spécialisation ;
 - la création d'emplois pérennes à temps plein ou complémentaires à d'autres emplois à temps partiels. A terme pour la Bretagne, création de 40 emplois en équivalent temps pleins stabilisés.
- **La société** pour laquelle les résultats visés sont :
 - la décroissance des dépenses de santé ;
 - l'extension de l'expérimentation et la stabilisation des emplois des éducateurs sportifs.

Le processus de l'expérimentation

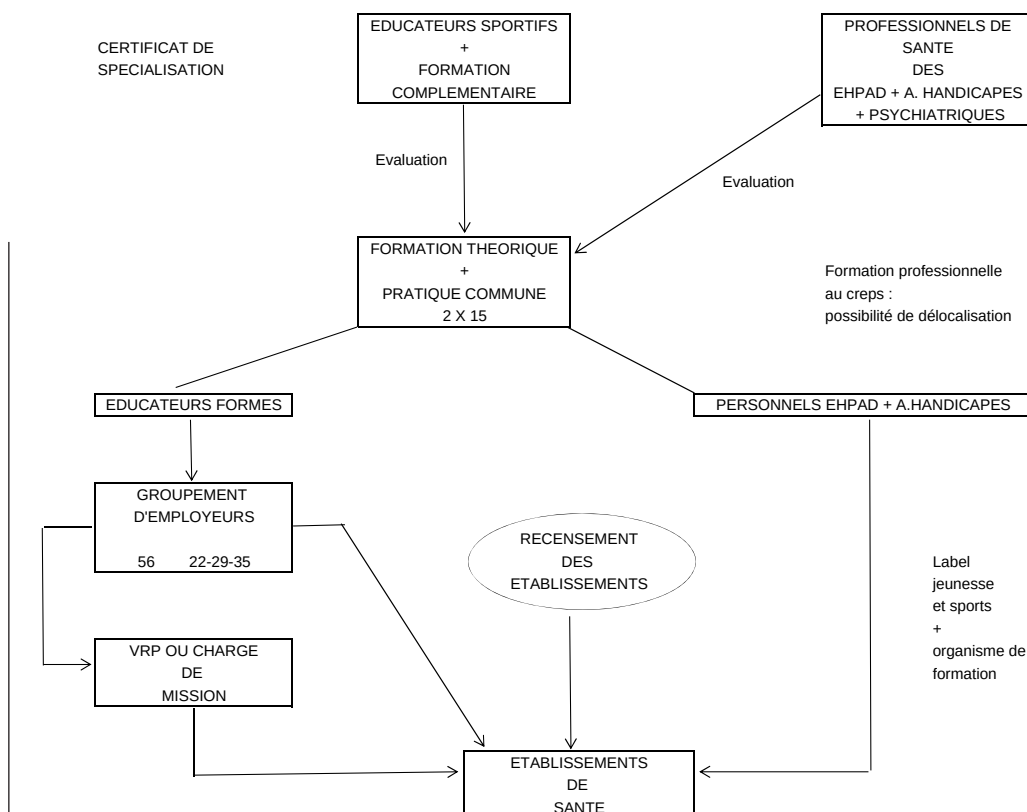
Au-delà des objectifs et des résultats attendus, le processus organisant l'expérimentation (le champ, la nature, les modalités d'organisation de l'intervention des éducateurs au sein des EHPAD ainsi que les modalités de coordination avec les équipes institutionnelles) sont définis dans trois documents :

- les annexes⁵ de l'arrêté portant création du certificat de spécialisation « AMAP »,
- le bilan d'étape de l'expérimentation réalisé en mars 2009,
- le dossier d'habilitation du certificat de spécialisation « AMAP » constitué par le CREPS de Dinard pour l'année 2007-2008 à l'attention de la Direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports de Bretagne.

⁵ Annexes de l'arrêté du 13 décembre 2005 portant création d'un certificat de spécialisation « animation et maintien de l'autonomie de la personne » associé au brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport publié au JORF du 21/12/2005 p. 19687. Bulletin officiel de la jeunesse, des sports et de la vie associative, n° 19, 31 décembre 2005. 2 p. Disponible sur < <http://www.inet.jeunesse-sports.gouv.fr/pdf/bojs/200512/AA1312052.PDF>>

Un schéma⁶ figurant dans le bilan d'étape présente la démarche globale de l'expérimentation :

Figure 1 : démarche globale de l'expérimentation



Trois temps ponctuent la démarche globale d'expérimentation :

- la formation des intervenants,
- l'emploi des éducateurs sportifs et la mobilisation des établissements,
- l'intervention dans les structures.

⁶ Généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) : Création d'emplois d'éducateurs sportifs en région Bretagne. Bilan d'étape / Michel Trégaro. DRDJS Bretagne, Mars 2009, page 75.

■ La formation

Après obtention de l'habilitation du CS - AMAP accordée par la DRJSCS de Bretagne au CREPS de Dinard, la première session de formation est organisée entre octobre 2007 et avril 2008 pour 19 candidats sélectionnés puis est renouvelée chaque année scolaire. Les objectifs de la formation sont annoncés comme suit :

- « Connaître l'environnement des maisons de retraite : les personnels, le projet d'établissement, la gestion ;
- Acquérir et développer des connaissances sur le vieillissement biologique, psychologique, socioéconomique ;
- Découvrir et intégrer l'utilisation d'outils et de méthodes de travail spécifiques ;
- Acquérir et développer des savoir-faire et des savoir-être afin de mettre en œuvre une pédagogie adaptée »⁷.

Médecin gériatre, médecin rééducateur, médecin du sport, infirmier coordinateur en EHPAD, éducateurs sportifs et formateurs du CREPS déclinent le programme de formation suivant :

- « Aspects socio-économiques : démographie, politique sociale, activités physiques pour les seniors, connaissances des milieux institutionnels et de santé ;
- Aspects psychologiques et relationnels : évolution psychologique de l'avancée en âge, adaptation relationnelle aux spécificités du temps, cerner les centres d'intérêt des personnes pour engager la motivation ;
- Aspects biologiques et neuro-moteurs : le vieillissement des différentes fonctions et leurs conséquences pour la pratique physique, les dangers de l'immobilisme, les limites à respecter et les précautions à prendre, le vieillissement du système nerveux et les conséquences pour la motricité et les comportements, les pathologies particulières ;
- Pratique et méthodes d'activités physiques adaptées : objectifs, programme d'activités, thèmes d'activités, niveau de pratique ; méthodes traditionnelles, douces et relationnelles avec équilibre, proprioception, motricité, entraînement cardio-respiratoire, renforcement musculaire et souplesse, mémorisation, relation à l'autre ; aide personnalisée à la marche »⁸.

⁷ Généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) : Création d'emplois d'éducateurs sportifs en région Bretagne. Bilan d'étape / Michel Trégaro. DRDJS Bretagne, Mars 2009, page 70.

⁸ Généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) : Création d'emplois d'éducateurs sportifs en région Bretagne. Bilan d'étape / Michel Trégaro. DRDJS Bretagne, Mars 2009, page 71.

Le dispositif prévoit une formation en alternance : 70 heures de cours répartis en quatre séquences dispensées en centre de formation, 14 jours minimum requis en terrain de stage. Le stage est réalisé sous la responsabilité d'un tuteur (animateur, kinésithérapeute, éducateur sportif formé) en charge de l'intégration du stagiaire dans la structure et de sa formation pour l'aider à identifier l'environnement, repérer les actions menées, identifier les différents personnels et leurs rôles, caractériser le public, commenter le projet d'établissement, participer aux différentes activités, préparer et animer des séances avec les personnes âgées.

La formation est ouverte à 20 personnes par session. Elle s'adresse aux éducateurs sportifs détenteurs d'un BPJEPS APT, d'un BEESAPT⁹ ou d'une licence STAPS. L'évaluation certificative du stagiaire consiste en la production d'un écrit (description de l'établissement, son personnel, son projet, ses actions, la population accueillie), une mise en situation pratique (animation d'une séance auprès du public ciblé), un entretien individuel (avec un formateur et un tuteur à partir de la séance pratique et du dossier).

La validation de la formation se traduit par l'obtention du certificat de spécialisation pour les titulaires du BPJEPS ou du BEESAPT et d'une attestation de formation pour les titulaires d'une licence STAPS.

■ L'emploi des éducateurs sportifs et la mobilisation des établissements

Le recrutement des éducateurs sportifs est effectué par les associations « Profession sport 56 » et le « Groupement d'employeurs sport Bretagne ». Les établissements souhaitant recourir aux services de l'un de leurs éducateurs sportifs pour mettre en place des ateliers d'activités physiques auprès de leurs résidents doivent adhérer à l'association de leur département. Une convention d'ordre juridique, administratif et financier de mise à disposition est signée entre l'association et l'établissement. Les documents exposant le projet mentionnent deux intérêts à cette procédure : permettre à l'éducateur sportif de n'avoir qu'un employeur et éviter aux EHPAD une embauche directe.

En Ile-et-Vilaine, la situation est particulière puisque coexistent deux associations : Profession sport 35 et le Groupement d'employeurs sport Bretagne. Cette dernière a été créée pour assurer deux fonctions¹⁰ :

- La mise à disposition d'éducateurs sportifs en Ile-et-Vilaine dans le cadre juridique d'un groupement d'employeurs afin de permettre « *une prise de conscience des associations adhérentes et surtout leur responsabilisation quant à l'emploi des éducateurs sportifs* » ;
- Favoriser les projets à l'échelon régional, dans la mesure où « *il n'existe que deux associations Profession sport sur la région Bretagne dans le département d'Ile-et-Vilaine et du Morbihan* ».

⁹ Brevet d'Etat d'éducateur sportif activité pour tous

¹⁰ Généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) : Création d'emplois d'éducateurs sportifs en région Bretagne. Bilan d'étape / Michel Trégaro. DRDJS Bretagne, Mars 2009, pp. 110-113.

Une convention d'objectifs entre la DRJSCS et les associations employant les éducateurs sportifs est signée qui fixe les conditions d'utilisation d'une subvention exceptionnelle accordée durant 3 ans (2007-2009) par le Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports pour soutenir la formation des éducateurs sportifs, pour diminuer le coût horaire des interventions d'éducateurs sportifs en EHPAD et acquérir du matériel pédagogique adapté aux personnes âgées. Dans le cadre de cette convention sont définies les attributions des associations :

- « *évaluation des besoins des structures d'accueil,*
- *encadrement et mise à disposition des éducateurs sportifs,*
- *gestion administrative et financière des emplois.* » ¹¹

La mobilisation des établissements hébergeant des personnes âgées est réalisée par les associations employant les éducateurs sportifs selon trois stratégies principales :

- Une communication écrite promouvant le dispositif auprès de tous les établissements du département concerné ;
- Une promotion du dispositif au travers de l'organisation d'Olympiades (dans le Morbihan) proposées aux établissements adhérents et destinées à faire se rencontrer les personnes âgées autour d'activités physiques et sportives ;
- Une prospection confiée à un agent de développement, qui peut cibler certains établissements notamment sur indication d'éducateurs sportifs intervenants.

■ L'intervention en EHPAD

Une présentation du projet figurant dans le bilan d'étape de mars 2009 décrit la procédure prévisionnelle d'intervention de l'éducateur sportif en établissements hébergeant des personnes âgées :

- « *Observer ;*
- *Se présenter ;*
- *Former un groupe de «dépendance physique» : ergothérapeute, aide-soignant, infirmier, animateur, kinésithérapeute, éducateur sportif, médecin coordonnateur,... ;*
- *Démarche projet : séances individuelles ou collectives, activités physiques adaptées, régularité des séances, progressivité dans l'intensité ;*
- *Former des groupes de résidents, plus ou moins homogènes (autonomes, en fauteuil, selon les pathologies (démence, troubles du comportement), par affinités) : 6 à 8 personnes, 2 à 3 fois par semaine, environ 1 heure ;*
- *Evaluation »*¹².

¹¹ Généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) : Création d'emplois d'éducateurs sportifs en région Bretagne. Bilan d'étape / Michel Trégaro. DRDJS Bretagne, Mars 2009, pp. 81-82.

¹² Généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) : Création d'emplois d'éducateurs sportifs en région Bretagne. Bilan d'étape / Michel Trégaro. DRDJS Bretagne, Mars 2009, p 73.

L'évaluation de l'expérimentation

Le contexte et les objectifs de l'évaluation

Dans la perspective d'une éventuelle pérennisation, voire d'une extension de l'expérimentation, la CNSA et le Ministère de la santé et des sports ont souhaité mettre en place une évaluation à l'issue des trois années de mise en œuvre.

L'évaluation de l'expérimentation « *généraliser les activités physiques et sportives en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)* » a fait l'objet d'une proposition d'intervention (objectifs de l'évaluation, méthodologie et moyens nécessaires), formulée par l'Observatoire régional de santé de Bretagne (ORS Bretagne) en décembre 2009.

Avant sa mise en œuvre, la méthodologie d'évaluation a été soumise à un comité de pilotage composé de représentants des institutions suivantes : le Groupement d'employeurs sport Bretagne, Profession sport 35, Profession sport 56, le Campus d'excellence sportive de Bretagne, la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Bretagne, trois établissements participant à l'expérimentation (la maison d'accueil Angélique Le Sourd de Saint Jacut Les Pins, la maison de retraite Les jardins du Castel de Châteaugiron, la maison de retraite du docteur Robert de Guer).

Le processus d'évaluation validé par le comité de pilotage répond à trois objectifs :

- Vérifier si l'expérimentation a atteint les objectifs identifiés au sein de l'arrêté du 13 décembre 2005 et dans le bilan d'étape daté de mars 2009, tels que décrits dans les chapitres précédents ;
- Caractériser les différentes actions et les processus mis en œuvre : observer l'adéquation entre ce qui était prévu et ce qui a été réalisé ;
- Identifier les éléments à préserver ou à améliorer dans la perspective de recommandations pour l'éventuelle pérennisation et/ou extension de l'expérimentation.

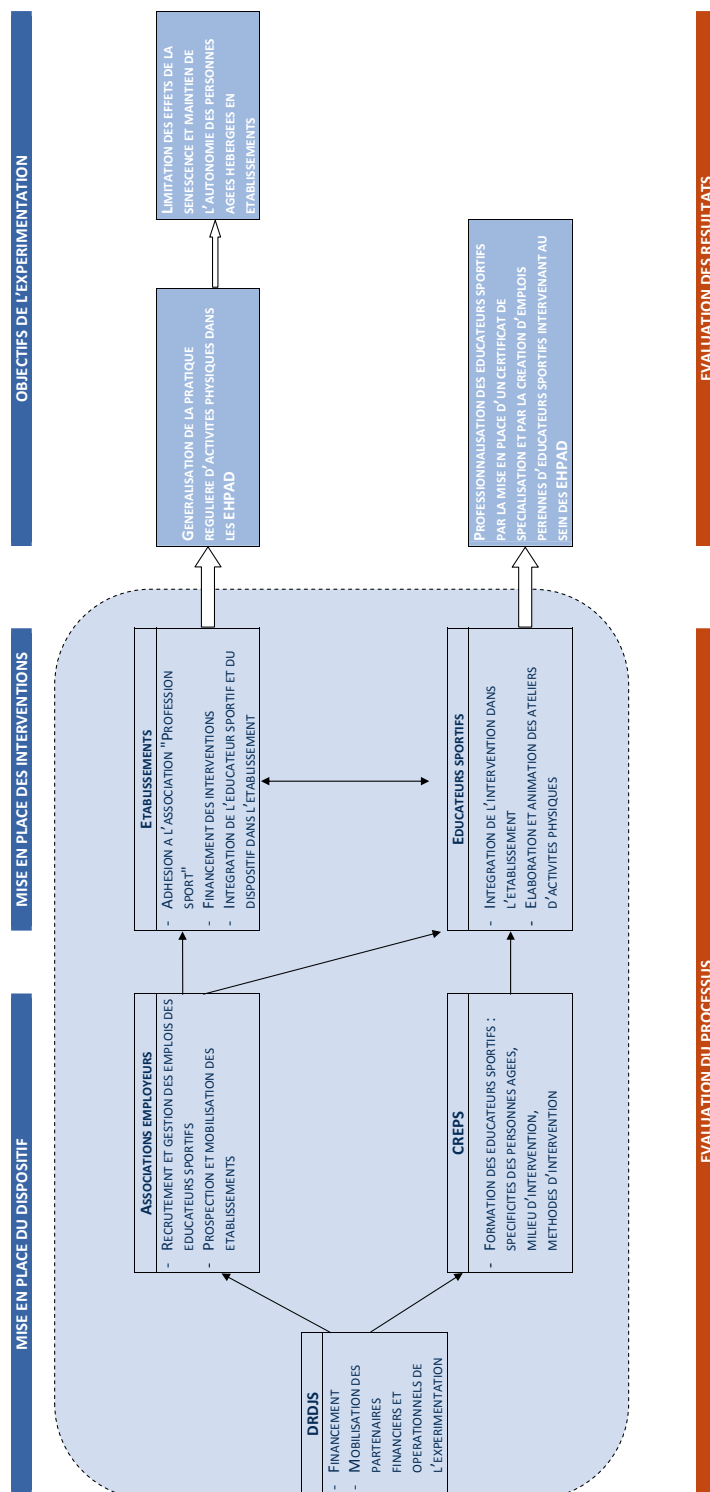
Trois composantes sont concernées :

- **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 son extension ainsi que la satisfaction globale.
- **Une composante médico-économique** : évaluation de la décroissance des dépenses de santé à partir des données disponibles dans les établissements impliqués.

Les objets et critères d'évaluation

La schématisation de la logique d'action de l'expérimentation ci-après permet de figurer les différentes dimensions de l'évaluation conduite : évaluation de processus, évaluation des résultats intermédiaires, évaluation des objectifs liés au processus mis en œuvre et à l'impact de l'expérimentation.

Figure 2 : Logique d'action de l'expérimentation et évaluation



Pour chaque dimension de l'évaluation, les objets et critères d'évaluation sont les suivants :

Evaluation	Objets d'évaluation	Critères d'évaluation
Processus d'action	Mise en place de l'expérimentation	Pilotage Construction du projet Financement Mobilisation des acteurs Contractualisation avec les acteurs
	Mise en place de la formation	Acteurs et rôles respectifs Recrutement des éducateurs Organisation et logistique Contenus de formation
	Mise en place des interventions	Prospection des lieux d'intervention Contractualisation avec les établissements Sensibilisation/formation des personnels Recrutement et mise à disposition des éducateurs Formalisation des interventions dans les établissements
Résultats intermédiaires	Acteurs mobilisés	Etablissements mobilisés par rapport au potentiel Disponibilité des éducateurs formés par rapport au besoin
	Compétences développées	Professionnalisation des éducateurs sportifs par rapport au public et au milieu d'intervention Sensibilisation/formation des professionnels des établissements par rapport à l'activité physique et à l'éducateur sportif
	Collaborations mises en œuvre	Intégration de l'éducateur dans l'établissement Articulations entre l'éducateur sportif et les autres professionnels
Atteinte des objectifs liés au processus	Ateliers mis en place	Couverture et accessibilité Adaptation aux besoins
	Modification des pratiques professionnelles	Nouvelles activités
	Intégration des activités physiques dans la dynamique des établissements	Nouvelles initiatives
Atteinte des objectifs liés à l'impact	Santé et qualité de vie des bénéficiaires	idem
	Coûts de prise en charge Stabilisation des emplois d'éducateurs sportifs	idem

La méthodologie d'évaluation

La méthode employée pour chaque recueil est détaillée au fur et à mesure de la restitution des résultats des différentes enquêtes dans la partie II du présent rapport.

Trois grands types de recueils ont été réalisés :

- **Des documents écrits**, exploités dans le cadre de l'évaluation et de la préparation des différents recueils, ont été transmis par les partenaires du projet, en particulier :
 - le bilan d'étape de l'expérimentation réalisé en mars 2009,
 - les listes annuelles des éducateurs sportifs formés et intervenant au titre de Profession sport 56 et du Groupement d'employeurs sport Bretagne,
 - les listes annuelles des établissements adhérant au dispositif et du nombre d'heures d'intervention facturées.
- **Des enquêtes quantitatives** effectuées par questionnaires :
 - auprès des 35 établissements participant à l'expérimentation en 2010 : un référent de l'évaluation a été désigné par la direction de chacune des structures afin de permettre et favoriser la mise en œuvre des enquêtes. Deux recueils successifs ont été réalisés :
 - o le premier portait sur les établissements et leur implication dans l'expérimentation jusqu'à la fin de l'année 2010,
 - o le second concernait les chutes des résidents bénéficiaires de l'action et leurs conséquences.
 - auprès des personnels des établissements concernés (niveau d'implication dans le processus d'action, avis et satisfaction des professionnels vis-à-vis de l'intégration et de l'apport des ateliers).
 - auprès des résidents bénéficiaires des ateliers mis en place dans le cadre de l'expérimentation (modalités de participation aux ateliers, avis et satisfaction sur la prestation et ses apports).
- **Des enquêtes qualitatives** conduites par entretiens semi-directifs :
 - auprès d'éducateurs sportifs formés dans le cadre du certificat de spécialisation « Animation et maintien de l'autonomie de la personne » et intervenant en établissements (niveau d'implication dans le processus d'action, avis et satisfaction vis-à-vis du processus et de l'impact du dispositif sur les établissements, les bénéficiaires, l'emploi).
 - auprès de personnes ressources représentantes des différentes institutions impliquées dans l'expérimentation : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, Campus d'excellence sportive de Bretagne, Profession sport 35, Profession sport 56, Groupement d'employeurs sport Bretagne, directions d'établissements hébergeant des personnes âgées (rôle et activités dans le cadre de l'expérimentation, opinion et satisfaction vis-à-vis du processus et de l'impact du dispositif).

Les enquêtes se sont chronologiquement succédées selon le calendrier présenté ci-dessous :

	Février 2011	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janvier 2012
Enquête "établissements"												
Enquête "bénéficiaires" et "professionnels"												
Entretiens auprès des éducateurs sportifs												
Entretiens auprès des personnes ressources												
Enquête « chutes et conséquences »												

	Envoi des questionnaires
	Retours des questionnaires
	Entretiens

La passation des recueils de données, notamment les enquêtes quantitatives, s'est appuyée sur les ressources internes aux établissements et sur leur capacité à les réaliser. Ces enquêtes sont transversales aux différents établissements, permettant ainsi de dégager les grandes caractéristiques de l'expérimentation et des résultats qu'elle a pu produire.

Les chapitres qui suivent traitent des enquêtes dans leur exhaustivité. Chacune d'entre elles fait l'objet d'un même modèle de restitution : sont respectivement exposés objectifs, méthodologie, résultats et synthèse du recueil de données.

Dans une troisième et dernière partie, la synthèse générale du rapport d'évaluation reprend transversalement à l'ensemble des enquêtes les principales données recueillies dont la confrontation et l'analyse permettent d'analyser le processus et les résultats de l'expérimentation. Cette section du rapport se clôt par une série de préconisations relatives aux conditions de pérennisation et d'éventuelle extension du dispositif.

La restitution des enquêtes

L'enquête auprès des établissements

Objectifs

L'enquête conduite auprès des établissements faisant intervenir des éducateurs sportifs avait pour principaux objectifs :

- de caractériser l'action et ses bénéficiaires (établissements et résidents),
- d'identifier les indicateurs potentiellement et transversalement disponibles dans les établissements permettant d'évaluer l'impact de l'intervention sur les bénéficiaires.

Méthodologie

A partir des listes fournies à l'évaluateur par les associations employant les éducateurs sportifs, l'ensemble des structures bénéficiaires en 2010¹³ de l'intervention d'un éducateur sportif a été destinataire du questionnaire « établissement »¹⁴. Avec les documents transmis par les associations employeurs, celui-ci a donc constitué le recueil initial de l'évaluation.

Au total, 35 établissements étaient concernés, dont cinq sont implantés en Ille-et-Vilaine et 30 dans le Morbihan.

Le questionnaire devait être renseigné par un référent désigné à cet effet par la direction de chaque établissement. Selon l'établissement, le choix s'est porté sur la direction elle-même, le médecin coordonnateur, un cadre de santé, un IDE, l'IDE référent ou coordinateur, un animateur, un aide-soignant.

L'envoi des questionnaires a été réalisé le 9 février 2011 pour un retour attendu de la part des établissements le 28 février. Les retours de questionnaires se sont en fait prolongés jusqu'en mai après de multiples relances auprès des établissements n'ayant pas répondu dans les délais ou pour compléter des informations non renseignées dans les questionnaires retournés.

¹³ Liste arrêtée au 1^{er} novembre 2010 pour le Morbihan.

¹⁴ Questionnaire joint en annexe 1.

Les données recueillies dans les documents écrits et auprès des établissements via le questionnaire concernent :

- le profil de l'établissement : type, capacité d'accueil, ressources humaines et date de démarrage de l'action dans l'établissement ;
- L'emploi des éducateurs sportifs : temps d'intervention, nombre d'équivalents temps pleins ;
- le profil des résidents : sexe et âge, répartition par sexe, durée de présence dans la structure, niveau de dépendance ;
- les bénéficiaires de l'action : évolution du nombre de bénéficiaires, demandes non satisfaites, évolution du niveau de dépendance des bénéficiaires (à l'entrée dans l'établissement, à l'inclusion dans l'action, au dernier relevé effectué) ;
- l'action réalisée :
 - le cadre général : existence et composition d'un groupe projet, information/sensibilisation des personnels, intégration au projet d'établissement et au projet de vie individualisé du résident, présentation au conseil de la vie sociale ;
 - les procédures et outils mis en place concernant l'intervention de l'éducateur sportif, les modalités de l'intégration du résident à l'action, la coordination et la transmission d'informations autour de l'action ;
- les recueils existant dans l'établissement permettant d'observer l'état de santé des résidents et donc potentiellement contributifs à l'évaluation.

L'analyse des données recueillies est de type descriptif.

Résultats

■ Les établissements concernés par l'expérimentation et le taux de participation à l'enquête

Les établissements destinataires de l'enquête sont les 35 établissements ayant bénéficié de l'intervention d'éducateurs sportifs entre 2007 et 2010. Cinq sont implantés en Ile-et-Vilaine, trente dans le Morbihan :

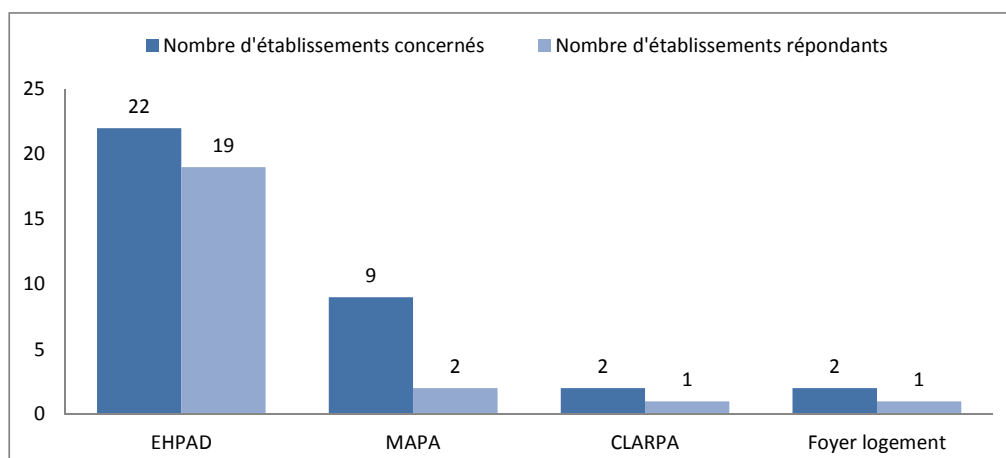
- 22 EHPAD (4 en Ile-et-Vilaine, 18 dans le Morbihan). Les EHPAD, Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, sont des structures médicalisées soumises à un cahier des charges défini dans le cadre d'une convention tripartite signée avec l'État et le Conseil général.
- 2 foyers logements (1 en Ile-et-Vilaine, 1 dans le Morbihan). Les foyers logements hébergent des personnes âgées autonomes ou légèrement dépendantes capables de vivre dans des logements indépendants assortis d'équipements ou de services collectifs.
- 9 MAPA (dans le Morbihan). Les MAPA, Maisons d'accueil pour personnes âgées en perte d'autonomie, sont situées à proximité d'un centre ville afin que les résidents conservent une vie sociale normale. Elles sont destinées à héberger sur un mode collectif des personnes dans l'incapacité de vivre seules à leur domicile mais ne nécessitant pas de prise en charge médicale.

- 2 CLARPA (dans le Morbihan). L'Association de services aux personnes (ASSAP) du Comité de liaison des associations de retraités et de personnes âgées (CLARPA), assure, au sein de « *domiciles partagés* »¹⁵, l'accompagnement « *de personnes âgées désorientées, souffrant de la maladie d'Alzheimer, qui en raison de leur perte d'autonomie, ne peuvent plus vivre sans l'aide d'assistant(e)s de vie* ». Le service mandataire d'aide à domicile de l'ASSAP CLARPA met à disposition des résidents deux auxiliaires de vie en journée et une auxiliaire de vie la nuit.

En 2010, les établissements bénéficiaires représentaient 6% de l'ensemble des EHPAD ou foyers logements en Bretagne (3% en Ile-et-Vilaine et 21% dans le Morbihan).

Parmi les 35 établissements sollicités, 23 structures ont retourné le questionnaire, soit un taux de retour de 66%. Ils se répartissent comme suit :

Figure 3 : Répartition du nombre d'établissements concernés et répondants par type de structure



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

Ont ainsi répondu à l'enquête :

- 19 EHPAD sur un total de 22 (soit 86%) : 4 en Ile-et-Vilaine (sur 4), 15 dans le Morbihan (sur 18) ;
- 2 MAPA sur un total de 9 établissements dans le Morbihan (soit 22%) ;
- 1 CLARPA sur un total de 2 établissements dans le Morbihan (soit 50%) ;
- 1 foyer logement sur un total de 2 établissements (1 en Ile-et-Vilaine, 1 dans le Morbihan) (soit 50%).

¹⁵ La construction de ces logements est mise en œuvre par les communes ; la gestion en est confiée au centre communal d'action sociale (C.C.A.S.).

Parmi les répondants, les EHPAD sont pour la moitié de statut public (n=10) et pour l'autre moitié de statut privé (n=9). Dans le secteur public, les EHPAD sont implantés équitablement en milieu hospitalier et non hospitalier. Dans le secteur privé, 9 EHPAD sont des établissements à but non lucratif, un est à but lucratif.

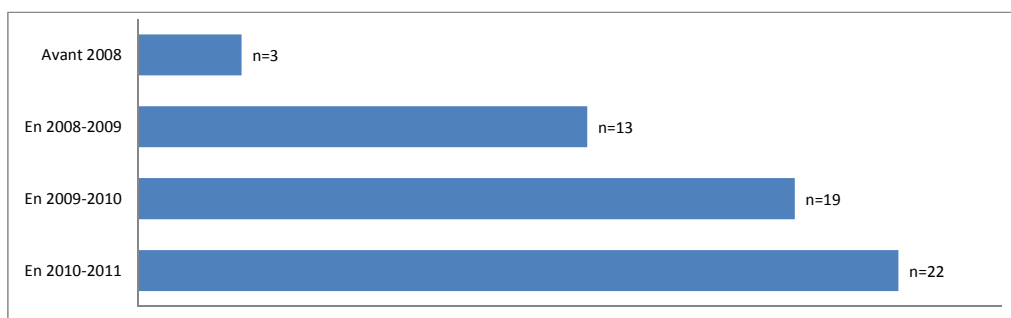
Douze établissements n'ont pas retourné le questionnaire (3 EHPAD, 7 MAPA, 1 CLARPA et 1 foyer logement). Les motifs déclarés à l'occasion des relances effectuées auprès des structures sont le manque de temps et/ou de personnel pour renseigner le questionnaire ou l'indisponibilité des informations demandées (non recensées ou localisées au siège).

A NOTER :

Du fait d'un dispositif très différent des autres établissements interrogés, le CLARPA n'a été en mesure de compléter le questionnaire que très partiellement. Il n'est donc pas retenu dans la restitution des résultats et n'est pas pris en compte dans l'analyse réalisée.

L'ancienneté de mise en place de l'action pour les 22 structures retenues dans l'analyse de l'enquête¹⁶ est la suivante :

Figure 4 : Nombre d'établissements participants à l'enquête impliqués dans l'action par année d'expérimentation



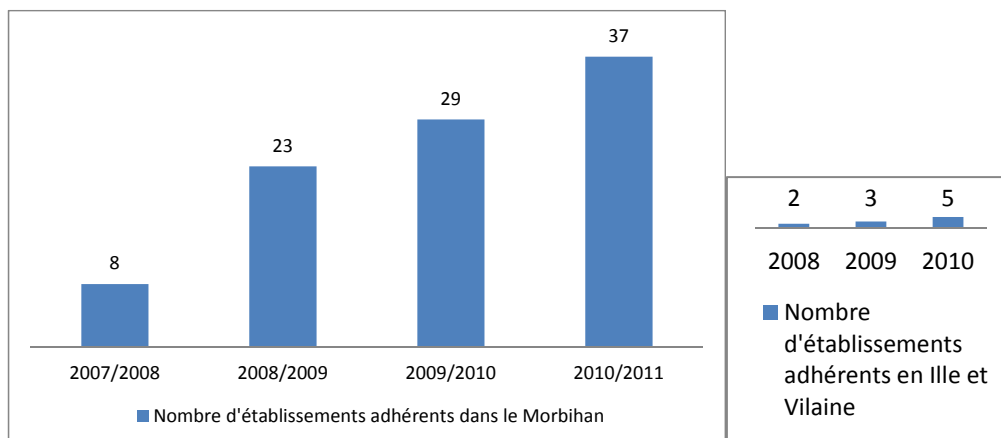
Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

L'année 2008-2009 connaît le nombre le plus important d'établissements s'engageant dans l'action : il passe de 3 établissements avant 2008 à 10 l'année suivante ; la croissance du nombre d'établissements rejoignant l'expérimentation ralentit ensuite en 2009-2010 (n=6) puis en 2010-2011 (n=3).

¹⁶ 23 structures ont participé à l'enquête, 22 ont pu faire l'objet d'une analyse exhaustive (cf. chapitre suivant « Les établissements ayant participé à l'enquête »).

La montée en charge progressive est confirmée par les effectifs d'établissements adhérents fournis par les associations mettant à disposition les éducateurs sportifs¹⁷ :

Figure 5 : Evolution du nombre total d'établissements bénéficiaires entre 2007 et 2010¹⁸



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

Au final, la mobilisation des établissements dans l'expérimentation, en nombre et dans le temps, est notablement plus importante dans le Morbihan qu'en Ille-et-Vilaine.

■ L'emploi des éducateurs dans les établissements

D'après le relevé d'heures d'intervention des éducateurs sportifs dans les établissements fourni par les associations les employant, le schéma de progression de l'emploi concerne particulièrement le département du Morbihan, pour lequel, entre la période 2007/2008 et la période 2010/2011, le nombre d'heures hebdomadaires a été environ multiplié par 10 et le nombre d'heures hebdomadaires moyen par établissement a crû de 114% :

Tableau 1 : Nombre d'établissements et d'heures d'intervention par année scolaire dans le département du Morbihan

Année scolaire	Nombre d'établissements adhérents	Nombre d'heures d'intervention hebdomadaire	Nombre d'heures moyen hebdomadaire
2007/2008	8	10	1,25
2008/2009	23	66	2,87
2009/2010	29	84,5	2,91
2010/2011	37	99,25	2,68

Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

¹⁷ Les bilans réalisés par les groupements d'employeurs ont été obtenus à posteriori de la présente enquête.

¹⁸ Les bilans réalisés par les groupements d'employeurs sont effectués par année civile en Ille-et-Vilaine et par année scolaire dans le Morbihan. Les modes de comptage en Ille-et-Vilaine et dans le Morbihan différant, il n'a pas été possible de cumuler les données.

On peut aussi remarquer que 3 établissements dépassent de beaucoup la moyenne puisqu'ils bénéficient de 8 ou 12 heures d'intervention par semaine.

On peut également noter que le nombre d'heures d'intervention reste stable d'une année sur l'autre pour une majorité d'établissements (n=17). Deux établissements ont toutefois interrompu leur adhésion, l'un entre 2008/2009 et 2009/2010, et l'autre entre 2009/2010 et 2010/2011 et cinq établissements ont diminué leur quota d'heures entre 2008/2009 et 2009/2010. Par contre, 8 établissements l'ont augmenté d'une demi-heure à 2 heures par semaine (2 entre 2008/2009 et 2009/2010, 6 entre 2009/2010 et 2010/2011).

En Ile-et-Vilaine, où l'implication du groupement d'employeur est plus tardive, les premières adhésions d'établissements au Groupement d'employeurs sport Bretagne et les premières interventions en découlant s'effectuent en octobre / novembre 2008¹⁹ et évoluent de la manière suivante :

Tableau 2 : Nombre d'établissements et d'heures d'intervention par année civile dans le département d'Ile-et-Vilaine

Année civile	Nombre d'établissements adhérents	Nombre d'heures d'intervention annuel	Nombre d'heures moyen annuel d'intervention
2008	2	22	11,00
2009	3	305,5	101,83
2010	5	372,34	74,47

Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

Pour le département, le nombre d'heures moyen annuel d'intervention d'un éducateur sportif dans un même établissement²⁰ évolue négativement entre 2009 et 2010 pour les 3 établissements adhérant depuis 2008.

Au final, le nombre d'équivalents temps pleins d'éducateurs sportifs créé par le dispositif s'établit à environ 3 ETP²¹ dans le Morbihan en 2010/2011 et à 0,23 ETP²² en Ile-et-Vilaine en 2010.

¹⁹ Des interventions d'éducateurs sportifs ont eu lieu auparavant mais sous forme de stages.

²⁰ La première année de démarrage n'est pas incluse, l'adhésion des établissements ne couvrant pas l'année dans son entier.

²¹ 99,25 heures hebdomadaires x 52 semaines = 5 161 heures ; sur la base de 1 645 heures pour un temps plein : 5 161 heures / 1645 heures = 3,14 ETP.

²² 372,34 heures annuelles ; sur la base de 1 645 heures pour un temps plein : 372,34 heures / 1 645 heures = 0,23 ETP.

■ Les caractéristiques des établissements ayant participé à l'enquête

■ *Les ressources humaines et leur formation aux bienfaits de l'activité physique et sportive*

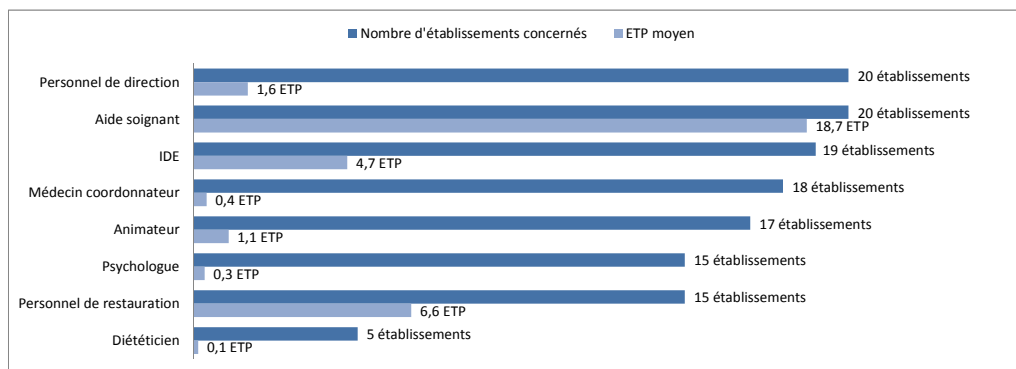
Les 2 MAPA ayant répondu à l'enquête disposent d'une organisation très différente de celle des autres types d'établissements. Leurs données concernant les ressources humaines ne sont donc pas analysées avec l'ensemble des autres structures²³.

Parmi les 20 autres établissements (19 EHPAD et 1 foyer logement),

- certains ont complété les informations pour les seules catégories spécifiées dans le questionnaire ;
- d'autres ont fourni une liste exhaustive de leur personnel, précisant dans la rubrique « autres catégories » les catégories de personnel non proposées dans le questionnaire. Parmi ces dernières, figurent parfois les intervenants extérieurs mais sans référence au nombre d'ETP qu'ils représentent.

Les données obtenues manquent donc d'homogénéité en termes d'exhaustivité et de degré de précision. Néanmoins, pour les catégories de professions citées dans le plus grand nombre d'établissements par ordre décroissant, leur nombre en équivalent temps plein (ETP) s'établit comme suit :

Figure 6 : Nombre d'établissements concernés et nombre moyen d'équivalents temps pleins par catégorie de professions



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

La moitié des établissements (n=11) a au moins une catégorie de personnels formés aux bienfaits de l'exercice physique et sportif. C'est le cas en particulier pour une majorité d'EHPAD de statut privé.

²³ Une structure a déclaré 1 équivalent temps plein (ETP) de personnel de direction, l'autre 0,5 ETP de personnel de direction, 0,8 ETP d'animateur et deux postes de personnels de restauration représentant 2 ETP.

Parmi les 11 établissements ayant déclaré au moins une catégorie de personnels formés aux bienfaits de l'exercice physique et sportif, une forte majorité (n=10) concerne l'animateur. Le médecin coordonnateur et les aides-soignants sont pour leur part cités par 4 établissements. Les autres professions sont citées de façon plus marginale.

■ **La capacité et les flux de résidents dans les établissements**

Parmi les répondants, 2 EHPAD publics et les 2 MAPA n'ont pas renseigné leur capacité d'accueil. Celle des établissements ayant renseigné le questionnaire (n=18) varie dans une fourchette allant de 50 à 198 lits ou places, soit une moyenne de 84 lits pour l'ensemble des structures avec un écart type important de 36,6 places.

Le nombre de résidents accueillis en 2010 déclarés par les 22 structures répondantes correspond à un total de 1 833 résidents.

19 structures ont renseigné le nombre d'entrées et de sorties de résidents ainsi que le nombre de décès survenus en 2010. Les flux de résidents, selon le type d'établissement, se répartissent comme suit :

Tableau 3 : Proportion d'entrées et de sorties des établissements en 2010 parmi les résidents (%)

	Proportion d'entrées (en %) /nombre résidents	Proportion de sorties (en %) /nombre résidents
EHPAD Publics hospitaliers	31%	28%
EHPAD Privés	25%	27%
EHPAD Publics non hospitaliers	23%	21%
MAPA	17%	17%
Foyer logement	5%	4%
Moyenne	20%	19%

Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

Les flux de résidents sont les plus importants au sein des EHPAD (moyenne de 27% d'entrées et 26% de sorties, tous types d'EHPAD confondus) suivis par les MAPA (17% d'entrées et de sorties). Logiquement, le foyer logement se distingue par des chiffres bien moins élevés (5% d'entrées et 4% de sorties).

Quel que soit le type d'établissement, les sorties correspondent majoritairement au décès du résident (taux allant d'un minimum de 63% à un maximum de 100% selon le statut des structures).

Enfin, pour les 16 établissements ayant renseigné le questionnaire, la durée moyenne du séjour de leurs résidents varie de moins de 3 ans au sein des EHPAD publics hospitaliers à un maximum de sept ans ou plus au sein des MAPA.

■ Le profil des résidents

■ Selon l'âge et le sexe

Les femmes représentent les trois quarts des résidents (74%) au sein des 21 structures répondantes (un établissement n'a pas renseigné la répartition selon le sexe). L'âge moyen des résidents est de 85 ans.

Cette répartition par sexe est proche de celle observée en population générale à partir des données issues du recensement de la population réalisé par l'Insee au 1^{er} janvier 2007 en Bretagne (73% des habitants de 85 ans et plus sont des femmes).

■ Selon les Groupes iso-ressources (indicateur GIR)

La définition « administrative » de la dépendance

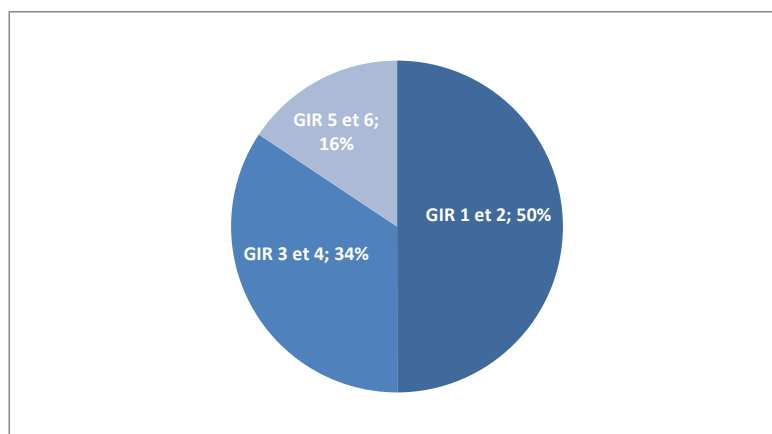
Le dispositif s'appuie sur une évaluation de la dépendance par des professionnels, mesurée par la grille dite AGGIR, grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie chez les personnes âgées de 60 ans ou plus. L'examen repose sur dix variables discriminantes : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'hygiène de l'élimination, les transferts, le déplacement à l'intérieur du logement ou de l'institution, le déplacement à l'extérieur et la communication à distance. À partir de l'observation de ces dix activités, les personnes sont classées dans un des six groupes iso-ressources ou GIR. Les personnes classées dans les GIR 1 à 4 sont qualifiées de personnes dépendantes et bénéficient de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

- **GIR 1** : personnes confinées au lit ou au fauteuil sans aucune autonomie et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- **GIR 2** : personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas complètement altérées nécessitant une prise en charge pour les activités de la vie courante ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices ;
- **GIR 3** : personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice mais ayant besoin d'aide pour leur autonomie corporelle ;
- **GIR 4** : personnes aidées pour leur transfert, pour la toilette et l'habillement ou personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas ;
- **GIR 5** : personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur du logement, s'alimentant et s'habillant seules, mais ayant besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- **GIR 6** : personnes très peu dépendantes et personnes autonomes.

Source : Insee

Dans les 21 structures ayant renseigné ces éléments du questionnaire, un total de 1 635 résidents sont caractérisés vis-à-vis de leur appartenance aux groupes iso-ressources :

Figure 7 : Répartition des résidents dans les groupes iso-ressources (%)

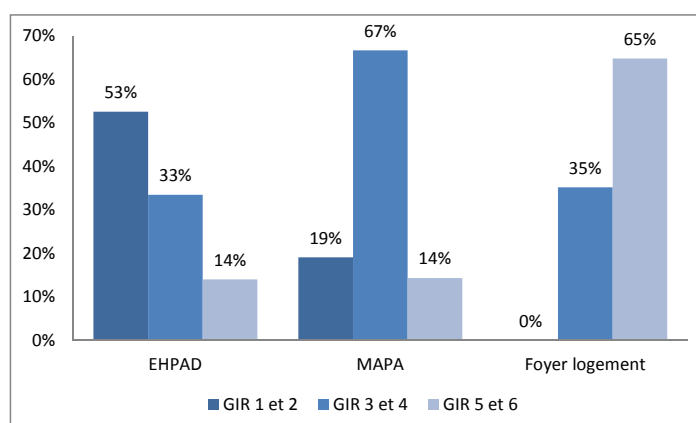


Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

Tous types d'établissements confondus, 84% des résidents, classés dans les GIR de 1 à 4, sont des personnes qualifiées de dépendantes. La moitié des résidents, classés dans les GIR 1 et 2, sont pour leur part fortement dépendantes : il s'agit de personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions mentales sont altérées. **Ces proportions sont équivalentes à celles relevées par la Drees en 2007 au sein de l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées** de France métropolitaine et des départements d'Outre-mer hors logements-foyers non-EHPAD (84% de GIR 1 à 4 ; 51% de GIR 1 et 2)²⁴.

Conformément à leur typologie, la répartition des GIR selon le type d'établissement est fortement différenciée. Elle s'établit de la manière suivante :

Figure 8 : Répartition des résidents dans les GIR selon le type d'établissement (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

²⁴ L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 / Julie Prévot. Drees - Etudes et Résultats n° 689, mai 2009, p. 6.

Les proportions les plus élevées de résidents fortement dépendants se trouvent dans les EHPAD (53% dans les GIR 1 et 2). Le foyer logement abrite quant à lui la proportion la plus importante de résidents parmi les plus autonomes (65% de résidents sont dans les GIR 5 et 6).

■ Selon le GIR moyen pondéré des établissements (indicateur GMP)

Le GMP : GIR Moyen Pondéré

C'est un indicateur du niveau moyen de dépendance des résidents des établissements. A chaque niveau de GIR correspond un certain nombre de points :

GIR 1 : 1 000 points,

GIR 2 : 840 points,

GIR 3 : 660 points,

GIR 4 : 420 points,

GIR 5 : 250 points,

GIR 6 : 70 points.

Le GMP se calcule en additionnant les points GIR de tous les résidents d'un établissement rapporté au nombre total de ses résidents

Le niveau moyen du GMP s'établit comme suit :

Tableau 4 : GIR moyen pondéré des établissements selon le type de structure

	Nombre d'établissement ayant renseigné le GMP	Somme des GMP déclarés	GMP "moyen"
EHPAD	19	12799	674
MAPA	2	928	464
Foyer logement	1	222	222
Total	22	13949	634

Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

Conformément aux observations concernant la répartition des GIR, le niveau moyen de dépendance le plus faible concerne le foyer logement (GMP=222) et témoigne d'un profil moyen de dépendance des patients proche du GIR 5. Dans les 2 MAPA (GMP=464), il est proche d'un profil moyen de dépendance correspondant à un GIR 4. Enfin dans les EHPAD (GMP=674), le GMP correspond à un profil moyen de dépendance compris entre les GIR 2 et 3. **Au final et comme pour les GIR, les GMP des établissements sont en moyenne proches de ceux observés par la DREES en 2007²⁵.**

²⁵ L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 / Julie Prévot. Drees - Etudes et Résultats n° 689, mai 2009, pp. 5-6.

■ Selon le Pathos Moyen Pondéré des établissements (indicateur PMP)

Le PMP : Pathos Moyen Pondéré

C'est un indicateur global de charge en soins reflétant le degré moyen de pathologies présentées par l'ensemble des résidents d'un établissement. Il évalue à partir des situations cliniques observées les soins médico-techniques nécessaires pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées. A chaque situation clinique est attribué un niveau de points pour huit postes de ressources. Le PMP correspond à la somme des points de niveaux de soins nécessaires dans les huit postes de ressources pondérés par un coefficient variable selon les postes, et exprimé en moyenne par individu.

Le calcul du PMP n'est pas renseigné dans le foyer logement et les MAPA, ces types de structures n'ayant pas vocation à accueillir des personnes nécessitant une prise en charge fortement médicalisée. La donnée n'est également pas renseignée pour un EHPAD. Au regard des données renseignées, l'indicateur global moyen de charge en soins est très proche dans l'ensemble des EHPAD, quel que soit leur statut (environ 164).

■ Les bénéficiaires de l'action

■ Les taux de résidents bénéficiaires et les demandes non satisfaites

La proportion de résidents ayant bénéficié de l'action au sein des différents types d'établissements s'établit comme suit dans les 21 structures ayant indiqué conjointement le nombre de leurs résidents et, parmi eux, le nombre de bénéficiaires des ateliers :

Tableau 5 : Proportion de résidents ayant bénéficié de l'action en 2010 (%)

	Nombre total de résidents accueillis en 2010	Nombre de bénéficiaires en 2010	Proportion de bénéficiaires (en %) / Nombre total de résidents
MAPA	42	36	86%
Foyer logement	55	20	36%
EHPAD Privé	784	271	35%
EHPAD Public non hospitalier	337	112	33%
EHPAD Public hospitalier	548	120	22%
Total	1 766	559	32%

Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

En 2010, 559 résidents identifiés par le recueil ont bénéficié de l'expérimentation, soit 32% de l'ensemble des résidents accueillis en 2010 dans les établissements concernés et ayant répondu à l'enquête. A l'exception des MAPA, les proportions de bénéficiaires sont relativement homogènes selon le statut de la structure (environ un tiers de résidents) avec un minimum de 22% pour les EHPAD publics hospitaliers.

Enfin et vis-à-vis de la question relative à la satisfaction des demandes de participation à l'action, 4 EHPAD publics et le foyer logement ne l'ont pas renseignée. Au sein des 17 établissements ayant répondu, 8 (soit 47% d'entre eux et environ un tiers des établissements ayant renseigné le questionnaire) ont déclaré que des demandes de participation à l'action n'avaient pu être satisfaites. Les demandes non satisfaites représentent dans les établissements concernés un peu plus d'un résident sur 10 (13%). **Au final et au sein des établissements bénéficiaires de l'action, il existe un potentiel de demandes relativement modéré n'ayant pu être satisfaites.**

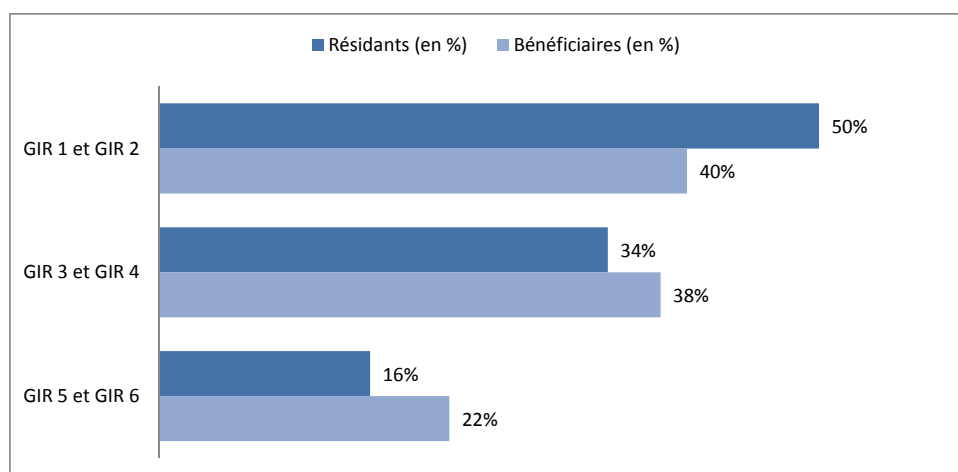
■ Le profil des bénéficiaires

Les bénéficiaires sont majoritairement des femmes (77%), proportion que l'on retrouve dans la population résidente.

L'âge moyen des participants à l'action en 2010 est de 84 ans. Il est en cela légèrement inférieur à l'âge moyen des résidents (85 ans et plus).

Au-delà de la répartition par sexe et par âge et afin d'observer si la population bénéficiaire de l'action se distingue de l'ensemble de la population des résidents, une comparaison selon l'appartenance aux groupes iso-ressources a été réalisée :

Figure 9 : Répartition des résidents et des bénéficiaires de l'action dans les GIR en 2010 (%)



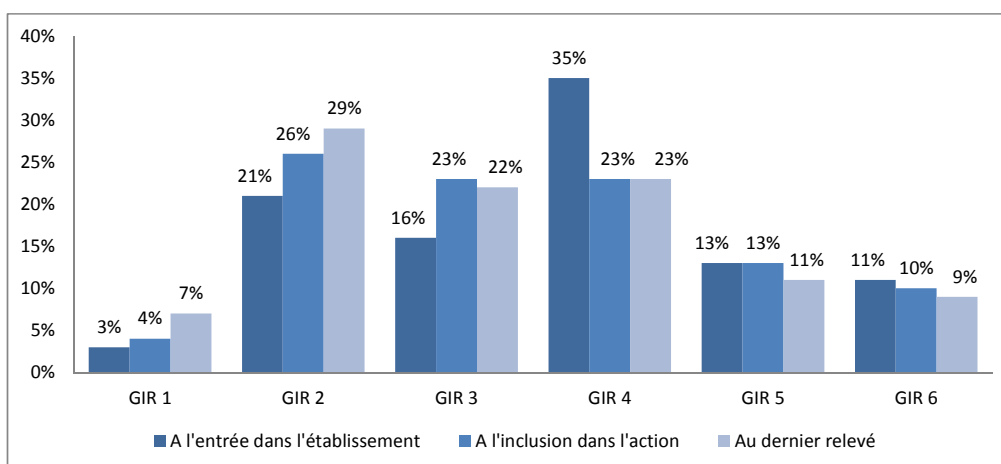
Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

La population bénéficiaire de l'action présente un niveau de dépendance moindre par rapport à l'ensemble de la population résidente.

Globalement, et même si toutes les catégories de GIR sont représentées, les personnes les plus fortement dépendantes (GIR 1 et 2) bénéficient moins de l'action (40 % de bénéficiaires contre 50% de résidents). Les proportions s'inversent pour les autres catégories (dont les GIR 3 et 4 qui concernent aussi des personnes dépendantes).

Par ailleurs, les établissements ont aussi été sollicités sur l'évolution dans le temps des GIR des bénéficiaires de l'action. Pour les 7 structures ayant renseigné les GIR des bénéficiaires à l'entrée dans l'établissement, à l'inclusion dans l'action, et au dernier relevé, l'évolution s'établit comme suit :

Figure 10 : Evolution de la répartition dans les GIR des résidents ayant bénéficié d'une action en 2010 (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

Une augmentation du niveau de dépendance apparaît entre l'entrée dans l'établissement et l'inclusion dans l'action. Entre l'inclusion dans l'action et le dernier relevé, le nombre des bénéficiaires fortement dépendants (GIR 1 et 2) augmente aussi.

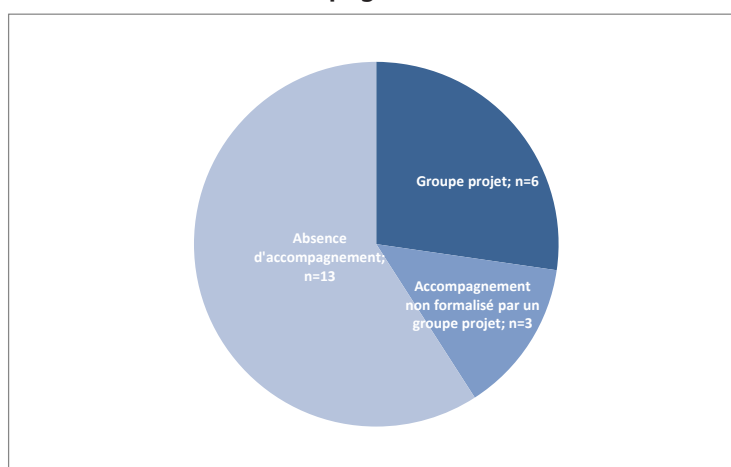
De nombreux facteurs peuvent expliquer la progression du niveau de dépendance, notamment l'évolution naturelle des pathologies dont les résidents sont déjà atteints et la survenue de nouvelles pathologies. De fait, l'impact de l'action sur un ralentissement possible de la progression du niveau de dépendance ne peut être précisément évalué.

■ Le processus d'intégration et de suivi de l'action dans les établissements

■ *L'existence d'un groupe projet*

Parmi les 22 structures répondantes, l'accompagnement de l'action par une équipe dédiée est déclaré dans les proportions suivantes :

Figure 11 : Nombre d'établissements disposant d'un groupe projet accompagnant l'action



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

Six établissements (27%, soit un peu plus d'un quart des répondants) accompagnent l'action de la création d'un groupe projet (dont un en cours de mise en place). La fréquence de réunion est d'une à deux fois par an, exception faite d'une structure qui déclare 14 réunions en l'espace de six mois. Un groupe projet, parmi les 5 existants, rédige des comptes-rendus de ses rencontres.

Trois autres établissements déclarent un accompagnement de l'action autour d'une équipe composée de différents professionnels, mais non formalisé par un groupe projet.

Les actions sont donc accompagnées dans 9 établissements sur 22 (environ 40% des répondants). En miroir, près de 60 % des structures (n=13) n'ont pas mis en place de suivi spécifique de l'action.

Parmi les 9 structures ayant déclaré l'existence d'un suivi de l'action, 6 font intervenir 4 professionnels différents ou plus. Les 3 autres déclarent une organisation structurée autour de 2 professionnels de métiers différents.

Les professionnels les plus répandus dans la composition des équipes accompagnant le suivi des actions sont les animateurs, cités dans la composition de l'équipe de 7 établissements. A fréquence égale sont ensuite cités dans 5 établissements les éducateurs sportifs, les infirmiers et les aides-soignants. Les fonctions plus périphériques à la prise en charge quotidienne (directeurs, cadres de santé, médecins coordinateurs, ergothérapeutes, psychologues et aides médico-psychologiques) interviennent également dans les équipes mais de façon plus marginale (3 établissements ou moins).

■ **L'information/sensibilisation du personnel**

La grande majorité des établissements (17 sur 20 répondants à la question) déclare avoir réalisé une information/sensibilisation du personnel concernant l'action mise en place dans l'établissement même si cette information reste hétérogène dans ses modalités.

Parmi ces 17 structures, l'information est réalisée :

- sous forme de communication orale pour 6 établissements,
- sous forme de communication écrite pour 5 établissements,
- sous forme orale et écrite pour 6 établissements.

L'information orale des personnels est le plus souvent réalisée à l'occasion des transmissions ou de réunions de service. Une structure a réuni le personnel pour expliquer l'intervention de l'éducateur sportif.

L'information des personnels sous forme écrite varie selon les établissements. Les supports de communication cités sont l'affichage, les comptes-rendus de réunion, l'inscription de la participation du résident à l'action dans son dossier informatisé.

■ **L'intégration de l'action dans les projets d'établissements**

Plus de la moitié des établissements (tous des EHPAD) déclarent que l'action est intégrée au projet de vie de l'établissement. Deux structures parmi les 13 concernées ont communiqué la photocopie des éléments concernant l'action.

Par ailleurs et conjointement, **près des trois quart des établissements (16 structures sur 22, soit 73% d'entre elles) déclare que l'action a été présentée au conseil de la vie sociale.** Deux établissements ont pu fournir un compte-rendu des réunions du conseil attestant de cette présentation.

■ **Les procédures et outils mis en place**

La moitié des établissements répondants (n=11) déclare qu'une procédure relative à l'intervention de l'éducateur sportif a été mise en place. Cela ne concerne ni les MAPA, ni le foyer logement. Un seul établissement déclare que cette procédure fait l'objet d'un document écrit.

Selon les établissements et de manière très variable, cette procédure concerne les éléments suivants :

- la définition des temps d'intervention de l'éducateur sportif,
- le type d'atelier proposé aux résidents,
- le profil des résidents pouvant être bénéficiaires des ateliers,
- les membres du personnel (équipe soignante, animateur...) en charge de l'orientation, du transfert des résidents vers l'atelier, et de l'information de l'éducateur sur ces derniers,
- le rôle de l'éducateur vis-à-vis des résidents et du personnel.

L'éducateur sportif participe à des réunions internes à l'établissement (commission animation du Conseil de vie sociale, réunion hebdomadaire ou mensuelle, de synthèse ou de transmission, interdisciplinaire ou inter-service) dans près d'un tiers des 22 établissements (n=7). L'action y est systématiquement évoquée dans 4 d'entre eux, et parfois dans 2.

Treize établissements déclarent que l'éducateur sportif dispose de moyens lui permettant de transmettre des informations écrites. Neuf d'entre eux citent l'informatique (dont 6 précisent qu'il s'agit du dossier médical informatisé). Deux établissements, parmi les 13, déclarent que les moyens disponibles ne sont pas utilisés. Trois établissements déclarent que les moyens de transmettre une information écrite n'existent pas pour l'éducateur sportif.

Au final, si environ la moitié seulement des établissements répondants ont mis en place des procédures et des outils organisant l'intervention des éducateurs, ceux-ci restent malgré tout hétérogènes tant dans leurs modalités et contenus que dans leur degré de formalisation.

■ Les modalités d'intégration du résident dans l'action

Cinq procédures possibles d'intégration du résident à l'action ont été interrogées auprès des établissements :

- la délivrance préalable d'un avis médical et d'un certificat de non contre-indication, ou bien d'un avis paramédical,
- la dimension collégiale de la proposition de participation du résident aux ateliers,
- l'association de l'éducateur sportif à la décision de proposition de participation,
- la pratique de tests en amont des ateliers pour évaluer les capacités du résident,
- l'intégration de l'action au projet de vie individualisé du résident.

Les proportions d'établissements déclarant appliquer ces procédures d'intégration du résident aux ateliers s'établissent comme suit :

Tableau 6 : Procédures d'intégration du résident à l'action (nombre et %)

	Etablissements répondants	Procédures réalisées
Avis médical	21	7 (33%)
- <i>Si oui, certificat de non contre-indication</i>	6	2
- <i>Si non, avis paramédical (IDE, kinésithérapeute)</i>	15	10
Proposition de participation collégiale	20	13 (65%)
Association de l'éducateur sportif à la proposition	21	18 (86%)
Tests d'évaluation des capacités	21	6 (29%)
Intégration dans le projet de vie individualisé	22	12 (55%)

Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

Un tiers parmi 21 établissements (n=7) déclare s'appuyer sur un avis médical pour la participation des résidents aux ateliers (ce n'est le cas ni de la MAPA ni du foyer logement ayant répondu). Deux EHPAD incluent dans cette démarche un certificat médical de non contre-indication et 4 indiquent également un avis paramédical. Parmi les 14 établissements ne recueillant pas d'avis médical préalable, 10 rapportent s'appuyer sur un avis paramédical de l'IDE, ou du kinésithérapeute.

Au final, environ 4 établissements sur 5 mettent donc en place un avis médical et/ou paramédical préalable à la participation des résidents à l'action.

Près des deux tiers des établissements (n=13) déclarent que la proposition de participation du résident aux ateliers s'effectue dans un cadre collégial. Quant à l'éducateur sportif, il est associé à cette décision dans plus de quatre établissements sur 5 (n=18).

Toujours en amont des ateliers, **des tests sont pratiqués pour évaluer les capacités du résident dans moins d'un tiers des établissements.**

Ils sont en revanche plus de la moitié à déclarer que l'action est intégrée aux projets de vie individualisés des résidents. Six d'entre eux mentionnent son inscription dans le dossier du patient (sous forme informatisée dans 5 établissements et en cours de formalisation dans 1 établissement).

Au final là aussi, les éléments observés sont relativement hétérogènes à l'exception de l'association de l'éducateur sportif à la décision d'intégration d'un résident aux ateliers proposés qui rassemble une très forte majorité d'établissements répondants.

■ L'évaluation

Quinze établissements déclarent qu'ils réalisent une évaluation de l'action selon là encore des modalités hétérogènes et citent des objets et/ou des éléments d'organisation de cette évaluation :

- L'évaluation concerne directement le résident dans 11 établissements : motivation, assiduité, capacités fonctionnelles et/ou cognitives du bénéficiaire (selon les cas). Un seul établissement cite l'évaluation de l'atelier lui-même (« *heure de l'activité, constitution de groupe, nature des activités, besoin de matériel* »).
- Certaines des modalités de l'évaluation, très variables, sont évoquées par 7 établissements : périodicité (ponctuelle, bimestrielle, trimestrielle, semestrielle, annuelle), opérateur (éducateur sportif, animateur, interlocuteurs de l'association employeur, direction), méthode de recueil des données (observation, fiche d'observation individuelle et collective, compte-rendu), restitution (bilans écrits, « *retours faits en commission « animation », « relais des informations auprès de l'équipe par l'animatrice par le biais des transmissions orales et écrites* »).

■ Les recueils existants dans les établissements

L'objectif de cette section du questionnaire était d'identifier les indicateurs disponibles dans les établissements, sur lesquels pourrait s'appuyer l'évaluation médico-économique pour mesurer l'impact de l'action sur l'état de santé des bénéficiaires et les coûts de prise en charge engendrés. Les résultats sont donc présentés dans le chapitre concernant l'évaluation médico-économique de l'expérimentation.

Synthèse des résultats

■ Les établissements concernés par l'expérimentation et par l'enquête

Les établissements destinataires de l'enquête sont les 35 établissements ayant bénéficié de l'intervention d'éducateurs sportifs entre 2007 et 2010 qui représentent sur cette dernière année 6% de l'ensemble des EHPAD ou foyers logements en Bretagne (3% en Ile-et-Vilaine et 21% dans le Morbihan). La mobilisation des établissements dans l'expérimentation, en nombre et dans le temps, est notablement plus importante dans le Morbihan et croît particulièrement en 2008-2009. Le nombre d'équivalents temps pleins d'éducateurs sportifs s'établit à environ 3,14 ETP dans le Morbihan en 2010/2011 et à 0,23 ETP en Ile-et-Vilaine en 2010.

Vingt-trois structures ont retourné le questionnaire, soit un taux de retour de 66%.

Les données de ces établissements, relatives aux ressources humaines, aux capacités d'accueil, à la durée moyenne du séjour reflètent une certaine hétérogénéité des structures.

La moitié des établissements a au moins une catégorie de personnels formés aux bienfaits de l'exercice physique et sportif dont une forte majorité concerne l'animateur (médecin coordonnateur et aides-soignants sont cités par 4 établissements, les autres professions sont citées de façon plus marginale).

■ Les bénéficiaires de l'action

En 2010, 559 résidents identifiés par le recueil ont bénéficié de l'expérimentation, soit 32% de l'ensemble des résidents accueillis en 2010 dans les établissements ayant retourné le questionnaire. Huit établissements ont déclaré que des demandes de participation à l'action n'avaient pu être satisfaites pour un peu plus d'un résident sur 10 (13%).

Les bénéficiaires sont majoritairement des femmes (77%), proportion que l'on retrouve dans la population résidente. L'âge moyen est de 84 ans, légèrement inférieur en cela à l'âge moyen de l'ensemble des résidents (85 ans et plus).

La population bénéficiaire de l'action présente un niveau de dépendance moindre par rapport à l'ensemble de la population résidente : même si toutes les catégories de GIR sont représentées, les personnes les plus fortement dépendantes (GIR 1 et 2) bénéficient moins de l'action (40 % de bénéficiaires contre 50% de résidents). Les proportions s'inversent pour les autres catégories (dont les GIR 3 et 4 qui concernent aussi des personnes dépendantes).

■ Le processus d'intégration et de suivi de l'action dans les établissements

Les actions sont accompagnées par une équipe dédiée dans 9 établissements sur 22 (environ 40% des répondants) dont 6 par un groupe projet. En miroir, près de 60 % des structures (n=13) n'ont pas mis en place de suivi.

Les professionnels les plus répandus dans la composition de ces équipes sont les animateurs, cités dans 7 établissements. A fréquence égale sont ensuite cités dans 5 établissements les éducateurs sportifs, les infirmiers et les aides-soignants. Les fonctions plus périphériques à la prise en charge quotidienne interviennent de façon plus marginale.

La grande majorité des établissements (17 sur 20 répondants) déclare avoir réalisé une information/sensibilisation du personnel concernant l'action mise en place dans l'établissement. Plus de la moitié déclarent que l'action est intégrée au projet de vie de l'établissement et près des trois quart (16 structures sur 22, soit 73% d'entre elles) déclarent une présentation de l'action au conseil de la vie sociale.

La moitié des établissements répondants (n=11) déclare qu'une procédure relative à l'intervention de l'éducateur sportif a été mise en place qui peut concerner, de manière très variable : la définition des temps d'intervention de l'éducateur sportif, le type d'atelier proposé, le profil des résidents pouvant être bénéficiaires des ateliers, les membres du personnel en charge de l'orientation, du transfert des résidents vers l'atelier, et de l'information de l'éducateur sur ces derniers, le rôle de l'éducateur vis-à-vis des résidents et du personnel.

L'éducateur sportif participe à des réunions internes à l'établissement (commission animation du Conseil de vie sociale, réunion hebdomadaire ou mensuelle, de synthèse ou de transmission, interdisciplinaire ou interservice) dans seulement environ un tiers des 22 établissements (n=7). Par contre, treize établissements déclarent que l'éducateur sportif dispose de moyens lui permettant de transmettre des informations écrites, parmi lesquels l'informatique est majoritaire (6 précisent qu'il s'agit du dossier médical informatisé).

Au final et concernant le processus d'intégration et de suivi de l'action au sein des établissements, on observe, quel que soit le facteur pris en compte, une forte hétérogénéité des pratiques mises en œuvre.

■ L'intégration du résident dans l'action

Un tiers des établissements ayant répondu à l'enquête déclare s'appuyer sur un avis médical pour la participation des résidents aux ateliers, complété par un certificat médical de non contre-indication pour 2 d'entre eux et d'un avis paramédical pour 4. Parmi les 14 établissements ne recueillant pas d'avis médical préalable, 10 indiquent s'appuyer sur un avis paramédical. Au final, environ 4 établissements sur 5 mettent donc en place un avis médical et/ou paramédical préalable à la participation des résidents à l'action.

Près des deux tiers des établissements déclarent que la proposition de participation du résident aux ateliers s'effectue dans un cadre collégial. L'éducateur sportif est associé à cette décision dans plus de quatre établissements sur 5.

Des tests sont pratiqués en amont des ateliers pour évaluer les capacités du résident dans près d'un tiers des établissements. Ils sont plus nombreux (plus de la moitié des 22 établissements ayant participé à l'enquête) à déclarer que l'action est intégrée aux projets de vie individualisés des résidents (dans le dossier informatisé du patient, précisent 6 établissements).

Enfin quinze établissements déclarent réaliser une évaluation de l'action. Pour 11 d'entre eux, l'évaluation concerne directement le résident (motivation, assiduité, capacités fonctionnelles et/ou cognitives du bénéficiaire). Un seul cite l'évaluation de l'atelier lui-même. Les modalités évoquées par 7 établissements sont très variables en termes de périodicité, d'opérateur, de méthode de recueil et de restitution des données.

L'enquête auprès des bénéficiaires de l'action

Objectifs

L'enquête conduite auprès des résidents bénéficiaires de l'intervention des éducateurs sportifs avait pour principal objectif de connaître leur opinion et leur degré de satisfaction vis-à-vis :

- de la quantité et de la qualité des ateliers proposés,
- des bénéfices qu'ils retirent des activités.

Méthodologie

L'enquête est de type quantitative et a été réalisée par questionnaires²⁶. Celui-ci a été transmis aux 35 structures ayant bénéficié de l'intervention d'éducateurs sportifs en 2010. Le référent « établissement », désigné dans le cadre de l'évaluation, a été chargé d'organiser au sein de chaque structure la passation du questionnaire auprès d'un maximum de 30 résidents ayant participé à un atelier animé par un éducateur sportif en 2010.

Si plus de 30 résidents étaient concernés par l'action, un échantillonnage devait être réalisé sans sélection des patients vis-à-vis de leur degré d'adhésion à l'action. Selon l'organisation et/ou l'architecture du bâti de l'établissement, le protocole proposait une répartition des résidents interrogés selon les différents bâtiments, les différents étages... en prenant sur chaque lieu une chambre sur deux ou une chambre sur trois jusqu'à concurrence de 30 questionnaires renseignés. Si moins de 30 résidents étaient concernés par l'action, le questionnaire devait être soumis à la totalité des bénéficiaires.

²⁶ Questionnaire joint en annexe 2.

La passation a été réalisée soit par le référent de l'évaluation lorsqu'il n'était pas directement impliqué dans l'action, soit par un soignant non impliqué directement dans les ateliers d'éducation physique et sportive, en le remettant dans la chambre ou l'appartement de chaque bénéficiaire. Dans le cas où les résidents concernés avaient besoin d'une aide ou d'une assistance pour remplir le questionnaire, il était recommandé que celle-ci leur soit apportée par un professionnel non impliqué directement dans les ateliers et sans contact proche au quotidien avec le résident (par exemple un professionnel des services administratifs, un stagiaire...). Le questionnaire, anonyme, était collecté dans une boîte mise à disposition des répondants dans un lieu bien identifié.

L'envoi des questionnaires a été réalisé le 17 juin 2011 pour un retour attendu de la part des établissements mi-juillet. Après de multiples relances téléphoniques auprès des référents, les retours de questionnaires se sont prolongés jusqu'au début du mois de septembre.

Les données recueillies portent sur :

- le profil du bénéficiaire : sexe, âge, degré d'autonomie physique, durée de participation aux ateliers, interlocuteur rencontré en amont de la participation à l'atelier ;
- l'avis du bénéficiaire sur la quantité et la qualité de la prestation :
 - le rythme, la durée, le nombre des ateliers,
 - l'adaptation de l'atelier aux capacités du bénéficiaire,
 - la compétence de l'éducateur sportif ;
- l'avis du bénéficiaire sur l'impact physique, psychologique et social des ateliers ;
- des propositions d'amélioration.

Pour chacune des questions posées aux bénéficiaires, l'analyse a été réalisée selon deux modalités :

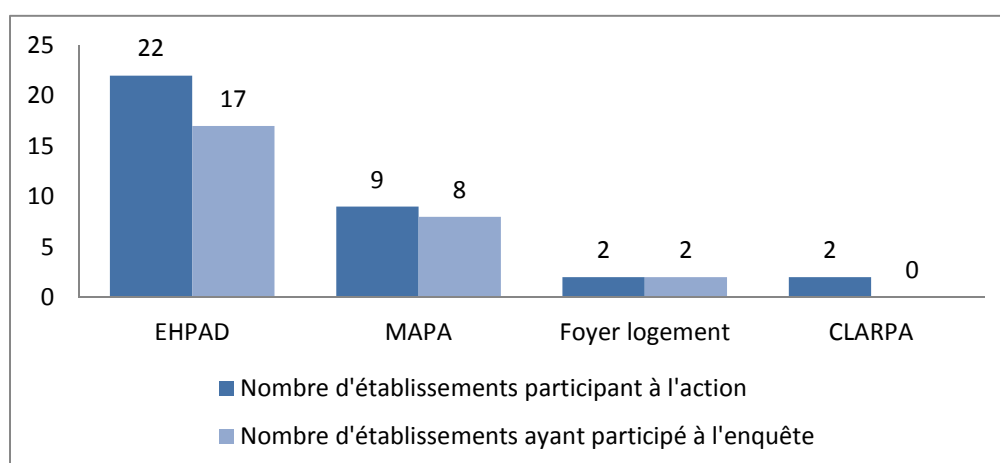
- une analyse descriptive portant sur la répartition des répondants ;
- une analyse de contingence entre les réponses fournies par les répondants et leur degré d'autonomie dans les déplacements (marche sans aide, avec cannes ou béquilles, avec déambulateur, en fauteuil roulant).

Résultats

■ Le taux de retour et le profil des établissements ayant participé à l'enquête

Sur les 35 établissements destinataires du questionnaire, 27 structures (soit 77%) ont retourné un total de 296 questionnaires « bénéficiaires ». Leur répartition, proche de celle des établissements bénéficiaires de l'action, s'établit comme suit :

Figure 12 : Nombre d'établissements impliqués dans l'action ayant participé à l'enquête « bénéficiaires »



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

Ont participé à l'enquête :

- 17 EHPAD sur 22 (77%), avec un total de 187 questionnaires retournés ;
- 2 foyers logements sur 2 (100%), avec un total de 21 questionnaires retournés ;
- 8 MAPA sur 9 (88%), avec un total de 88 questionnaires retournés.

Les 2 CLARPA n'ont pas participé à l'enquête.

■ Le profil des bénéficiaires ayant participé à l'enquête

■ *Selon l'établissement de résidence*

Pour obtenir une base comparable, la population ayant répondu à l'enquête a été comparée à l'ensemble de la population des bénéficiaires des seuls établissements dont ils sont issus et dont l'évaluateur a pu avoir connaissance via les réponses apportées au questionnaire initial (voir le chapitre précédent - enquête « établissements »). Cela concerne 17 établissements. Leur répartition s'établit comme suit :

Tableau 7 : Répartition des répondants parmi les bénéficiaires selon le type de structure (n et %)

	Nombre de bénéficiaires de l'action des établissements ayant répondu aux 2 enquêtes "établissements" et "bénéficiaires"	Nombre de résidents ayant répondu à l'enquête "bénéficiaires" dans les structures ayant participé à l'enquête "établissements"	Proportion de répondants parmi les bénéficiaires des établissements ayant répondu aux 2 enquêtes
EHPAD	436	166	38%
MAPA	36	19	53%
Foyer logement	20	10	50%
Total	492	195	40%

Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

Selon les données fournies par les établissements ayant répondu aux deux séries d'enquête, la proportion de répondants à l'enquête parmi les bénéficiaires de l'action est en moyenne de 40%. Elle est proche dans les EHPAD (38%) mais sensiblement plus élevée en foyer logement (50%) et en MAPA (53%) même si le nombre de personnes concernées par l'action est beaucoup moins élevé.

■ *Selon le sexe et l'âge*

Les participants à l'enquête ont un âge moyen de 84 ans (85 pour les femmes et 81 pour les hommes), correspondant en cela à l'âge moyen de l'ensemble des bénéficiaires de l'action. 74% sont des femmes, pourcentage proche de celui obtenu à partir des questionnaires initiaux complétés par les établissements.

■ Selon le niveau d'appareillage nécessaire aux déplacements²⁷

Concernant leurs moyens d'appui nécessaires à leurs déplacements, la répartition des répondants s'établit ainsi :

Tableau 8 : Répartition des répondants selon le niveau d'appareillage nécessaire pour les déplacements (n et %)

	n	%
Sans aide	100	34%
Cannes/Béquilles	78	27%
Déambulateur	57	19%
Fauteuil roulant	59	20%
Total	294	100%

Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

Les participants à l'enquête n'ont pas un niveau homogène d'autonomie dans les déplacements et leur profil couvre tout le spectre des possibilités. Ils sont cependant une majorité (61%) à marcher sans aide (34%) ou à l'aide de cannes ou de béquilles (27%). Près de 4 répondants sur 10 (39%) ont en revanche recours au déambulateur (19%) ou au fauteuil roulant (20%).

■ Selon l'ancienneté de participation

On observe que trois quart des répondants (74%) participe à l'action depuis plus d'un an, un quart (26%) depuis moins d'un an. Ils sont donc composés, pour une forte majorité, d'un public connaissant bien l'action et dont l'antériorité permet un avis fondé sur l'expérience concernant les bénéfices susceptibles d'être ressentis.

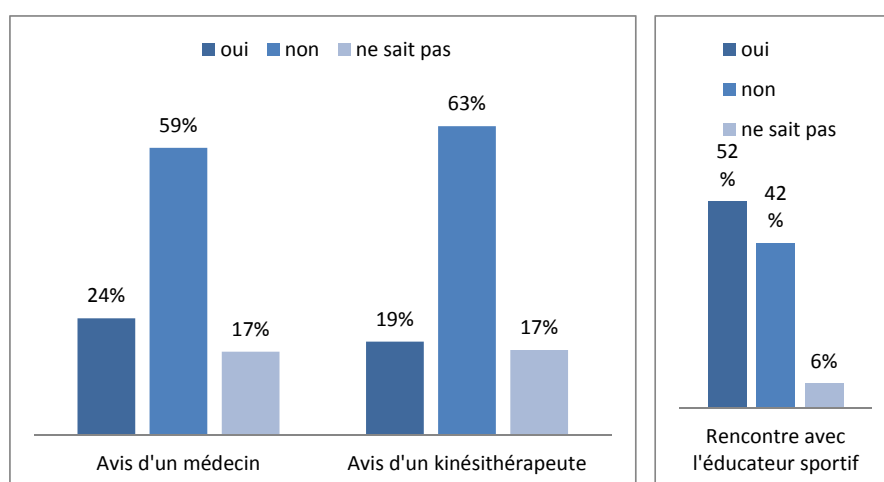
²⁷ Le questionnaire étant auto-administré, il n'était pas envisageable de questionner les résidents sur leurs propres GIR.

■ Le format des ateliers

■ *Le processus d'intégration des bénéficiaires aux ateliers*

La répartition des répondants selon les rencontres préalables à l'intégration (avis médical, avis paramédical, rencontre avec l'éducateur sportif) s'établit comme suit :

Figure 13 : Rencontres préalables à l'intégration aux ateliers (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

Malgré une proportion relativement élevée de répondants ne pouvant se prononcer sur l'existence d'un avis médical ou paramédical préalable à leur participation aux ateliers (17%, proportion dont on peut faire l'hypothèse qu'elle peut être liée à une antériorité de participation ancienne), on peut noter que :

- plus de la moitié des répondants (52%) déclare avoir rencontré l'éducateur sportif avant leur participation à l'atelier,
- un quart des répondants (24%) déclare avoir bénéficié d'un avis préalable du médecin,
- un répondant sur cinq (19%) déclare avoir bénéficié d'un avis préalable du kinésithérapeute.

De façon plus détaillée, on peut remarquer que :

- Près d'un tiers des répondants (32%) déclare n'avoir rencontré aucun des trois professionnels cités (médecin, kinésithérapeute ou éducateur sportif) préalablement à sa participation à l'atelier.
- Près d'un tiers des répondants (22%) déclare avoir conjointement bénéficié d'un avis d'ordre médical ou paramédical et avoir eu un contact avec l'éducateur sportif : 12% déclarent avoir rencontré les trois types de professionnels, 10% déclarent avoir rencontré l'un des deux professionnels de santé et l'éducateur sportif.

- 29% des répondants déclarent avoir bénéficié d'un avis préalable du médecin et/ou du kinésithérapeute ;
- Environ 20% déclarent avoir rencontré uniquement l'éducateur sportif, sans rencontre médicale ou paramédicale préalable ;
- Environ 7% déclarent avoir bénéficié d'au moins un avis médical ou paramédical sans avoir rencontré l'éducateur sportif.

Au final, on peut remarquer que la délivrance préalable d'un avis de la part d'un professionnel de santé ne dépend pas du degré d'autonomie du résident dans ses déplacements (selon qu'il a besoin ou non d'utiliser des cannes ou des béquilles, un déambulateur, un fauteuil roulant) mais est plus liée à l'organisation propre à chaque établissement.

■ La fréquence des ateliers

La répartition des répondants à l'enquête selon leur fréquence de participation aux ateliers s'établit comme suit :

Tableau 9 : Répartition des répondants selon la fréquence de leur participation aux ateliers (n et %)

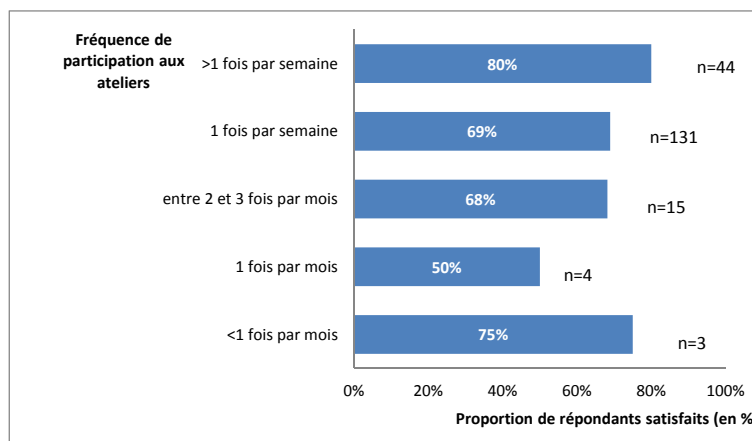
	n	%
Plus d'une fois par semaine	56	19%
Une fois par semaine	193	66%
Entre 2 et 3 fois par mois	22	8%
Environ une fois par mois	8	3%
Moins d'une fois par mois	4	1%
Ne sait pas	10	3%
Total	293	100%

Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Si 85% des répondants déclarent une fréquence de participation aux ateliers supérieure ou égale à 1 fois par semaine, une très forte majorité (les deux tiers) en bénéficie à raison d'une fois par semaine.

La satisfaction des répondants selon la fréquence de leur participation aux ateliers se répartit ainsi :

Figure 14 : Répartition des répondants satisfaits de la fréquence de leur participation aux ateliers (n et %)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

En moyenne, 70% des répondants déclarent leur fréquence de participation satisfaisante. On peut malgré tout observer que le taux de satisfaction baisse progressivement avec le rythme de participation aux ateliers (tout en étant très peu nombreux, les bénéficiaires participant moins d'une fois par mois font néanmoins exception à la baisse continue de satisfaction puisque 3 sur 4 se déclarent satisfaits).

Parmi les répondants qui jugent la fréquence des ateliers insuffisante (n=64, soit 22% de l'ensemble des répondants) :

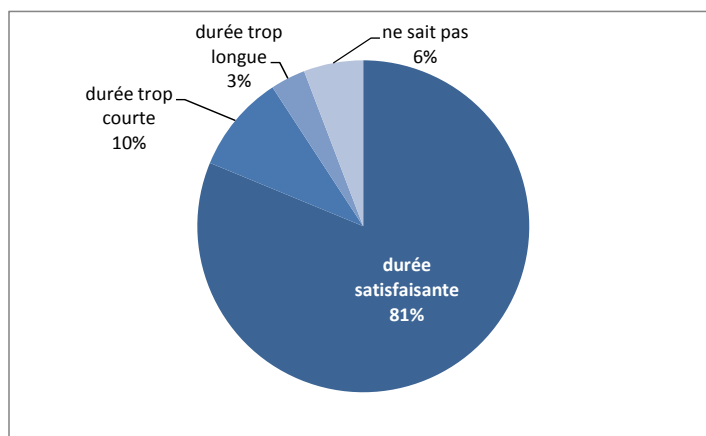
- près des trois quarts (n=45 soit 73% des non satisfaits) souhaitent 8 séances par mois, soit en moyenne environ 2 par semaine ;
- 10 d'entre eux (16%) en souhaitent de 2 à 4 ;
- et 7 (11%) en souhaitent 10 et plus.

Plus de la moitié des personnes non satisfaites (n=33 soit 53%) en attribuent l'insuffisance à un manque de séances proposées (35%) ou à un manque de place dans les ateliers (18%) tandis que 39% (n=24) l'attribuent à un motif financier. Aucun répondant ne met en relation cette insuffisance avec un manque d'information sur le calendrier des ateliers.

■ La durée des ateliers

Concernant la durée des ateliers, l'appréciation des répondants à l'enquête se répartit ainsi :

Figure 15 : Répartition des répondants selon leur appréciation sur la durée des ateliers (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Plus de quatre répondants sur cinq (81 %) estiment la durée des ateliers satisfaisante.

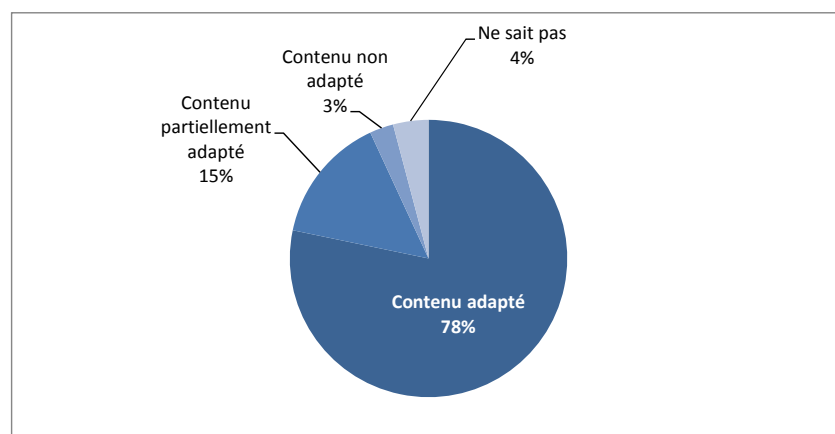
■ Le contenu des ateliers

Trois dimensions relatives au contenu des ateliers ont été interrogées :

- l'adaptation des exercices ou des activités aux capacités des bénéficiaires,
- le sentiment de sécurité durant les ateliers,
- la satisfaction concernant la compétence de l'éducateur sportif.

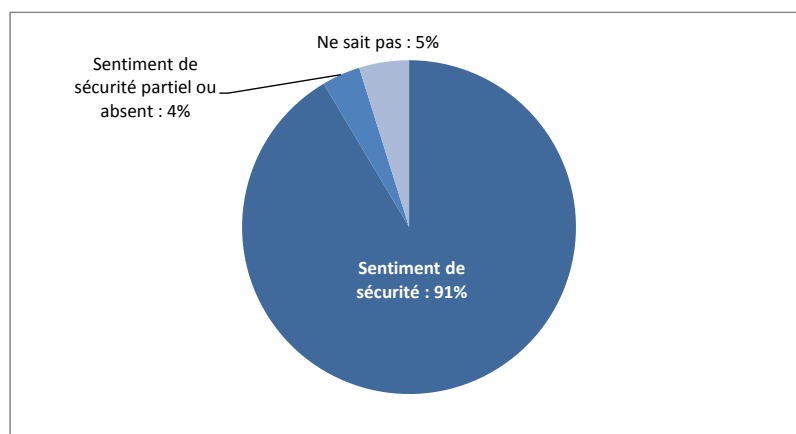
L'appréciation des répondants à l'enquête se répartit comme suit :

Figure 16 : Répartition des répondants selon l'appréciation de l'adaptation des exercices ou des activités à leurs capacités (%)



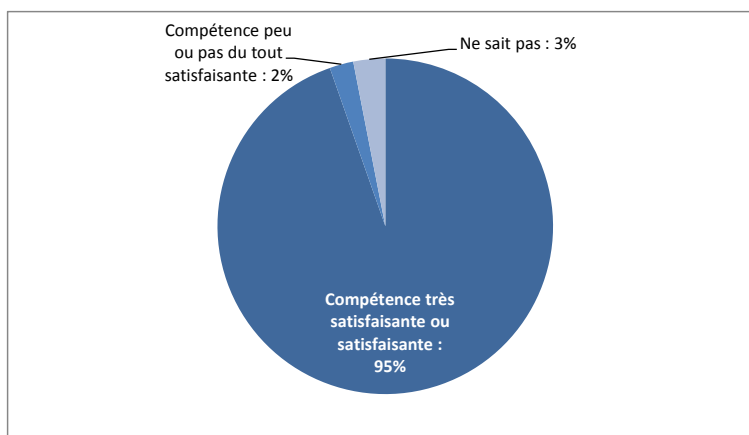
Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Figure 17 : Proportion de répondants selon leur sentiment de sécurité durant les ateliers (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Figure 18 : Répartition des répondants selon leur satisfaction concernant la compétence de l'éducateur sportif (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

- Près de 4 répondants sur 5 (78%) considèrent **les exercices et activités proposés** comme adaptés.
Parmi les 51 répondants (18%) considérant les activités comme partiellement adaptées ou comme non adaptées, 12 d'entre eux évoquent des difficultés d'ordre physique pour accomplir les mouvements, en lien avec des douleurs ou des problèmes d'équilibre. Une personne les considère comme trop compliqués.
4 répondants souhaiteraient au contraire que les activités soient plus dynamiques et correspondent davantage à leur niveau d'autonomie.
2 répondants manifestent un désintérêt pour les activités proposées : elles ne plaisent pas ou sont perçues comme un travail.
- 95% des répondants jugent **la compétence de l'éducateur sportif** très satisfaisante ou satisfaisante.
- 91% des répondants se sentent **en sécurité** durant les ateliers.

Au final, le niveau d'autonomie des répondants, caractérisé par leur capacité à se déplacer avec ou sans recours à un appui, ne constitue pas un élément discriminant dans la nature des réponses apportées.

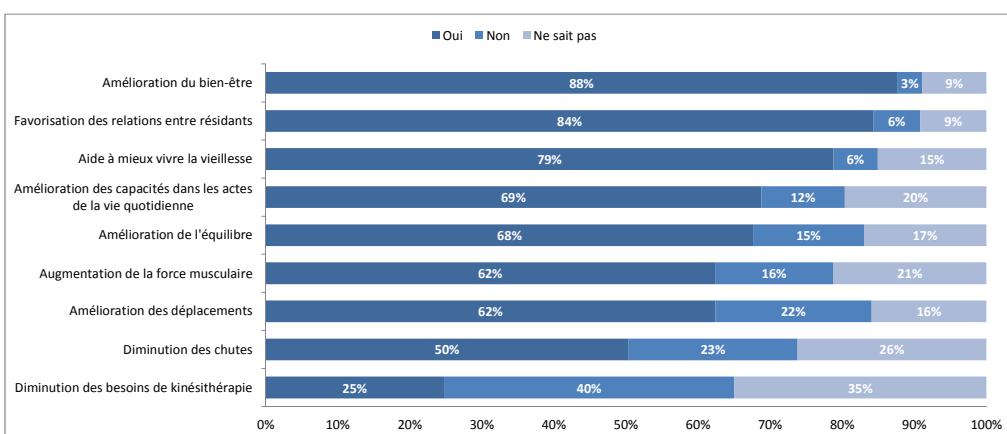
■ L'apport des ateliers

L'avis des bénéficiaires concernant l'apport des ateliers a été évalué selon trois dimensions :

- **Une dimension fonctionnelle** dont les indicateurs sont : une augmentation de la force musculaire, une amélioration des déplacements, de l'équilibre et de la capacité à effectuer les actes de la vie quotidienne, une diminution des chutes ou du besoin de kinésithérapie ;
- **Une dimension sociale** dont l'indicateur est une favorisation des relations avec les autres résidents ;
- **Une dimension psychique** dont les indicateurs sont : une amélioration du bien-être, une aide à mieux vivre la vieillesse.

L'appréciation des personnes ayant répondu à l'enquête selon les différents indicateurs pris en compte s'établit comme suit :

Figure 19 : Répartition des répondants concernant l'apport des ateliers (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

■ Les capacités fonctionnelles et leur impact

Les proportions de répondants déclarant que les ateliers contribuent à une amélioration de leurs capacités fonctionnelles sont comprises entre 68% (amélioration de l'équilibre) et 62% (amélioration de la force musculaire et des déplacements). Plus globalement, plus de deux tiers des répondants (69%) déclarent que les ateliers améliorent leurs capacités dans les actes de la vie quotidienne.

Les proportions de répondants associant les ateliers à une diminution de leurs chutes (50%) et à une diminution de leurs besoins de kinésithérapie (25%) représentent les taux les plus faibles parmi l'ensemble des réponses positives concernant les différents apports des ateliers.

■ La sociabilité

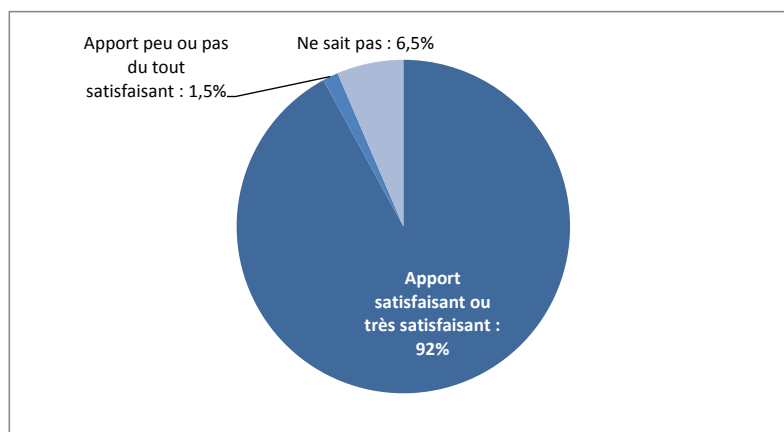
84% des répondants déclarent que les ateliers favorisent les relations entre résidents. Cette proportion est parmi les taux les plus élevés de réponses positives concernant les apports des ateliers, s'intercalant parmi les trois indicateurs de qualité de vie (voir ci-après).

■ La qualité de vie

Près de 9 répondants sur 10 (88%) estiment que les ateliers contribuent à l'amélioration de leur bien-être. Il s'agit du taux le plus élevé parmi les apports proposés. Par ailleurs, 79% de répondants déclarent que les ateliers contribuent à aider à mieux vivre la vieillesse (3^e rang).

Au final et concernant globalement la qualité de vie, le degré de satisfaction des répondants se répartit comme suit :

Figure 20 : Répartition des répondants selon la satisfaction vis-à-vis de l'apport des ateliers à leur qualité de vie (%)



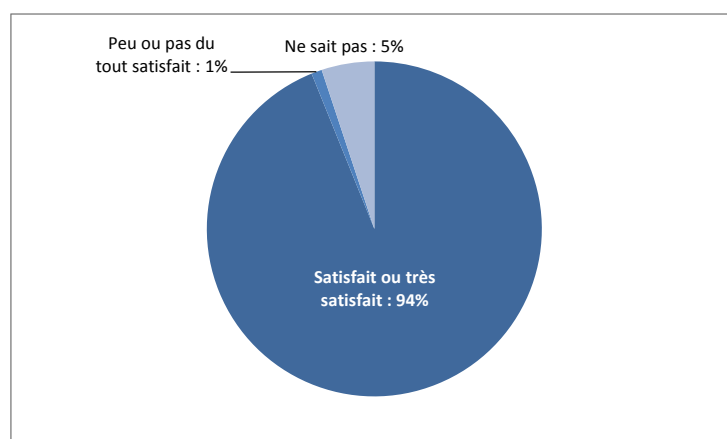
Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Plus de 9 répondants sur 10 (92%) déclarent satisfaisant ou très satisfaisant l'apport des ateliers à leur qualité de vie. Seules 4 personnes sur 294 répondants le jugent peu satisfaisant (n=3) ou pas du tout satisfaisant (n=1), confirmant ainsi le degré élevé d'adhésion des bénéficiaires sur ce thème.

■ Au final, la satisfaction globale

Au final, la satisfaction globale des répondants vis-à-vis des ateliers se répartit comme suit :

Figure 21 : Répartition des répondants selon leur satisfaction globale vis-à-vis des ateliers (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

94% des répondants se déclarent globalement satisfaits ou très satisfaits des ateliers. Seules 3 personnes sur 294 répondants se déclarent peu satisfaites (aucune ne se déclare pas du tout satisfaite).

Parmi elles, 2 personnes, issues du même établissement, se déclarent peu satisfaites de la compétence de l'éducateur sportif (l'une d'elles déclare également un sentiment partiel de sécurité).

Parmi les propositions formulées par 33 répondants pour améliorer les ateliers :

- 11 concernent les activités : davantage de marche (3 personnes), 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 ;
- 9 concernent l'accroissement de la durée et de la fréquence des ateliers ;
- 5 concernent 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 (« prof de gym ») plus formé* ».

Synthèse des résultats

■ Le profil des participants à l'enquête

27 structures parmi les 35 établissements impliqués dans l'action ont retourné un total de 296 questionnaires qui représentent environ 40% de l'ensemble des bénéficiaires de l'action pour ces établissements. L'âge moyen et les proportions d'hommes et de femmes correspondent globalement à ceux de l'ensemble des bénéficiaires indiqués dans l'enquête conduite auprès des établissements. Ils sont une majorité (61%) à marcher sans aide (34%), ou à l'aide de cannes ou de béquilles (27%) tandis que 39% ont recours au déambulateur (19%) ou au fauteuil roulant (20%) pour leurs déplacements. Un quart des répondants participe à l'action depuis moins d'un an, les trois quart depuis plus d'un an, témoignant ainsi d'une population inscrite très majoritairement dans la durée au sein de l'expérimentation.

■ Le format et le contenu des ateliers

- **Concernant les modalités d'intégration aux ateliers**, selon les déclarations recueillies, plus de la moitié des répondants (52%) a rencontré l'éducateur sportif avant sa participation à l'atelier. Parallèlement, 29% ont bénéficié d'un avis préalable du médecin et/ou du kinésithérapeute. Près d'un tiers (22%) a conjointement bénéficié d'un avis d'ordre médical ou paramédical et eu un contact préalable avec l'éducateur sportif. Par contre, un autre tiers (32%) n'a rencontré aucun des trois types de professionnels préalablement à sa participation à l'atelier.
- **Concernant la durée et la fréquence des ateliers**, près de 9 répondants sur 10 (85%) déclarent une fréquence de participation aux ateliers égale (66%) ou supérieure (19%) à 1 fois par semaine. Très majoritairement, les répondants considèrent leur fréquence de participation suffisante (70%), même si 22% l'estiment insuffisante. Parmi ces derniers, près des trois quarts souhaitent 8 séances par mois et plus de la moitié d'entre eux attribuent l'insuffisance d'ateliers à un manque de séances ou de place (39% l'attribuent à un motif financier). Enfin, 81% des répondants estiment satisfaisante la durée des ateliers, tandis que 10% la jugent trop courte.
- **Concernant le contenu des ateliers**, 78% des répondants considèrent les exercices et activités proposés comme adaptés à leurs capacités et 91% se sentent en sécurité durant les ateliers. Malgré tout, 18% jugent les exercices et activités partiellement adaptés ou non adaptés. Parmi eux, 12 (soit 4% des répondants) évoquent des difficultés d'ordre physique pour accomplir les mouvements, en lien avec des douleurs ou des problèmes d'équilibre. Enfin, 95% des répondants sont satisfaits ou très satisfaits de la compétence de l'éducateur sportif.

■ L'apport des ateliers

- **Concernant l'apport fonctionnel**, Les proportions de répondants déclarant que les ateliers contribuent à une amélioration de leurs capacités fonctionnelles sont comprises entre 68% (amélioration de l'équilibre) et 62% (amélioration de la force musculaire et des déplacements). Plus globalement, 69% des répondants estiment que les ateliers améliorent leurs capacités dans les actes de la vie quotidienne. Parallèlement, les proportions de répondants associant les ateliers à une diminution de leurs chutes (50%) et à une diminution de leur besoin de kinésithérapie (25%) représentent les taux les plus faibles parmi les apports des ateliers proposés.
- **Concernant l'apport social et relationnel**, 84% des répondants déclarent que les ateliers favorisent les relations entre résidents (taux parmi les plus élevés au sein des différents apports proposés).
- **Concernant la qualité de vie**, les ateliers contribuent à l'amélioration du bien-être pour 88% des répondants (taux le plus élevé parmi les apports proposés) et les aident à mieux vivre la vieillesse pour 79% d'entre eux.
Par ailleurs, 92% des répondants déclarent l'apport des ateliers à leur qualité de vie satisfaisant ou très satisfaisant. Seules 4 personnes sur 294 répondants le jugent peu ou pas du tout satisfaisant.
- **Au final**, proches de l'unanimité, 94% des répondants se déclarent globalement satisfaits ou très satisfaits des ateliers et seules 3 personnes sur 294 répondants se déclarent peu satisfaites.

Parmi les propositions formulées par 33 répondants pour améliorer les ateliers, 11 concernent la nature des activités proposées, 9 l'accroissement de la durée et de la fréquence des ateliers, 5 le format des ateliers et notamment leur adaptation aux besoins individuels.

L'enquête auprès des professionnels des établissements

Objectifs

L'enquête conduite auprès des professionnels des établissements concernés par l'action avait pour principaux objectifs :

- de caractériser l'action conduite au sein de leur établissement,
- de connaître leur opinion et leur degré de satisfaction quant à l'impact de l'action sur leurs pratiques professionnelles et sur la situation physique, psychologique et sociale des bénéficiaires.

Méthodologie

Les questionnaires²⁸ ont été transmis aux 35 structures ayant bénéficié de l'intervention d'éducateurs sportifs en 2010.

Le référent « établissement » a été chargé d'organiser au sein de chaque structure la passation du questionnaire à un maximum de 10 professionnels (médecin coordonnateur, infirmier, kinésithérapeute, aide-soignant, animateur...) ayant participé directement ou indirectement (par la participation à un groupe projet relatif aux ateliers, par la participation à des réunions où sont évoqués les ateliers, par des échanges avec l'éducateur sportif...) à un atelier animé par un éducateur sportif.

Si plus de 10 professionnels étaient concernés, le référent devait procéder à un échantillonnage visant à obtenir une diversité de professions. Si moins de 10 professionnels étaient concernés, l'échantillonnage devait porter sur une diversité de professionnels prenant en charge des résidents qui bénéficient des ateliers.

L'anonymisation du questionnaire a été assurée par sa restitution sous enveloppe ou son dépôt dans une boîte mise à disposition à cet effet.

²⁸ Questionnaire joint en annexe 3.

L'envoi des questionnaires a été réalisé le 17 juin 2011 pour un retour attendu de la part des établissements mi-juillet. Après relances et comme pour le questionnaire "bénéficiaire", les retours se sont prolongés jusqu'au début du mois de septembre.

Les données recueillies portent sur :

- le profil du professionnel : fonction, degré d'implication dans l'action ;
- l'avis du professionnel sur la quantité et l'accessibilité des ateliers ;
- l'opinion du professionnel sur la qualité du processus de l'action : intégration au projet d'établissement et au projet de vie individualisé, modalités de communication et d'échanges d'informations entre l'éducateur sportif et l'équipe soignante ;
- le jugement du professionnel sur la qualité de la prestation : compétences de l'éducateur sportif, adaptation de sa formation aux spécificités des personnes âgées, à leurs capacités ;
- l'avis du professionnel sur les apports physiques, psychologiques et sociaux aux bénéficiaires ;
- des propositions d'amélioration.

Pour chacune des questions posées aux professionnels des établissements, l'analyse a été réalisée selon deux modalités :

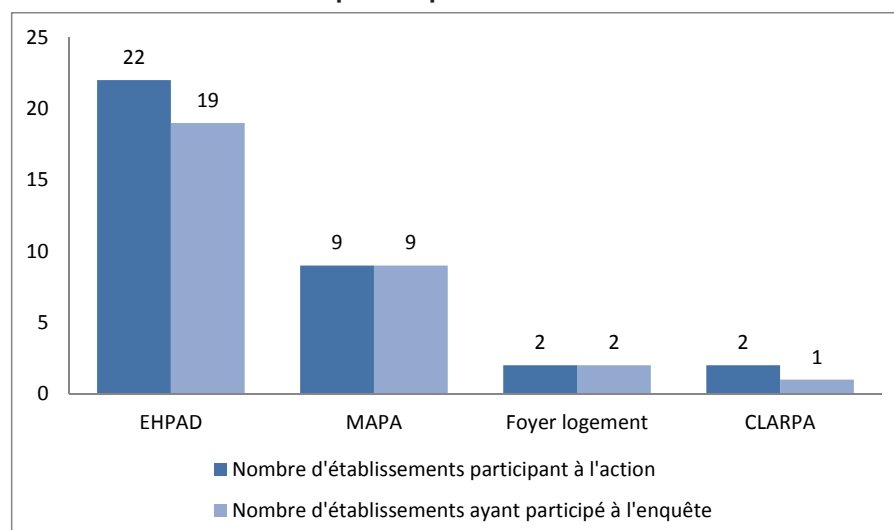
- une analyse descriptive portant sur la répartition des répondants ;
- une analyse de contingence par catégorie de métiers et par établissement, indiquée quand il a été possible d'en établir une.

Résultats

■ Le taux de retour et le profil des établissements ayant participé à l'enquête

Sur les 35 établissements destinataires du questionnaire, seules 4 structures n'ont pas souhaité participer à l'enquête. **31 structures (soit 89%) ont retourné un total de 168 questionnaires professionnels.** Leur répartition, proche de l'exhaustivité vis-à-vis des établissements bénéficiaires de l'action, s'établit comme suit :

Figure 22 : Nombre d'établissements impliqués dans l'action ayant participé à l'enquête « professionnels »



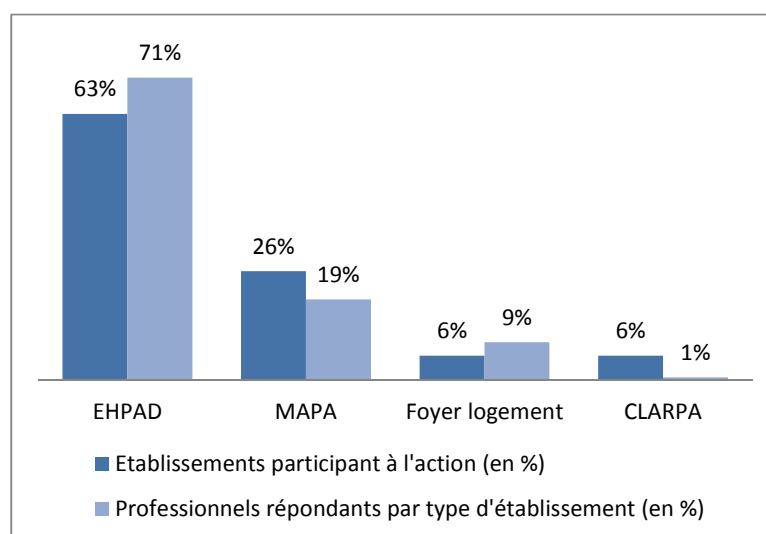
Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Ont retourné des questionnaires : 19 EHPAD sur 22 (86%), les 2 foyers logements et les 9 MAPA (100%), 1 CLARPA sur 2 (50%).

■ Profil des professionnels ayant participé à l'enquête

Au regard du type d'établissements participant à l'action, les professionnels ayant répondu au questionnaire se répartissent comme suit :

Figure 23 : Proportion de professionnels ayant participé à l'enquête par type d'établissements représentés dans l'action en 2010 (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Parmi les répondants, les professionnels des EHPAD et des MAPA sont légèrement surreprésentés vis-à-vis de la répartition des structures participant à l'action. Logiquement et en miroir, la situation est inverse pour les professionnels des MAPA et des CLARPA.

Malgré tout, les proportions de répondants sont relativement proches de celles des établissements participant à l'action.

Une moyenne de 5,4 professionnels par établissement a participé à l'enquête (le minimum est de 1, le maximum de 14).

Concernant les métiers des 167 répondants ayant répondu à la question, leur répartition, par ordre décroissant, est la suivante :

- pour près de la moitié (48%) : aides-soignants (28%) ou agents de service hospitalier (20%) ;
- animateurs (10%) ;
- infirmiers (9%) ;
- responsables/directeurs (8%) ;
- aides médico-sociaux (5%) ;
- aides à domicile, cadres de santé, kinésithérapeutes (3% chacun) ;
- médecins (2%) ;
- agents ou référents hôtelier, ergothérapeutes, psychologues, adjoints administratifs, assistants comptables, secrétaires, assistants de vie, auxiliaires de vie sociale, bénévoles (environ 1% chacun).

Au final, et par ordre décroissant, les répondants se répartissent dans quatre grandes catégories d'activités de la façon suivante :

Tableau 10 : Répartition des répondants par catégories d'activités (nombre et %)

	Nombre	%
Professions du soin	145	87%
Services administratifs	17	10%
Services techniques	3	2%
Autres	2	1%
	167	100%

Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Les professionnels du soin²⁹ (n=145) représentent près de 9 répondants sur 10 (87%). Un répondant sur 10 (n=17) est issu des services administratifs³⁰, 3 répondants des services techniques³¹, 2 sont autres³².

Au final, la diversité professionnelle des répondants est assurée.

■ L'investissement des professionnels et des établissements dans l'action

■ La formation des personnels

Une formation aux bienfaits de l'exercice physique et sportive a été dispensée auprès d'au moins 1 professionnel dans un peu plus de la moitié des établissements répondants (16 sur 31). En regard, 15 établissements ne disposent pas de professionnels formés.

²⁹ Aide-soignant, agent de service hospitalier, animateur, infirmier, aide médico-psychologique, aide à domicile, cadre de santé, kinésithérapeute, médecin, ergothérapeute, psychologue, assistant de vie, auxiliaire de vie sociale.

³⁰ Responsable / directeur, adjoint administratif, assistant comptable, secrétaire.

³¹ Agent hôtelier, référent hôtelier.

³² Bénévole, non précisé.

Dans la plupart des structures bénéficiant d'un personnel formé, 1 ou 2 professionnels sont concernés. Ces professionnels représentent 16% des répondants ayant participé à l'enquête. Comme l'indique le tableau ci-après, ils se répartissent parmi l'ensemble des professions, à l'exception notable des infirmiers :

Tableau 11 : Répartition des professionnels formés parmi les répondants (nombre et %)

	Nombre	%
Aide-soignant	5	3%
Agent de service hospitalier	3	2%
Animateur	5	3%
Infirmier	0	0%
Responsable/Directeur	2	1%
Aide médico-psychologique	2	1%
Aide à domicile	1	1%
Cadre de santé	2	1%
Kinésithérapeute	2	1%
Médecin	3	2%
Ergothérapeute	1	1%
Agent hôtelier	1	1%
Autre	-	-
Total	27	16%

Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

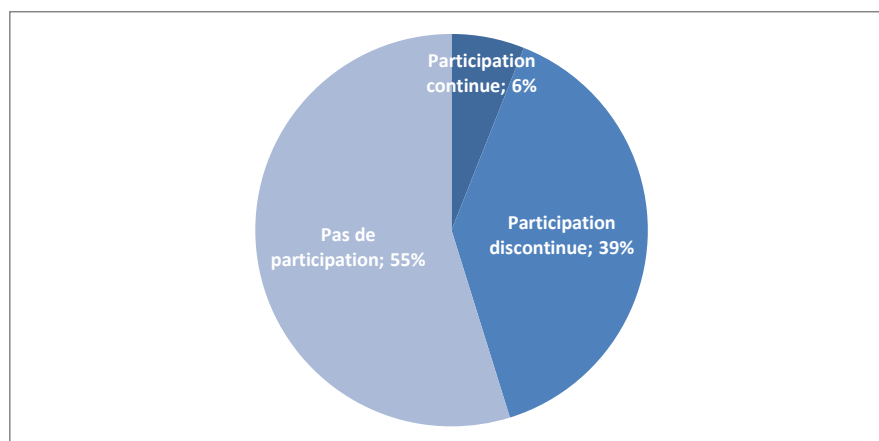
L'examen des catégories de métier formées ne laisse pas apparaître de stratégie commune aux différents établissements : les professions concernées sont variées, chacune est représentée en faible nombre. La formation a pu bénéficier à des personnels administratifs, techniques ou du soin, à du personnel chargé d'accompagner les résidents quotidiennement ou non.

Parmi les professionnels n'ayant pas bénéficié d'une formation aux bienfaits de l'exercice physique et sportif, **62% estiment qu'elle pourrait leur être utile** tandis que 18% sont d'un avis contraire (21% des répondants n'expriment pas d'avis à ce sujet). Les animateurs se distinguent par une forte proportion de répondants qui pensent que la formation pourrait leur être utile (80%), les infirmiers par une proportion plus faible (43%).

■ L'implication des répondants dans les ateliers

La répartition de la participation des répondants aux ateliers s'établit comme suit :

Figure 24 : Répartition des professionnels participant aux ateliers parmi les répondants (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Parmi les 165 répondants à la question, plus de la moitié (55%) ne participe jamais aux ateliers. 39% participent parfois aux ateliers, 6% toujours.

Par profession, la participation aux ateliers s'établit de la façon suivante :

Tableau 12 : Nombre de professionnels participant aux ateliers par métier

	Participation	Non participation
Agent de service hospitalier	19	15
Aide-soignant	15	31
Animateur	14	2
Responsable/Directeur	7	7
Aide médico-psychologique	5	3
Aide à domicile	4	1
Médecin	2	2
Infirmier	1	13
Cadre de santé	1	4
Kinésithérapeute	1	4
Auxiliaire de vie sociale	1	-
Ergothérapeute	1	-
Agent hôtelier	1	-
Assistant comptable	1	-
Assistant de vie	1	-
Autre	1	8
Total	75	90

Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Dans 27 des 31 établissements répondants (87%), au moins un professionnel s'est identifié comme participant aux ateliers :

- 7 établissements (23%) affectent à minima au moins un professionnel en continuité aux ateliers :
 - dans 6 établissements, 1 seul et même professionnel intervient dans chaque atelier, le plus souvent l'animateur (3 établissements) ;
 - dans 1 établissement, atypique, interviennent plusieurs professionnels dans chaque atelier (aide-soignant, aide médico-psychologique, animateurs).
- 20 établissements (65%) ont, à minima, en moyenne 2 ou 3 professionnels parmi les répondants, le plus souvent pluridisciplinaires, qui interviennent de façon ponctuelle dans les ateliers. Les agents de service hospitalier apparaissent le plus fréquemment (10 établissements), suivis des aides-soignants et animateurs (8 établissements), des aides à domicile et aides médico-psychologiques (4 établissements). D'autres professions (infirmier, kinésithérapeute, cadre de santé notamment) participent ponctuellement aux ateliers dans 1 établissement.

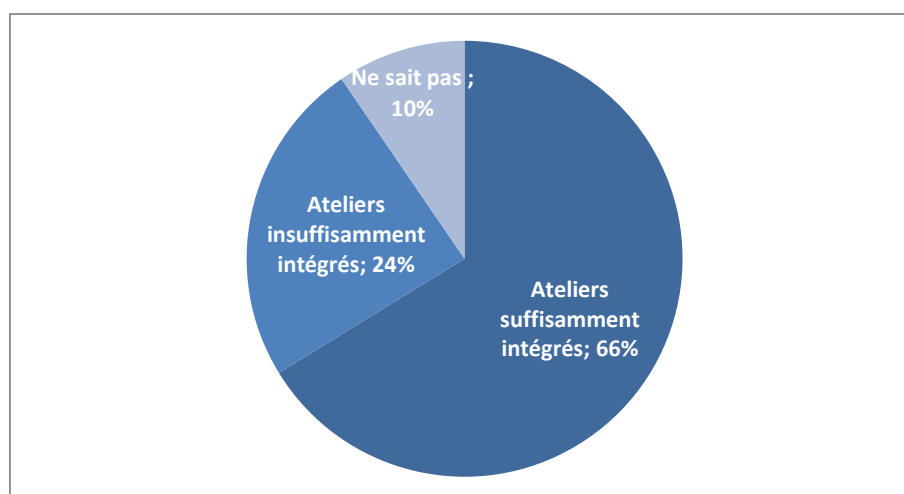
Dans 4 établissements, l'enquête n'a pas permis d'identifier des professionnels susceptibles d'intervenir dans les ateliers.

A minima, l'enquête a donc permis d'identifier 27 établissements dans lesquels interviennent des professionnels de façon continue ou discontinue dans les ateliers.

■ *L'intégration de l'activité au projet d'établissement*

L'opinion des professionnels ayant répondu à l'enquête concernant l'intégration des ateliers au projet d'établissement s'établit ainsi :

Figure 25 : Niveau d'intégration des ateliers au projet d'établissement (%)



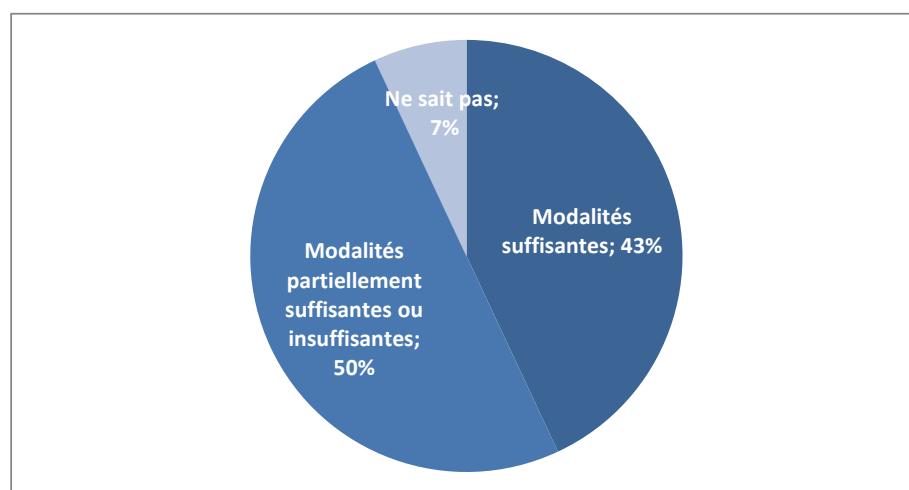
Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Les deux tiers des répondants (66%) considèrent que les ateliers sont suffisamment intégrés au projet d'établissement. Malgré tout, environ un quart pense qu'ils ne le sont pas suffisamment. L'existence d'un groupe projet³³ dédié à l'action au sein de l'établissement n'affecte pas la répartition des répondants.

■ **Les modalités de communication et d'échanges**

La satisfaction des professionnels vis-à-vis des modalités de communication et d'échanges d'information entre l'éducateur sportif et l'équipe soignante s'établit comme suit :

Figure 26 : Répartition des répondants selon leur appréciation des modalités de communication et d'échanges d'informations entre l'éducateur sportif et l'équipe soignante (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

La moitié des 158 répondants qui se sont exprimés sur la question estime que les modalités de communication et d'échange d'informations entre l'éducateur sportif et l'équipe soignante sont partiellement suffisantes ou insuffisantes, même si 43% en sont satisfaits. Là encore, l'existence d'un groupe projet³³ n'affecte pas la répartition des répondants.

³³ Groupe projet identifié dans le cadre de l'enquête «établissement».

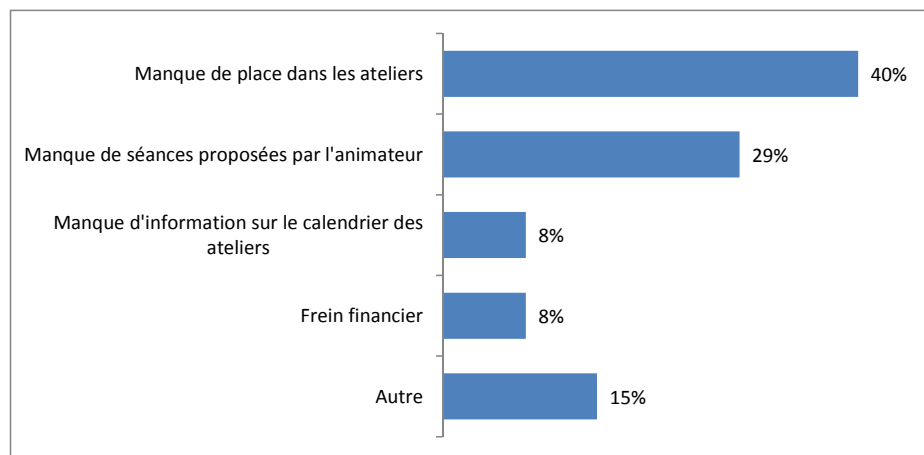
■ Le format des ateliers

■ *L'accessibilité*

Dans plus d'un tiers des établissements ayant participé à l'enquête (11 établissements sur 31, soit 35% d'entre eux), au moins un professionnel déclare que tous les résidents souhaitant participer à un atelier n'y ont pas accès.

Les motifs évoqués se déclinent comme suit :

**Figure 27 : Motifs de non accès aux ateliers
(plusieurs réponses possibles par répondant, %)**



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Chez les 59 répondants faisant figurer un ou plusieurs motifs de non accès aux ateliers, l'essentiel des réponses porte sur un manque de places dans les ateliers (40%) et/ou sur un manque de séances proposées par l'éducateur sportif (29%).

Le manque d'information sur le calendrier des ateliers et le frein financier (8% des réponses chacun) sont respectivement cités par 7 professionnels issus de 6 établissements.

Les autres motifs cités concernent : la difficulté à mobiliser les résidents (4 réponses) ; l'état de santé des résidents (incapacité physique ou pathologie) (3 réponses) ; le format des ateliers (3 réponses : une composition des groupes liée à l'autonomie des résidents, l'absence de séances individuelles, des activités orientées sur la seule mobilité) ; des contraintes organisationnelles (2 réponses : des toilettes pas faites, une charge trop lourde).

■ La durée

Les professionnels répondants considèrent, pour 61 % d'entre eux, que le nombre d'heures d'atelier proposé est adapté aux besoins des bénéficiaires ; 39 % considèrent qu'il n'est pas adapté.

La totalité des 59 professionnels qui ont exprimé une inadéquation entre le nombre d'heures proposé et les besoins des bénéficiaires estime qu'il faudrait accroître l'offre en termes de fréquence et/ou de durée des séances. Les propositions sont variables : 1 à 2 fois par semaine, 2 à 3 fois par semaine, 5 jours par semaine, séances quotidiennes. Les raisons invoquées pour augmenter quantitativement la prestation portent sur l'efficacité et la qualité de l'offre :

- les ateliers seraient plus efficaces pour la santé et l'autonomie des résidents, les résultats plus rapides (8 réponses) ;
- les besoins seraient mieux couverts quantitativement :
 - un plus grand nombre de personnes pourrait accéder aux ateliers (10 réponses),
 - la demande des résidents en attente ou potentiellement preneurs de plus serait satisfaite (7 réponses) ;
- les ateliers seraient plus adaptés qualitativement :
 - des groupes trop importants pourraient être scindés en plusieurs petits groupes (5 réponses),
 - les activités pourraient être adaptées aux besoins individuels selon le degré d'autonomie des bénéficiaires (8 réponses),
 - l'éducateur sportif pourrait se déplacer dans les services et notamment dans l'unité Alzheimer (2 réponses).

■ Le contenu des ateliers

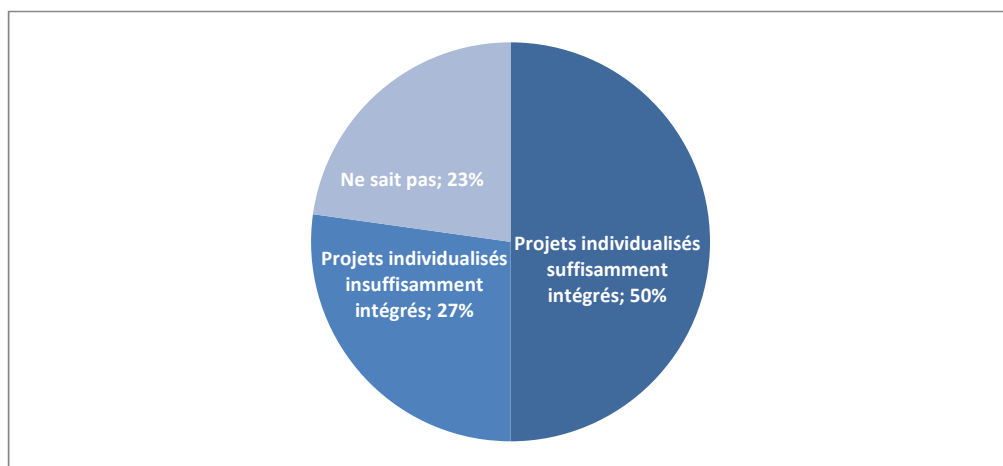
■ L'adaptation des ateliers

Concernant l'adaptation des ateliers, les professionnels ont été interrogés sur trois dimensions :

- l'intégration aux ateliers des projets individualisés de prise en charge,
- l'adaptation aux capacités des bénéficiaires des activités et exercices collectifs proposés dans les ateliers,
- l'individualisation des exercices ou des activités proposés au cours des séances.

Concernant l'intégration aux ateliers des projets individualisés de prise en charge, les 158 professionnels répondants se répartissent comme suit :

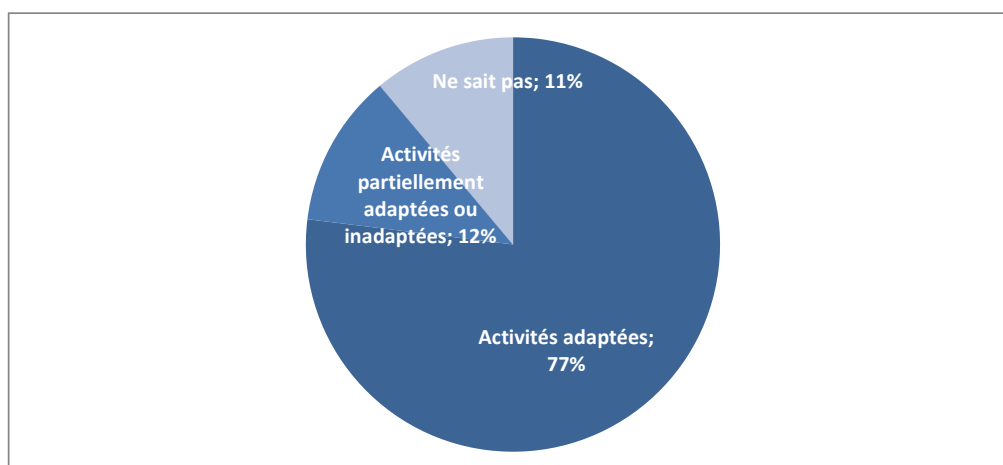
Figure 28 : Répartition des répondants selon leur opinion sur l'intégration aux ateliers des projets individualisés de prise en charge (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Concernant l'adaptation aux capacités des bénéficiaires des activités ou exercices proposés au cours des ateliers collectifs, les 162 professionnels répondants se prononcent ainsi :

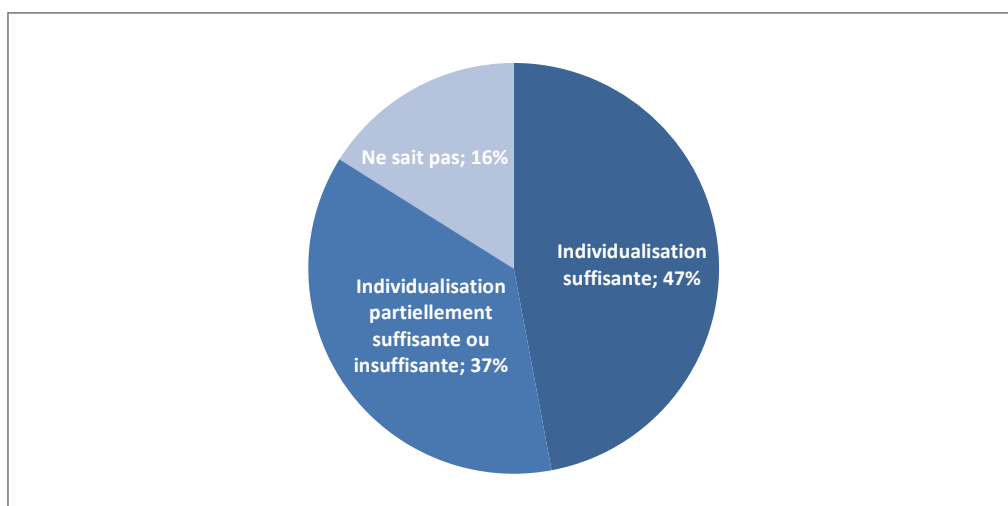
Figure 29 : Répartition des répondants selon leur opinion sur l'adaptation des activités et exercices collectifs proposés au cours des ateliers aux capacités des bénéficiaires (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Concernant l'individualisation des activités ou exercices proposés au cours des ateliers, les 161 professionnels répondants s'expriment de la façon suivante :

Figure 30 : Répartition des répondants selon leur opinion sur l'individualisation des exercices ou des activités proposés au cours des ateliers (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Plus des trois quart des répondants (77%) considèrent que les exercices ou les activités collectives proposés au cours des ateliers sont adaptés.

Par contre ils ne sont plus que la moitié ou un peu moins à déclarer que :

- les projets individualisés de prise en charge sont suffisamment intégrés aux ateliers (n=79, soit 50%) (les proportions sont identiques dans les établissements où un groupe projet dédié à l'action est en place) ;
- l'individualisation des exercices ou des activités proposés au cours des ateliers est suffisante (n=76, soit 47%).

■ La sécurisation des ateliers

L'opinion des professionnels ayant participé à l'enquête s'établit comme suit concernant la sécurité des bénéficiaires au cours des ateliers :

Tableau 13 : Proportion de répondants selon leur appréciation sur la sécurité des bénéficiaires durant les ateliers (%)

	Nombre de répondants	Proportion de répondants (en %)
Les bénéficiaires sont en sécurité	135	83%
Les bénéficiaires ne sont pas en sécurité ou le sont partiellement	8	5%
Ne sait pas	19	12%
Total	162	100%

Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

83% des répondants (n=135) considèrent que les bénéficiaires sont en sécurité durant les ateliers. Seulement 5% des répondants considèrent qu'ils ne sont que partiellement ou pas du tout.

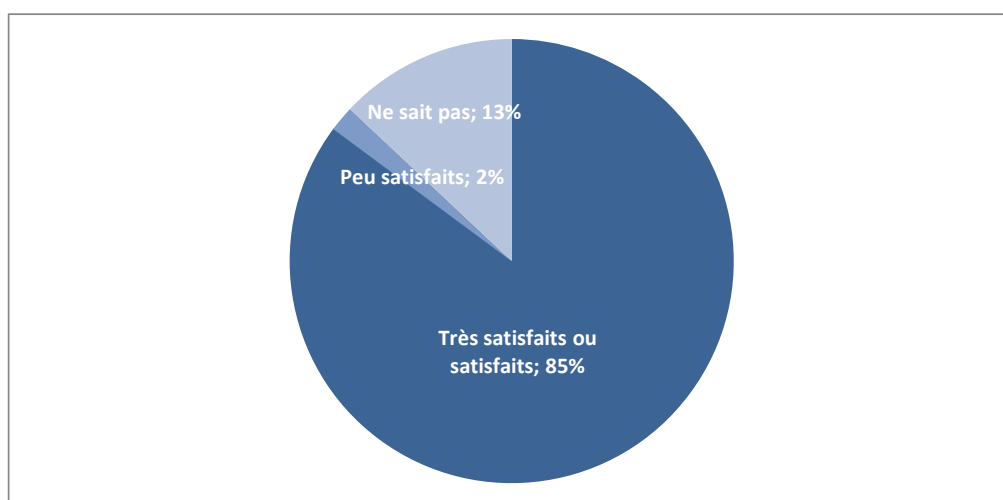
Le manque de sécurité est attribué à différentes causes selon les répondants :

- au dossier médical et aux pathologies du résident (phlébites, problèmes cardiaques par exemple) ; à une connaissance insuffisante de la pathologie du bénéficiaire ;
- au format collectif de l'atelier ; au manque de personnes encadrantes ; au manque de temps ; à la difficulté des objectifs à réaliser.

■ **La compétence et la formation des animateurs sportifs**

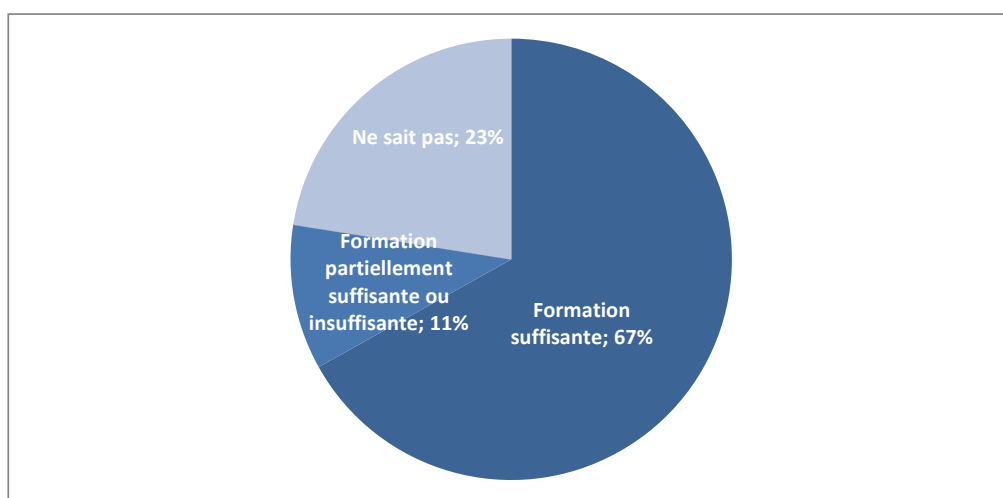
Les professionnels ayant participé à l'enquête se prononcent sur la compétence et la formation de l'éducateur sportif comme suit :

Figure 31 : Répartition des répondants selon leur satisfaction concernant la compétence de l'éducateur sportif (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Figure 32 : Répartition des répondants selon leur appréciation vis-à-vis de la formation de l'éducateur sportif concernant la spécificité des personnes âgées en termes d'activités physiques et sportives



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Vis-à-vis de la compétence de l'éducateur sportif, 85% des 162 répondants se déclarent satisfaits ou très satisfaits même si vis-à-vis de la formation de l'éducateur sportif concernant la spécificité des personnes âgées en termes d'activités physiques et sportives, ils ne sont plus que deux tiers (67%) à la juger suffisante.

■ L'apport des ateliers

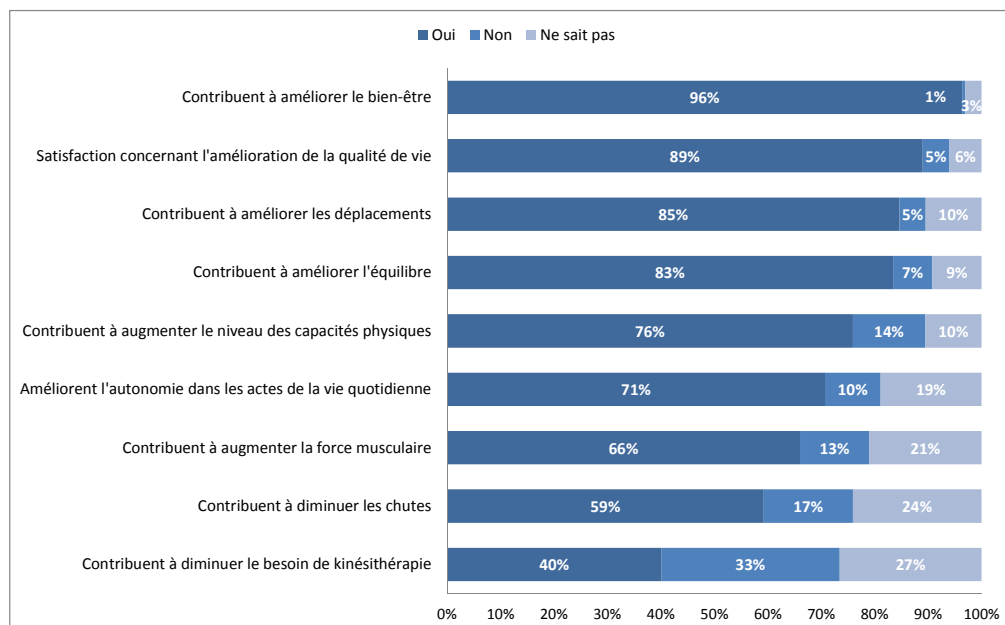
■ *Les bénéfices pour les résidents*

A l'instar de l'enquête réalisée auprès des bénéficiaires, l'avis des professionnels concernant l'apport des ateliers a été évalué selon trois dimensions :

- **Une dimension fonctionnelle** dont les indicateurs sont : une augmentation globale des capacités physiques des bénéficiaires, une augmentation de leur force musculaire, une amélioration de leurs déplacements, de l'équilibre et de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, une diminution des chutes et du besoin de kinésithérapie ;
- **Une dimension sociale** dont l'indicateur est une favorisation des relations entre résidents ;
- **Une dimension psychique** dont les indicateurs sont : une amélioration globale du bien-être des bénéficiaires et une amélioration de leur qualité de vie.

L'appréciation des personnes ayant répondu à l'enquête selon les différents indicateurs pris en compte s'établit comme suit :

Figure 33 : Répartition des répondants concernant l'apport des ateliers (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

■ **Les capacités fonctionnelles et leur impact**

Une forte majorité de professionnels déclare que les ateliers contribuent à l'amélioration des déplacements (85%) et de l'équilibre (83%) des bénéficiaires.

Concernant le niveau des capacités physiques et la force musculaire, les proportions de professionnels sont moins élevées : ils sont respectivement les trois quart (76%) et les deux tiers (66%) à penser que les ateliers contribuent à leur augmentation.

Plus globalement, 71% des répondants pensent que les ateliers améliorent l'autonomie des bénéficiaires dans les actes de la vie quotidienne.

Les proportions de répondants associant les ateliers à une diminution des chutes des bénéficiaires (59%) et à une diminution des besoins en kinésithérapie (40%) représentent les taux les plus faibles parmi l'ensemble des réponses positives concernant les différents apports des ateliers cités. Cette observation est cohérente avec celle issue de l'enquête réalisée auprès des bénéficiaires.

■ La sociabilité

En termes de sociabilité, les quatre cinquième des professionnels (81%) déclarent que les ateliers favorisent les relations entre résidants. Cette proportion est très proche de celle recueillie auprès des bénéficiaires.

■ La qualité de vie

96% des professionnels estiment que les ateliers contribuent à l'amélioration du bien-être des bénéficiaires des ateliers. Parmi l'ensemble des taux de réponses positives concernant chaque apport d'ateliers cités, il s'agit du plus élevé.

Par ailleurs, 89% des répondants jugent que l'apport des ateliers à la qualité de vie des bénéficiaires est globalement satisfaisant ou très satisfaisant. Seules 8 personnes le jugent peu ou pas du tout satisfaisant.

Là encore, les proportions relevées auprès des professionnels sont cohérentes avec celles enregistrées à l'occasion de l'enquête réalisée auprès des bénéficiaires.

■ La modification des pratiques professionnelles

Parmi les 154 professionnels qui se sont prononcés sur la question d'une éventuelle modification de leurs pratiques professionnelles, les réponses se répartissent comme suit :

Tableau 14 : Modification des pratiques professionnelles (n et %)

	Nombre	%
Modification des pratiques professionnelles	46	30%
Pas de modification des pratiques professionnelles	90	58%
Ne sait pas	18	12%
Total	154	100%

Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

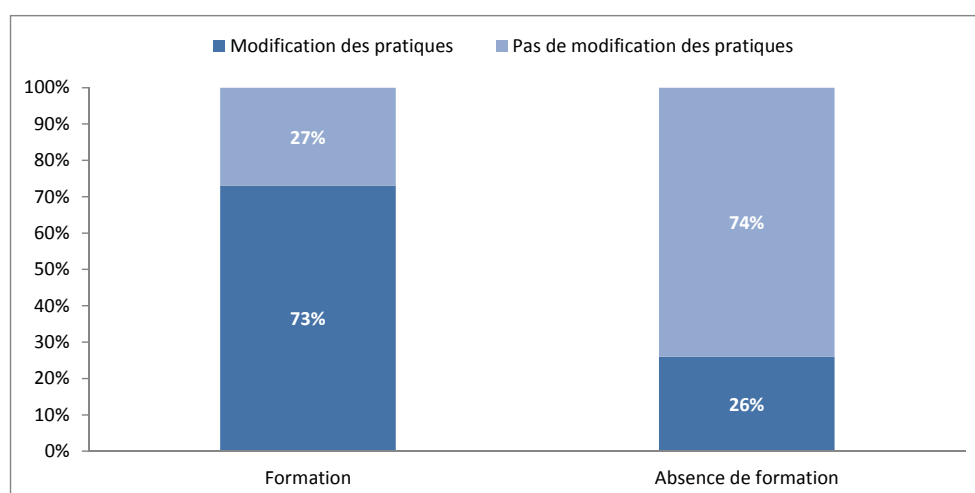
Un peu moins d'un tiers des répondants font le lien entre les ateliers et une modification de leurs pratiques professionnelles. Ils se répartissent dans 18 établissements (58%) sur les 31 représentés dans l'enquête.

En miroir, près de 60% des répondants déclarent ne pas lier les ateliers à une modification éventuelle de leurs pratiques professionnelles.

Les professions les plus représentées qui déclarent une modification de leurs pratiques professionnelles sont les aides-soignants (n=10), les animateurs et les agents de service hospitalier (respectivement n=8 et n=7), même si cette déclaration concerne une forte diversité de professions.

Par ailleurs, l'analyse de contingence entre la modification des pratiques professionnelles des professionnels et deux variables (leur participation à une formation sur les bienfaits de l'exercice physique et sportif d'une part, leur participation aux ateliers d'autre part) s'établit comme suit :

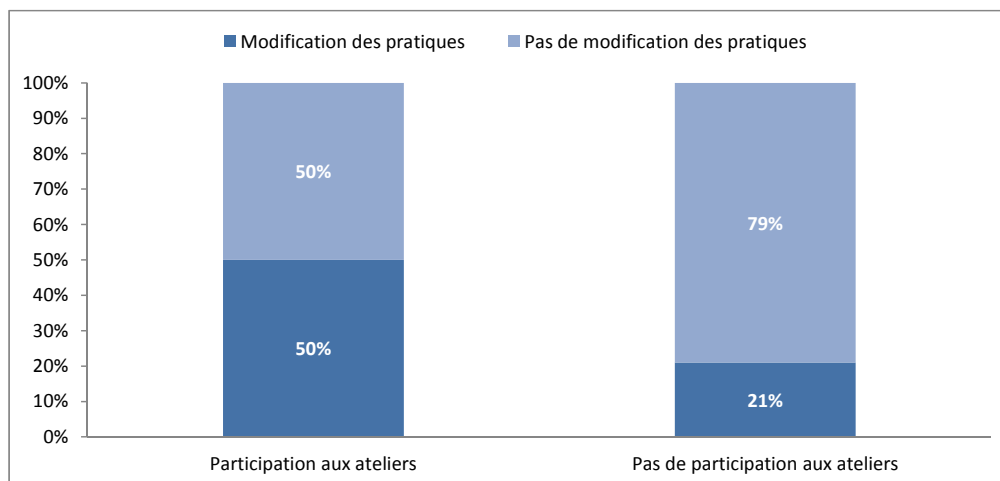
Figure 34 : Modification des pratiques des professionnels en fonction de la participation à une formation aux bienfaits de l'exercice physique et sportif³⁴ (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

³⁴ $p < 0,001$; Analyse réalisée à partir des déclarations des professionnels qui ont répondu par oui ou par non sur les deux variables (l'absence de réponse ou les réponses « je ne sais pas » n'ont pas été prises en compte).

Figure 35 : Modification des pratiques des professionnels en fonction de la participation aux ateliers³⁵ (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Près des trois quart des professionnels ayant suivi une formation aux bienfaits de l'exercice physique et sportif déclarent une modification de leurs pratiques professionnelles du fait des ateliers alors qu'ils ne sont qu'un quart lorsqu'ils n'ont pas bénéficié de la formation.

De la même façon, la moitié des professionnels ayant participé aux ateliers déclarent une modification de leurs pratiques professionnelles alors qu'ils ne sont qu'un cinquième lorsqu'ils n'ont jamais participé aux ateliers.

Ces écarts, statistiquement très significatifs ($p < 0,001$ dans les 2 cas) montrent bien l'impact de ces deux indicateurs sur une diffusion de la pratique des activités physiques et sportives.

Parmi les 46 professionnels accordant aux ateliers un impact sur leurs pratiques professionnelles, 33 d'entre eux qualifient la nature de ces modifications. Pour l'essentiel, celles-ci sont de trois ordres : une plus grande attention portée à la préservation de l'autonomie des résidents, des compétences acquises pour accompagner l'activité physique des résidents, un repositionnement des professionnels dans certaines des activités qui leur sont dévolues.

- **Un premier groupe de professionnels** évoque particulièrement les deux premiers types de modifications :
 - les animateurs (7 répondants) citent de nouvelles compétences en termes d'accompagnement des résidents (aide à la marche, stimulation des résidents pour la reproduction des activités en dehors des ateliers), une vigilance accrue vis-à-vis de l'autonomie des résidents et une meilleure prise en compte de leur prise en charge globale ;

³⁵ $p < 0,001$; Analyse réalisée à partir des déclarations des professionnels qui ont répondu par oui ou par non sur les deux variables (l'absence de réponse ou les réponses « je ne sais pas » n'ont pas été prises en compte).

- les aides-soignants (4 répondants) témoignent de l'attention qu'ils portent à la stimulation des résidents et notamment à leur participation plus grande aux actes de la vie courante (toilette, habillage) ;
- les agents de service hospitalier (3 répondants) évoquent dans l'évolution de leurs pratiques : l'accroissement de la participation des résidents aux actes de la vie quotidienne, du relationnel grâce à une nouvelle activité ; la poursuite avec chaque résident, grâce aux techniques employées dans l'atelier, du travail réalisé par l'éducateur sportif ;
- les aides médico-psychologiques (2 répondants) font connaître, pour l'un sa plus grande connaissance des résidents et de leurs capacités, ce qui fait évoluer leur prise en charge et facilite leur stimulation ; pour l'autre une sensibilisation à l'aide à la marche ;
- les aides à domicile (2 répondants) signalent que l'éducateur sportif, par ses conseils, les motive pour continuer le travail engagé, en incitant notamment les résidents à «bouger» davantage et à faire du sport ;
- un auxiliaire de vie sociale déclare reprendre les exercices avec les résidents après observation dans les ateliers ;
- un agent hôtelier note une meilleure prise en compte des capacités physiques des résidents ;
- **Les directeurs et professionnels du soin** font le constat d'une évolution générale des pratiques des personnels et de certains repositionnements :
 - les cadres de santé (2 répondants) notent des modifications de pratiques dans l'attention portée à l'ergonomie notamment et le recueil d'un avis autre que celui des soignants afin d'élargir l'offre de soins ;
 - les kinésithérapeutes (2 répondants) constatent une diminution de leurs interventions (ou de leur fréquence), notamment pour l'aide à la marche, *«malgré des actes qui relèveraient de nos compétences»* affirme l'un d'eux ;
 - les directeurs d'établissements (4 répondants) remarquent que les ateliers favorisent la prise en charge individualisée des résidents, permettent de pointer l'importance d'inciter les résidents à pratiquer du sport pour maintenir leur autonomie et de prendre conscience des besoins du résident et des limites à ne pas dépasser.
 - un ergothérapeute identifie des modifications de pratiques du fait de la nécessité d'échanges avec les éducateurs *«pour que chacun se positionne par rapport à l'accompagnement des résidents et propose des exercices différents»*.
 - un psychologue voit dans les ateliers une remobilisation des professionnels dans le sens d'une préservation de l'autonomie, ceux-ci constatant *«que rien n'est perdu, que la «vieillesse» n'est pas forcément synonyme de dégradation»* ;
 - un médecin a été conduit à revoir les premières ordonnances de kinésithérapie concernant la prévention de la perte d'autonomie et l'aide à la marche et affirme que, *« dans l'ensemble, l'éducateur a sensibilisé l'ensemble du personnel à la prévention de la perte d'autonomie »*.

■ La satisfaction globale et les propositions d'amélioration

Au final, la satisfaction globale des professionnels répondants à l'enquête vis-à-vis des ateliers s'établit comme suit :

Figure 36 : Répartition des professionnels selon leur niveau de satisfaction vis-à-vis des ateliers (%)



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD – 2011

Vis-à-vis des ateliers, 87% des répondants sont globalement satisfaits ou très satisfaits. 8 professionnels sur 160 s'estiment peu satisfaits (n=7) ou pas du tout satisfaits (n=1).

Par ailleurs, 95 professionnels ont rapporté des points d'améliorations possibles et formulé des propositions afin de mieux adapter la prestation aux besoins des résidents. Quatre grandes catégories d'actions sont identifiables :

Première catégorie d'actions : consolider les ressources mises au service du dispositif (par ordre décroissant) :

- Augmentation des personnels et des temps de travail consacrés à l'action notamment pour l'implication dans les ateliers et dans le suivi individuel des résidents (13 répondants) ;
- Temps de présence accru de l'éducateur sportif dans l'établissement, dédié à l'animation ou aux transmissions/concertations avec le personnel (10 répondants) ;
- L'équipement (6 répondants) : salle plus appropriée à la pratique d'activités physiques, matériels plus nombreux et adaptés aux personnes âgées ;
- Le financement (5 répondants) : rémunération officielle par les instances de tutelle, budgets alloués sur les financements du soin et non de l'hébergement ;
- Formation obligatoire de l'éducateur sportif et connaissances médicales (bio physiologie, pathologies) plus approfondies (4 répondants) ;
- Formation des professionnels des établissements sur les bienfaits de l'activité physique (1 répondant).

Deuxième catégorie d'actions : étoffer l'offre d'ateliers (par ordre décroissant) :

- En termes de fréquence et de régularité (12 répondants) : pour accroître « *l'impact moral et physique sur le quotidien des résidents* » ;
- En nombre (9 répondants) : pour ouvrir la prestation à d'autres résidents, réduire le nombre de participants par atelier, constituer des groupes de niveaux et ainsi favoriser une pratique individualisée et adaptée aux capacités physiques et cognitives de chacun ;
- En contenus diversifiés et attractifs (8 répondants) : « *vélo d'appartement* », « *barres parallèles pour travailler la marche en individuel* », apprentissage pour se relever d'une chute, animation en musique pour des ateliers plus ludiques, en extérieur ; renouvellement des rencontres interétablissements pour favoriser le dynamisme et la convivialité ;
- En termes d'homogénéité des groupes sur le plan des pathologies et des capacités (2 répondants) ;
- En termes d'horaires (1 répondant) : pour correspondre aux préférences des résidents.

Troisième catégorie d'actions : renforcer le suivi personnalisé de chaque résident dans le cadre des ateliers (par ordre décroissant) :

- Suivi du résident, de son évolution en termes d'autonomie et de capacités fonctionnelles ; suivi de son projet de vie, inclusion dans le plan de soins (7 répondants) ;
- Individualisation accrue des exercices et activités :
 - personnalisation des séances et des exercices selon le niveau d'autonomie, les difficultés des résidents, les capacités à améliorer (4 répondants) ;
 - développement des prises en charges individuelles et augmentation du temps consacré à chaque résident (4 répondants).
- Bilan initial pour évaluer les capacités du résident, mieux identifier ses difficultés, prendre connaissance de ses souhaits (4 répondants) ;
- Avis médical préalable ou définition de critères médicaux pour participer aux ateliers (2 répondants).

Quatrième catégorie d'actions : favoriser l'articulation des différents acteurs intervenant auprès des résidents (par ordre décroissant) :

L'objet de ces articulations relève de :

- Suivi coordonné des résidents (16 répondants) : connaissance par l'éducateur sportif des motivations et de la vie du résident, de ses capacités motrices ; participation de l'éducateur sportif au projet de vie du résident ; définition des objectifs de travail dans les ateliers, mutualisation des informations, évaluation des résultats ;
- Connaissance interprofessionnelle entre éducateurs sportif et personnel, de leur travail respectif (7 répondants) ;
- Complémentarité et continuité du travail réalisé par les différents professionnels auprès des résidents (1 kinésithérapeute alerte sur le risque de désertion de sa profession dans les établissements si leurs activités sont reprises par l'éducateur sportif) (3 répondants) ;
- Soutien de l'éducateur sportif dans son animation par le personnel de l'établissement : aide au transfert des résidents vers les ateliers et soutien individuel des bénéficiaires de l'action durant les ateliers (2 répondants).

Les modalités d'organisation le plus souvent proposées sont les suivantes (par ordre décroissant) :

- Les réunions (22 répondants). Les formats les plus divers sont désignés : réunion d'information (hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle), réunion d'équipe, réunion de transmission, réunion d'évaluation interne, réunion de bilan des résidents, groupe de travail « dépendance physique » ;
- Les transmissions, comptes-rendus oraux ou écrits à l'issue de chaque séance (11 répondants) :
 - sous forme de cahier de liaison ou fiches de liaison individuelles (9 répondants) ;
 - sous format informatisé (8 répondants) : par le biais du mél, de l'intranet ou encore du projet de soins informatisé ;
- La participation des équipes aux ateliers (6 répondants) ;
- L'existence d'un référent interne, relais entre les équipes et l'éducateur sportif (3 répondants) ;
- La visite de l'éducateur sportif dans les services (1 répondant) et la formation du personnel par l'intervenant sur les bienfaits de l'activité physique (1 répondant).

Synthèse des résultats

■ Le profil des établissements et des professionnels

Sur les 35 établissements destinataires du questionnaire, 31 structures (soit un taux de retour de 89%) ont retourné un total de 168 questionnaires professionnels. Leur répartition est proche de l'exhaustivité vis-à-vis des établissements bénéficiaires de l'action.

Une moyenne de 5,4 professionnels par établissement a participé à l'enquête. Les professionnels du soin³⁶ (n=145) représentent près de 9 répondants sur 10 (87%). Un répondant sur 10 (n=17) est issu des services administratifs³⁷, 3 répondants des services techniques³⁸, 2 sont autres³⁹.

■ L'investissement des professionnels et des établissements dans l'action

Une formation aux bienfaits de l'exercice physique et sportive a été dispensée auprès d'au moins 1 professionnel dans un peu plus de la moitié des établissements répondants (16 sur 31). Par contre, les professionnels formés ne représentent que 15% des répondants. 62% des professionnels n'ayant pas bénéficié d'une formation estiment qu'elle pourrait leur être utile : la proportion est forte pour les animateurs (80%), plus faible pour les infirmiers (43%). Enfin, aucune stratégie commune aux différents établissements n'apparaît.

Parmi les répondants, plus de la moitié (55%) ne participe jamais aux ateliers, 39% participent parfois, 6% toujours. Dans 27 des 31 établissements (87%), au moins un professionnel s'est identifié comme participant : 7 établissements (23%) affectent à minima au moins un professionnel en continuité aux ateliers ; 20 établissements (65%) ont à minima en moyenne 2 ou 3 professionnels, le plus souvent pluridisciplinaires, intervenant de façon ponctuelle dans les ateliers.

Les deux tiers des répondants (66%) considèrent que les ateliers sont suffisamment intégrés au projet d'établissement. En miroir, environ un quart pense qu'ils ne le sont pas suffisamment. La moitié des 158 répondants qui se sont exprimés estime que les modalités de communication et d'échange d'informations entre l'éducateur sportif et l'équipe soignante sont partiellement suffisantes ou insuffisantes, même si 43% en sont satisfaits. Enfin, l'existence d'un groupe projet dédié à l'action n'affecte par la répartition des répondants sur ces deux questions.

³⁶ Aide-soignant, agent de service hospitalier, animateur, infirmier, aide médico-psychologique, aide à domicile, cadre de santé, kinésithérapeute, médecin, ergothérapeute, psychologue, assistant de vie, auxiliaire de vie sociale.

³⁷ Responsable / directeur, adjoint administratif, assistant comptable, secrétaire.

³⁸ Agent hôtelier, référent hôtelier.

³⁹ Bénévole, non précisé.

■ Le format des ateliers

Dans plus d'un tiers des établissements (11 établissements sur 31, soit 35% d'entre eux), au moins un professionnel déclare que tous les résidents souhaitant participer à un atelier n'y ont pas accès. Qualitativement, l'essentiel des réponses sur ce sujet porte sur un manque de places dans les ateliers (42%) et/ou sur un manque de séances proposées par l'animateur (29%) dans 18 établissements.

Les professionnels répondants considèrent, pour 61% d'entre eux que le nombre d'heures d'atelier proposé est adapté aux besoins des bénéficiaires, tandis que 39% considèrent le contraire. La totalité des 59 professionnels qui ont exprimé une inadéquation estime qu'il faudrait accroître l'offre en termes de fréquence et/ou de durée des séances afin d'améliorer l'efficacité et la qualité de la prestation.

■ Le contenu des ateliers

Plus des trois quart des répondants (n=125, soit 77%) considèrent que les exercices ou les activités collectives proposés au cours des ateliers sont adaptés aux capacités des résidents. Par contre, ils ne sont plus qu'environ la moitié à déclarer que les projets individualisés de prise en charge sont suffisamment intégrés aux ateliers et que l'individualisation des exercices ou des activités proposés au cours des ateliers est suffisante.

83% des répondants considèrent que les bénéficiaires sont en sécurité durant les ateliers, 5% qu'ils le sont partiellement ou ne le sont pas.

Vis-à-vis de la compétence de l'éducateur sportif, 85% des 162 répondants se déclarent satisfaits ou très satisfaits. Par contre, vis-à-vis de la spécificité de la formation relative aux personnes âgées en termes d'activités physiques et sportives, ils ne sont plus que deux tiers (67%) à la juger suffisante. En miroir, alors que seuls 2% des répondants sont peu satisfaits de la compétence de l'éducateur sportif (3 répondants d'un même établissement), 11% estiment la formation partiellement satisfaisante ou insatisfaisante.

■ L'apport des ateliers

Une forte majorité de professionnels déclare que les ateliers contribuent à l'amélioration des déplacements (85%) et de l'équilibre (83%) des bénéficiaires.

Les proportions diminuent concernant l'amélioration des capacités physiques (76%) et la force musculaire (66%).

Globalement, 71% des répondants pensent que les ateliers améliorent l'autonomie des bénéficiaires dans les actes de la vie quotidienne.

Les proportions de répondants associant les ateliers à une diminution des chutes des bénéficiaires (59%) et à une diminution des besoins en kinésithérapie (40%) représentent les taux les plus faibles parmi l'ensemble des apports des ateliers proposés.

En termes de sociabilité, les quatre cinquième des professionnels (81%) déclarent que les ateliers favorisent les relations entre résidents.

Enfin, 96% des professionnels estiment que les ateliers contribuent à l'amélioration du bien-être des bénéficiaires (taux le plus élevé parmi les apports d'ateliers proposés), et 89% que l'apport des ateliers à la qualité de vie des bénéficiaires est globalement satisfaisant ou très satisfaisant. Seulement 8 répondants (5%) le jugent peu ou pas du tout satisfaisant.

Au final, les proportions observées sont proches de celles issues de l'enquête réalisée auprès des bénéficiaires vis-à-vis des différents apports pris en compte.

Par ailleurs, 30% de répondants font le lien entre les ateliers et une modification de leurs pratiques professionnelles : attention accrue portée à la préservation de l'autonomie des résidents, acquisition de compétences pour accompagner l'activité physique des résidents, repositionnement dans certaines des activités qui leur sont dévolues. Ils se répartissent dans 18 établissements (58%). Ils sont proportionnellement et significativement plus nombreux parmi les professionnels ayant participé aux ateliers ou bénéficié d'une formation aux bienfaits de l'activité physique et sportive.

Les personnels qui accompagnent au quotidien les résidents déclarent, pour l'essentiel, porter une plus grande attention à la préservation de l'autonomie des résidents et/ou avoir acquis des compétences pour accompagner l'activité physique des résidents. L'évolution générale des pratiques professionnelles et une nouvelle répartition des activités entre l'éducateur sportif et certains professionnels, est exprimée notamment par les personnels d'encadrement et les soignants.

■ La satisfaction globale et les propositions d'amélioration

Au final, 87% des répondants se déclarent globalement satisfaits ou très satisfaits des ateliers.

95 professionnels ont formulé des propositions afin de mieux adapter la prestation aux besoins des résidents : consolider les ressources financières et humaines, étoffer l'offre, renforcer le suivi personnalisé des résidents, favoriser l'articulation des acteurs intervenant auprès des résidents.

L'enquête auprès des éducateurs sportifs

Objectifs

L'enquête conduite auprès des éducateurs sportifs formés dans le cadre du Certificat de spécialisation « Animation et maintien de l'autonomie de la personne » (CS-AMAP), et intervenant au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées, avait pour principaux objectifs :

- de caractériser l'action conduite, depuis la participation à la formation jusqu'à la mise en place des ateliers au sein des établissements,
- d'identifier les difficultés de mise en œuvre de l'action,
- de connaître leur opinion quant à l'impact de l'action sur les pratiques professionnelles des personnels des établissements ainsi que sur la situation physique, psychologique et sociale des bénéficiaires.

Méthodologie

Deux listes ont permis d'identifier les éducateurs sportifs susceptibles d'être contactés pour un entretien : la liste des éducateurs formés dans le cadre du CS-AMAP, fournie par le Campus d'excellence sportive de Bretagne, et la liste des éducateurs sportifs intervenant dans les établissements, fournie par « Profession Sport 56 » et le « Groupement d'employeurs sport Bretagne ».

Le croisement des deux listes a permis de proposer un entretien à 10 éducateurs sportifs ayant à la fois bénéficié de la formation AMAP et intervenant en maison de retraite pour le compte de Profession sport 56 ou du Groupement d'employeurs sport Bretagne.

L'échantillonnage a été réalisé pour obtenir une diversité de situation vis-à-vis du département d'exercice, de l'âge des éducateurs et de l'ancienneté de la formation.

Le recueil de données est de type qualitatif par entretiens individuels semi-directifs.

Les données recueillies portent sur :

- le profil de l'éducateur sportif : âge, parcours de formation, expérience auprès des personnes âgées ;
- la formation reçue : comment, pourquoi, qualité de la formation et des formateurs, adéquation de la formation aux besoins des personnes âgées, apport de la formation en termes de professionnalisation et d'emploi, mise à disposition d'outils d'intervention, difficultés de mise en pratique et besoins complémentaires en formation ;
- les actions mise en place : description, cahier des charges (fréquence, durée, activités des ateliers), recrutement des résidents, accessibilité des ateliers, articulation au projet de vie et adaptation aux bénéficiaires, intervention auprès des professionnels ;
- les difficultés et solutions : techniques, organisationnelles, financières, d'intégration, liées au public ;
- l'intégration dans l'établissement : articulation avec le projet d'établissement et le personnel, outils de coordination et de communication, collaborations et rôles de l'équipe soignante ;
- l'impact de l'action auprès des personnes âgées (outils d'évaluation mis en place), auprès des autres professionnels, pour l'établissement, ou tout autre impact positif ou négatif.

L'analyse est de type transversale et thématique. Elle reprend pour chaque thème les éléments convergeants ou divergeants mis en avant par les éducateurs sportifs.

Résultats

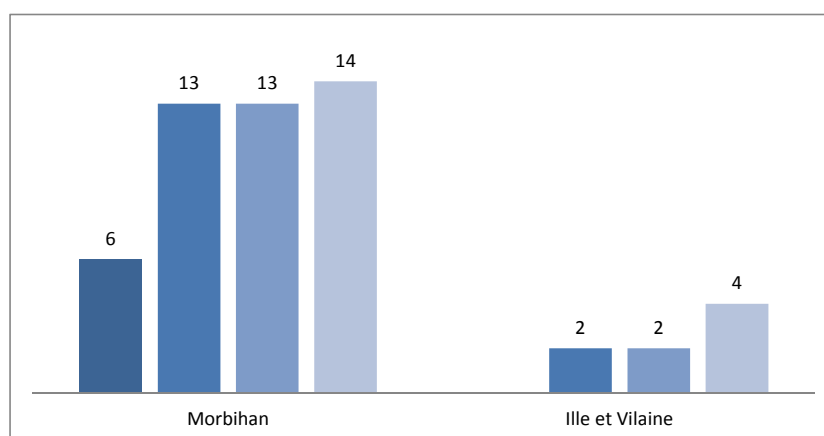
■ Les éducateurs sportifs formés disponibles

Chaque année scolaire depuis 2007, une session de formation « animation et maintien de l'autonomie de la personne » s'adresse à une promotion d'une vingtaine d'éducateurs sportifs.

Parmi la trentaine d'éducateurs sportifs figurant dans la liste fournie par le Campus d'excellence sportive de Bretagne comme ayant validé leur formation entre 2008 et 2010, 17 d'entre eux n'apparaissent pas comme intervenants dans le cadre de Profession sport 56 ou du Groupement d'employeurs sport Bretagne.

Le nombre d'éducateurs sportifs mis à disposition par les deux associations dans les établissements hébergeant des personnes âgées évolue ainsi entre 2007 et 2011 :

Figure 37 : Evolution du nombre d'éducateurs sportifs intervenant dans les établissements entre 2007 et 2011



Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

Dans le département du Morbihan, le nombre d'éducateurs sportifs a doublé entre 2007/2008 et 2008/2009, puis est resté à peu près stable les années suivantes. Pour les deux dernières périodes, 2 éducateurs sportifs figurant dans le listing des intervenants de l'année précédente n'apparaissent plus l'année suivante.

En Ille-et-Vilaine, le nombre d'éducateurs sportifs est passé de 2 à 4 à partir de fin 2008 à 2010.

■ Les éducateurs sportifs interviewés

Le profil des éducateurs sportifs sélectionnés après échantillonnage et auprès desquels ont été recueillies des données est le suivant :

- ils ont entre 24 et 52 ans : 3 ont entre 24 et 27 ans, 4 ont entre 30 et 34 ans, 1 a 41 ans, 2 ont 50 et 52 ans ;
- ils ont suivi ou suivent la formation AMAP : 3 d'entre eux ont validé la formation en 2008, 3 en 2009, 3 en 2010, 1 est en cours de formation en 2011 ;
- ils sont salariés des associations partenaires de l'expérimentation : 7 sont salariés de Profession sport 56 et 3 du Groupement d'employeurs sport Bretagne.

La diversité de l'échantillon permet d'explorer les différentes dimensions du dispositif et de son déploiement.

■ L'accès à la formation

Les éducateurs sportifs interrogés ont pour la plupart pris connaissance de la formation par Profession sport 56 ou le Groupement d'employeurs sport Bretagne. Deux d'entre eux ont été informés de son existence par le médecin conseil de la DRJSCS.

Le choix de suivre la formation a reposé, pour tous, sur l'opportunité qu'elle représentait de renforcer leurs capacités d'emploi :

- la validation de la formation ouvrait sur la possibilité d'obtenir un complément d'heures de travail dans un métier où les interventions auprès de différentes structures donnent difficilement lieu à des temps pleins ;
- la possibilité d'intervenir en maison de retraite permettait l'accès à des interventions en journée, sur des créneaux horaires plus difficiles à pourvoir dans le cadre d'activités auprès des publics adultes ou jeunes, majoritairement en soirées ;
- plusieurs éducateurs sportifs ont fait mention de la perspective possible d'un CDI à l'issue de la formation.

Les éducateurs sportifs évoquent également la formation comme un moyen de diversifier leurs activités, de varier leurs publics d'intervention, voire de découvrir un nouveau public pour ceux qui ne le connaissaient pas préalablement.

Pour ceux qui intervenaient déjà auprès des personnes âgées, la formation représentait l'occasion d'une remise à niveau et d'un approfondissement ainsi que le moyen d'accroître leur capacité à intervenir dans ce milieu spécifique dans de bonnes conditions (par exemple obtenir de l'établissement un nombre limité de participants ou des groupes moins hétérogènes en termes de pathologies).

■ Le déroulement et les contenus de la formation

Trois dimensions sont abordées ici : les contenus de la formation, les options pédagogiques, la logistique.

Transversalement à ces trois points et majoritairement, les éducateurs sportifs interrogés souhaitent une formation davantage ancrée dans la pratique de terrain. Cela se manifeste aussi bien dans les contenus que dans les pédagogies auxquels ils accordent leur préférence.

■ Les contenus de la formation

En termes de contenus de formation, les éducateurs sportifs interviewés se déclarent majoritairement satisfaits vis-à-vis des apports suivants :

- **Le contexte d'intervention** : descriptif et découverte des différentes maisons de retraite (fonctionnement, personnel), liens possibles entre l'éducateur et le personnel des établissements.
- **Les pathologies des personnes âgées. Cependant sont souhaités :**
 - des apports plus approfondis sur la façon de travailler selon les pathologies des personnes et leurs besoins spécifiques ;
 - dans le même temps, selon un des éducateurs sportifs interviewés, la formation pourrait faire l'économie des généralités déjà abordées durant la formation initiale.
- **Le contenu et l'organisation des séances d'activités physiques. Malgré tout :**
 - un éducateur sportif aurait souhaité plus d'apports en la matière afin de varier davantage les situations et les exercices ;
 - un autre aurait souhaité des procédures d'intervention pour chaque type d'atelier (et pas uniquement pour les ateliers collectifs de gymnastique).

Parallèlement, un certain nombre de points doivent être renforcés.

- **Les grilles de test pour évaluer les capacités des personnes âgées.**
 - des outils plus nombreux et mieux adaptés aux contextes des établissements et aux publics (par exemple atteints de la maladie d'Alzheimer ou se déplaçant en fauteuil roulant).
- **Un argumentaire pour défendre auprès des établissements certaines exigences d'intervention** (par exemple, la limitation du nombre de participants dans les ateliers).
 - la réassurance des éducateurs sportifs quant à leur légitimité dans ce champ spécifique d'intervention n'est pas apparue suffisante selon un des éducateurs interviewés ;
 - l'acquisition d'un argumentaire sur l'utilité de l'intervention des éducateurs sportifs est également souhaitée pour faciliter la recherche et l'obtention de nouveaux ou plus importants contrats auprès des établissements hébergeant des personnes âgées : plusieurs éducateurs sportifs ne se sentent pas suffisamment crédibles ou légitimes pour argumenter sur l'intérêt médical de leur activité. (voir aussi à ce propos le chapitre consacré à la prospection).

■ Les options pédagogiques

En termes pédagogiques, les éducateurs sportifs ont exprimé des attentes nettement orientées sur l'expérimentation et l'appropriation de savoir-faire. Ainsi, retiennent-ils :

- **L'interactivité entre les stagiaires**, favorable au partage d'expérience entre ceux qui bénéficient d'une pratique de terrain antérieure en maison de retraite et les néophytes. En matière de mutualisation des pratiques, une compilation des contenus d'ateliers est en cours de réalisation par le chargé de mission d'une association employeur, en correspondance avec l'attente formulée par l'un des éducateurs sportifs interrogé. Par ailleurs, les éducateurs sportifs peuvent éventuellement aborder leur travail en EHPAD au cours des deux ou trois réunions organisées annuellement. En dehors de cela, l'intérêt déclaré par les éducateurs sportifs pour une mutualisation des pratiques est faible. De plus, ceux-ci opposent à la possibilité d'organiser des regroupements des emplois du temps difficilement conciliables. Certains des interlocuteurs citent d'autres sources de renforcement des pratiques, auxquelles ils font appel en cas de besoin. Y figurent formateurs, collègues éducateurs sportifs ou kinésithérapeutes.
- **Les travaux de groupe** pour la construction d'outils et de scripts.
- **Une expérience de terrain préalable ou précoce dans le déroulement de la formation :**
 - s'imprégner d'une expérience, observer des intervenants évoluer en contexte, côtoyer des soignants, voir évoluer des personnes âgées dans leur environnement est présenté comme propice à une vision plus juste du travail, à un étayement des questionnements, à une mise en lien plus pertinente entre les apports de la formation et une pratique.
 - un éducateur sportif insiste pour que ces mises en situation pédagogiques soient mieux préparées pour éviter une confrontation trop brutale avec certaines des réalités que vivent les personnes âgées.
- **L'intervention au cours de la formation de professionnels expérimentés**, en particulier :
 - des intervenants travaillant en maison de retraite ;
 - des formateurs en contact avec le terrain, connaissant bien le public, capables de considérer les réalités et les contraintes matérielles et humaines des interventions ;
 - des médecins axés sur le champ d'intervention de l'éducateur sportif et non sur les seules techniques médicales ;
 - des éducateurs sportifs en poste présentant leurs expériences.
- **L'accompagnement de tuteurs** investis dans leur mission, assurant un réel appui auprès de l'éducateur sportif en stage.

Par ailleurs, les visites d'établissements sont évoquées à plusieurs reprises comme insatisfaisantes :

- en raison de la situation « trop idéale » qui y est présentée : tout l'équipement nécessaire est disponible, le public est en bonne forme alors que les situations réellement vécues sur le terrain sont bien différentes ;
- du fait de la présence de 7 ou 8 éducateurs sur une après-midi dans un même établissement : la situation a été ressentie comme artificielle, sans contact véritable, ni avec les résidents, ni avec les personnels.

Enfin, deux autres éléments sont désignés comme facilitateurs pour le travail des stagiaires : la transmission sous format papier des contenus de formation, la disponibilité des formateurs selon les besoins, y compris après la formation.

■ **La logistique**

En termes de logistique, certains éducateurs sportifs ont perçu les semaines complètes de formation comme une contrainte importante, soit pour cause d'activité professionnelle concomitante, soit en raison d'une charge de famille.

■ **Au final**

Les éducateurs sportifs sont donc essentiellement préoccupé par une opérationnalité sur le terrain, ce vers quoi tendent l'ensemble de leurs attentes.

■ **L'intervention dans les établissements**

L'étape suivante de déploiement du dispositif est la mise en place de l'intervention dans les établissements. Celle-ci nécessite au préalable une démarche de prospection des structures susceptibles de faire appel aux éducateurs sportifs formés.

■ **La prospection des établissements**

La prospection est organisée par les associations employant les éducateurs sportifs. Elle est confiée à un éducateur sportif missionné pour cela dès 2008 dans le Morbihan, en 2011 en Ile-et-Vilaine. **Les éducateurs sportifs animateurs d'ateliers peuvent également participer à cette démarche, mais de façon variable selon les éléments recueillis :**

- ils peuvent être référent territorial sur un secteur géographique et disposer d'un temps de prospection rémunéré.
- ils peuvent sensibiliser les établissements qu'il sont amenés à rencontrer sur leur territoire d'intervention et signaler à leur employeur les pistes de nouveaux établissements susceptibles d'adhérer. Dans ce cas, soit l'agent de développement prend le relais, soit l'éducateur sportif prend rendez-vous avec la structure sur du temps qui peut être parfois rémunéré à cet effet.
- Ils peuvent saisir l'opportunité d'un stage pour emporter un contrat d'intervention.

Dans le Morbihan, l'organisation d'Olympiades destinées aux résidents des établissements représente, de l'avis d'un éducateur sportif, un levier de mobilisation. Ces Olympiades suscitent en effet d'une part l'intérêt de nouveaux établissements, d'autre part les structures déjà impliquées : les éducateurs sportifs interviewés font part de leurs tentatives pour accroître leur temps de travail dans les établissements où ils interviennent déjà en faisant la démonstration de l'utilité de leur travail. Mais plusieurs se déclarent insuffisamment armés pour développer un argumentaire crédible et/ou légitime. C'est pourquoi l'un d'eux suggère que la formation les prépare mieux à cet argumentaire tandis qu'un autre sollicite l'intervention d'un médecin en amont de l'action pour sensibiliser les établissements et leurs personnels.

Enfin, un frein territorial au développement de la prospection est cité par un interlocuteur. L'employeur privilégie, selon lui, les territoires où plusieurs éducateurs sportifs sont disponibles. Les ressources en intervenants sont là plus nombreuses, augmentant les chances de pouvoir répondre à la demande des établissements (horaires d'intervention par exemple) et de trouver un éducateur sportif proche géographiquement (rentabilité des déplacements). Au contraire, l'offre est moins souple quand un seul éducateur sportif est disponible sur le territoire.

■ Les modalités d'inscription de l'éducateur sportif dans l'établissement

Selon les éducateurs sportifs interrogés, les configurations sont hétérogènes d'un établissement à l'autre et peuvent varier pour un même éducateur sportif, selon la structure dans laquelle il intervient :

- **Première configuration** : l'intervention de l'éducateur sportif est une prestation extérieure sans lien avec la vie de l'établissement et sans implication du personnel. Se manifestent alors des difficultés telles que :
 - le public potentiel ne se présente pas à l'atelier : une autre animation est programmée sur la même plage horaire, l'atelier est planifié sur le temps de la messe, un atelier de gymnastique animé par des bénévoles est déjà proposé.
 - le personnel, notamment médical, se désintéresse de l'action (il ne voit pas de bénéfice à l'intervention, il considère qu'elle est à visée occupationnelle) ou bien l'éducateur sportif est accueilli avec réserve car soupçonné de retirer au kinésithérapeute des heures de travail qui pourraient lui revenir.
 - le personnel n'adhère pas aux préconisations de l'éducateur sportif (par exemple moins utiliser les déplacements en fauteuil roulant pour encourager l'autonomie des personnes âgées) ou bien refuse d'entendre un problème identifié par l'éducateur.
- **Deuxième configuration** : l'intégration de l'éducateur sportif et de son action se construit progressivement. Même s'il doit initier seul l'action, peu à peu il assoit sa position au sein de la structure en dialoguant avec le personnel présent : il propose, explique, démontre et acquiert progressivement une légitimité qui va lui permettre de faire évoluer les conditions de l'activité.
- **Troisième configuration** : l'intégration est assurée dès le départ, l'éducateur sportif bénéficie de divers soutiens : l'accompagnement du directeur veillant à la mise en place de l'intervention au sein de l'établissement et à la réalisation de bilans réguliers, la présentation de l'action au sein du conseil de vie sociale, la sensibilisation du personnel (communication écrite ou orale), l'appui d'un personnel formé ou d'un groupe projet.

Toutefois, dans la plupart des cas évoqués lors des entretiens, un minimum d'échange s'établit entre l'éducateur sportif et le personnel. La transmission d'informations peut s'effectuer avant et/ou après l'atelier mais se trouve cependant d'autant plus limitée que, selon leurs déclarations, les éducateurs sportifs disposent de peu de temps d'intervention dans l'établissement. **Dans ce cas, soit elle est réalisée sur du temps pris sur l'atelier, soit sur du temps personnel de l'intervenant (à la condition qu'il n'ait pas immédiatement après une intervention prévue en un autre lieu). La présence très limitée de l'éducateur sportif dans un même établissement semble également**

réduire d'autant sa possibilité d'avoir des interlocuteurs stables dans la structure, en particulier parmi les professionnels du soin. La difficulté de maintenir informées les équipes qui ne sont pas présentes durant le temps d'intervention de l'éducateur sportif dans l'établissement est aussi signalée : les transmissions écrites (par voie informatique ou papier) sur le déroulement de l'atelier ne sont pas toujours lues, et le sont d'autant moins si elles sont proposées à distance de l'intervention.

Toujours dans la même logique de temps de présence minimale nécessaire, **les éducateurs sportifs affirment avoir besoin d'un volume minimum d'heures rémunérées dans l'établissement pour dégager des heures administratives et de réunions permettant un travail en équipe.** Les horaires de réunions internes doivent par ailleurs correspondre à leur temps de présence dans l'établissement. Différents formats sont évoqués par ceux qui sont concernés en termes de périodicité ou en termes de nature de réunion (réunion d'équipe au cours de laquelle l'éducateur sportif partage ses ressentis, ses souhaits d'amélioration dans un esprit de complémentarité par rapport au personnel, pour ajouter du bien-être aux personnes âgées ; groupe projet associant directeur, aide-soignant, aide médico-psychologique, animateur et cadre de santé avec lesquels le projet d'animation est finalisé).

Par ailleurs, les professionnels avec lesquels les éducateurs sportifs échangent sont aussi très hétérogènes selon l'établissement. Des situations diversifiées sont citées, selon la catégorie de personnel :

- Les directeurs d'établissements susceptibles d'intervenir à toutes les étapes de l'action et de légitimer l'intervention de l'éducateur.
- Le personnel présent pour accompagner quotidiennement les résidents (agents de service hospitalier, aides-soignants, animateurs), interlocuteurs informels privilégiés et relais importants auprès des résidents.
- Ergothérapeute, kinésithérapeute, psychologue ponctuellement cités comme personnes ressources et interlocuteurs auprès desquels l'éducateur sportif doit faire la preuve de sa légitimité et de la complémentarité de ses interventions.
- IDE, médecin et psychologue sont aussi parfois cités comme interlocuteurs des transmissions.

Au final, différentes attentes sont spécifiquement formulées envers le personnel soignant : inciter les personnes âgées à participer aux ateliers, notamment après une chute ; informer de certaines modifications intervenues (par exemple, expliquer pourquoi un résident n'est plus envoyé dans l'atelier) ; aider à la mise en œuvre des activités ; apporter un conseil en fonction des comportements et de l'état de santé des résidents.

Ces collaborations, sollicitées par les éducateurs sportifs interrogés, contribuent à la mise en place des ateliers destinés aux résidents.

■ **L'organisation des ateliers**

Comme pour le chapitre précédent, s'adaptant aux conditions proposées dans l'établissement, les ateliers prennent des formes très hétérogènes.

Dans un premier temps, intervient le recrutement des résidents dans les ateliers. Les éducateurs sportifs questionnés en décrivent plusieurs modalités possibles :

- une démarche de promotion de l'atelier par l'éducateur lui-même, parfois sur indication ou aidé du personnel (lingères, secrétaire, aide-soignant) ;
- un affichage et une information aux résidents qui font le choix de participer ou non ;
- un choix réalisé par le personnel : animateur, équipe de soignants (médecin et médecin coordonnateur, psychologue, cadre de santé, IDE).

Parfois, un temps d'observation et de réflexion peut être proposé aux résidents dans le cas où une participation aux ateliers pourrait les intéresser. Dans d'autres situations, certaines personnes sont-elles orientées vers l'atelier sans qu'elles aient émis un réel souhait d'y participer.

Par ailleurs, l'avis médical préalable à l'inclusion du résident dans l'atelier n'est pas en place dans tous les établissements. L'éducateur sportif s'informe alors auprès du personnel présent. Les opinions sont partagées quant à sa nécessité ou non.

Concernant ensuite le suivi individuel des résidents, quand il est réalisé, il est effectué soit pour le propre usage de l'éducateur sportif soit en vue d'un accompagnement coordonné des personnes âgées par les différents professionnels.

En termes de contenu, ce suivi, lorsqu'il est présent peut porter sur des informations très diversifiées telles que : l'état de forme ou de fatigue, les capacités physiques et cognitives évaluées par des tests réguliers, le nombre d'heures de participation, le relevé des chutes, le groupe iso-ressource, les difficultés rencontrées par le résident (par exemple, se lever, s'asseoir,...), des observations sur la progression.

En termes de support, le suivi individuel des résidents peut s'appuyer sur des fiches de suivi sous format papier ou informatique complétées après chaque séance ; sur des bilans mensuels, trimestriels ou semestriels réalisés par tests ; sur un dossier « activité physique » spécifique inclus dans le projet de vie individualisé ou intégré dans le plan de soins informatisé.

L'accès de l'éducateur sportif aux informations relatives aux bénéficiaires des ateliers est différent selon l'établissement dont parlent les interlocuteurs :

- considérant que l'éducateur sportif n'est pas soignant, la structure peut lui refuser toute information relative au résident ;
- dans d'autres cas, il peut être autorisé à consulter les dossiers informatisés ;
- il peut aussi prendre connaissance du cahier de transmission rempli par l'aide-soignant et l'aide-ménagère.

Certains interviewés insistent sur le fait que l'animateur d'atelier n'a pas besoin de tout connaître des personnes âgées qui y participent mais qu'à minima, il lui faut être informé de ce qui peut avoir un impact sur le travail durant les séances (par exemple, un état dépressif, certains traitements médicamenteux).

Dans le cadre de la réalisation des séances d'activités physiques, le transfert des résidents vers les ateliers est réalisé par le personnel ou l'éducateur sportif selon les cas. Pour certaines des personnes interrogées disposant de peu d'heures d'intervention dans l'établissement, cela représente une perte de temps qui entame d'autant la durée réelle de la pratique physique. Pour d'autres, le temps de transfert est conçu comme partie intégrante de l'animation, un moment d'échange favorisant le contact humain et le suivi de la personne âgée ainsi que l'opportunité de réaliser un travail individuel avec le résident.

Comme pour les points précédents, le format des ateliers se décline sous des formes diversifiées :

- Les ateliers collectifs de gymnastique de 6 à 15 personnes, mais pouvant aller jusqu'à 20, voire 35 participants. Les publics accueillis peuvent être homogènes ou non. Les avis ne sont pas tranchés quant à la configuration souhaitable : en cas d'hétérogénéité, la constitution de groupes de niveau permet de cibler l'activité sur leurs besoins spécifiques communs. Dans le même temps, une certaine hétérogénéité dans le groupe permet aux personnes âgées de se confronter à d'autres réalités, aux plus dynamiques d'entraîner les autres. **En revanche, une trop forte hétérogénéité du public (combinant personnes autonomes, en fauteuil roulant, atteintes de la maladie d'Alzheimer,...) cumulée à un nombre important de participants réduit la portée du travail réalisable** : les activités sont identiques et minimales pour tous, freinant les possibilités de progression et de prise en charge individualisée.
- Les ateliers individuels d'aide à la marche composés d'une à quatre personnes.
- Les rencontres interétablissements ou les rencontres intergénérationnelles associant des écoles primaires.

Les activités proposées dans les ateliers, quant à elles, peuvent porter conjointement ou spécifiquement sur la mobilité, la souplesse, les articulations, la coordination, l'équilibre, la force musculaire, la mémoire. De l'avis de tous les éducateurs sportifs interviewés, les exercices se doivent d'être ludiques et variés. Il s'agit pour les personnes âgées, précise l'un d'eux, outre de se dépenser, de passer un bon moment.

Au final, si tous ne sont pas d'accord quant à la nécessité d'une normalisation des interventions, ils sont en revanche unanimes quant à la nécessité de leur adaptation aux résidents.

La sécurisation des ateliers est attestée par tous les intervenants interrogés. Les moyens cités pour la garantir sont : la capacité de l'éducateur sportif à repérer les situations à risques ; le soutien d'un professionnel de l'établissement en cas de difficulté ou de doute ; des dispositions pratiques telles que l'aménagement de la pièce, la présence d'un téléphone, la disposition des personnes en cercle pour les voir toutes et suffisamment à distance pour qu'elles ne se percutent pas,...

Les locaux et l'équipement sont plusieurs fois cités comme peu appropriés. Sont ainsi évoqués : les salles exigües, le temps perdu à déplacer le mobilier, la présence de meubles constituant un obstacle aux déplacements, le danger des sols mouillés dans la salle de restauration ; le matériel insuffisant en nombre ou en adaptation aux besoins de personnes dépendantes. **Des souhaits s'expriment donc pour la mise à disposition de salles où disposer de sécurité, de calme et de lumière.**

Au final, se manifeste une forte hétérogénéité des modalités de mise en œuvre de l'action selon les établissements. Cette hétérogénéité concerne aussi bien l'étape de mobilisation des structures que le niveau et la nature de prise en compte de l'intervention en leur sein, ou le format et le contenu des ateliers. De ce fait, les éducateurs sportifs sont amenés à adopter une démarche continue d'adaptation des cadres d'intervention aux situations qu'ils rencontrent dans chaque établissement.

■ Les bénéfices de l'action

Les éducateurs sportifs ont enfin été questionnés sur l'impact de ce qu'ils ont pu mettre en place, et au-delà, de l'ensemble du dispositif pour les bénéficiaires de l'action, pour les établissements et pour leur emploi.

■ *La santé et l'autonomie des personnes âgées*

Les éducateurs sportifs interrogés perçoivent certains bénéfices pour les résidents participant aux ateliers, soit directement par eux-mêmes, soit par retour des professionnels des établissements ou de la famille des bénéficiaires. Les points suivants ont retenu leur attention :

- **Les personnes âgées témoignent de leur attente de ce temps d'atelier et du bien moral et physique qu'elles en retirent.** Elles s'y sentent reconnues et acceptent souvent positivement l'intervention de l'éducateur sportif. L'intervention contribue, selon les éducateurs interviewés, aussi bien à l'autonomie qu'au bien-être général des personnes ainsi qu'à une progression vis-à-vis des capacités à se déplacer ou à limiter les chutes.
- **Les retours des professionnels des établissements** font défaut, selon plusieurs interlocuteurs. Ces derniers constatent toutefois que les professionnels peuvent prendre conscience des bénéfices de l'action quand l'éducateur sportif intervient suffisamment de temps dans l'établissement. Ils se rendent alors compte que les bénéficiaires font des progrès en termes de concentration, de réflexes, d'équilibre, d'amplitude de mouvement. Ils constatent que les personnes âgées acquièrent plus d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, soulageant les personnels, notamment l'aide-soignant.
- **Certaines familles se montrent curieuses et surprises du travail réalisé avec leur parent** en fauteuil roulant, témoigne un éducateur sportif. Certaines changent leurs pratiques après avoir assisté à une démonstration de ce qu'il est possible de faire selon le niveau de confiance du résident dans ses capacités.

Cependant, des réserves sont émises par certains éducateurs sportifs quant aux bénéfices que les personnes âgées peuvent retirer d'un atelier d'une heure par semaine « seulement », notamment pour des publics âgés dont les pathologies s'accumulent.

■ **L'emploi des éducateurs sportifs**

De l'avis de tous les éducateurs sportifs, la formation « animation et maintien de l'autonomie de la personne » leur a permis d'obtenir des temps de travail complémentaires, en journée, période qu'ils ont le plus de mal à pourvoir. Pour certains d'entre eux, cela représente un vrai complément de plus d'une dizaine d'heures.

Plusieurs souhaiteraient augmenter leurs temps sur d'autres établissements, mais l'un des obstacles majeur qu'ils identifient pour le développement de cette activité est que les demandes des établissements portent sur les mêmes créneaux horaires, limitant ainsi leur capacité à étendre leur activité.

Pour certains, le souhait serait d'augmenter de quelques heures les temps de travail en journée au sein des établissements auprès desquels ils interviennent déjà. Ils pensent qu'ils gagneraient ainsi en reconnaissance et pourraient développer des ateliers répondant aux besoins non couverts, diminuer le nombre de personnes par groupe pour consacrer davantage de temps à la connaissance, à l'évaluation et au suivi des participants et ainsi améliorer leur marge de progression.

La certification est également citée comme un atout pour intervenir auprès des clubs de retraités.

Deux propositions sont formulées pour développer l'activité :

- Réaliser un important travail de communication pour faire connaître auprès des établissements la plus value apportée par l'éducateur sportif ;
- Fournir aux directeurs des établissements un projet écrit sur lequel ils pourraient s'appuyer pour négocier leurs demandes de financement des ateliers d'activités physiques. Le manque de financement est en effet cité au cours de plusieurs entretiens comme un frein au développement de leurs emplois.

Synthèse des résultats

■ Le profil des éducateurs sportifs

Parmi la trentaine d'éducateurs sportifs figurant dans la liste fournie par le Campus d'excellence sportive de Bretagne comme ayant validé leur formation entre 2008 et 2010, 17 d'entre eux n'apparaissent pas comme intervenants dans le cadre de Profession sport 56 ou du Groupement d'employeurs sport Bretagne, soit un taux légèrement supérieur à 50% d'éducateurs sportifs formés mais n'intervenant pas en EHPAD à la date de l'étude.

Pour le département du Morbihan, le nombre d'éducateurs sportifs a doublé entre 2007/2008 et 2008/2009, puis est resté à peu près stable les années suivantes. Pour l'Ille-et-Vilaine, le nombre d'éducateurs sportifs est passé de 2 à partir de fin 2008 à 4 en 2010.

Les éducateurs sportifs pris en compte dans le cadre du recueil qualitatif ont suivi la formation « animation et maintien de l'autonomie de la personne » entre 2008 et 2011 et sont salariés de Profession sport 56 (7 d'entre eux) ou du Groupement d'employeurs sport Bretagne (3 d'entre eux).

■ La formation « animation et maintien de l'autonomie de la personne »

Les éducateurs sportifs interviewés ont pour la plupart pris connaissance de la formation auprès de leur employeur.

Le choix de suivre la formation a reposé, pour tous, sur l'opportunité qu'elle représentait de renforcer leurs capacités d'emploi et de leur donner accès à un complément d'heures de travail sur des créneaux horaires en journée (cohérents la plupart du temps avec leurs autres activités) avec la perspective éventuelle d'obtenir un CDI. Elle constituait également un moyen de diversifier leurs activités, de varier leurs publics d'intervention, voire de découvrir un nouveau public. Pour ceux qui intervenaient déjà auprès des personnes âgées, la formation représentait l'occasion d'une remise à niveau et d'un approfondissement ainsi que le moyen d'accroître leur capacité à intervenir dans ce milieu spécifique dans de bonnes conditions.

Majoritairement, les éducateurs sportifs souhaitent une formation davantage ancrée dans la pratique de terrain.

En termes de contenu, ils manifestent leur préférence pour des apports sur le contexte d'intervention, les pathologies des personnes âgées, le contenu et l'organisation des séances d'activités physiques, les grilles de test permettant d'évaluer les capacités des personnes âgées.

Les contenus de formation mentionnés comme insuffisants concernent la façon de travailler selon les pathologies des personnes et leurs besoins spécifiques, la diversification des situations et des exercices dans les ateliers, des procédures d'intervention pour chaque type d'atelier, des outils plus nombreux et mieux adaptés aux contextes des établissements et aux publics. Par ailleurs, un argumentaire sur l'intérêt médical de leur activité et sur les

exigences d'intervention est fortement souhaité notamment pour accroître leur légitimité et leur donner une base de discussion et d'échange avec leurs interlocuteurs au sein des établissements. Ce point peut d'ailleurs être mis en relation avec les éléments relatifs à la prospective (voir ci-après).

Les satisfactions ou attentes en matière pédagogique sont nettement orientées sur l'expérimentation et l'appropriation de savoir-faire : l'interactivité entre stagiaires et les travaux de groupe sont plébiscités, les expériences de terrain préalables ou plus précoces dans le déroulement de la formation sont à renforcer et à mieux préparer. L'intervention de professionnels en prise avec le terrain est à accroître, l'investissement des tuteurs dans leur mission d'appui et l'adéquation entre les établissements visités et les réalités que les éducateurs sportifs sont amenés à rencontrer en exercice professionnel par la suite sont à améliorer.

En termes logistiques, les semaines complètes de formation sont perçues comme une contrainte importante dans le cas d'une activité professionnelle concomitante ou d'une charge de famille.

Au final, les éducateurs sportifs sont essentiellement préoccupés par une opérationnalité sur le terrain, ce vers quoi tendent l'ensemble de leurs attentes.

■ L'intervention dans les établissements

La prospection pour développer l'activité est organisée par l'association employeur et confiée à un éducateur sportif missionné pour cela dès 2008 dans le Morbihan, en 2011 en Ille-et-Vilaine. L'organisation d'Olympiades rassemblant des résidents d'établissements pour personnes âgées est un excellent levier de mobilisation car elle suscite l'intérêt d'autres établissements. Les nouvelles interventions en établissements sont réparties par les associations d'employeurs et de façon pragmatique selon la disponibilité horaire et la proximité géographique des intervenants potentiels.

L'éducateur sportif animateur d'ateliers peut participer à la prospection en tant que référent territorial rémunéré sur son secteur géographique, ou à l'occasion de rencontres sur son territoire d'intervention sans temps rémunéré spécifique. Les éducateurs sportifs tentent également d'accroître leur temps de travail dans les établissements où ils interviennent déjà en faisant la démonstration de l'utilité de leur travail, mais plusieurs ne se sentent pas suffisamment armés pour développer un argumentaire crédible et/ou légitime (voir aussi à ce propos le chapitre précédent concernant la formation).

Les interventions des éducateurs présentent des configurations et des niveaux d'intégration très variables selon les établissements : soit l'intervention est traitée comme une prestation extérieure sans lien avec la vie de l'établissement et sans implication du personnel, soit l'éducateur sportif assoit peu à peu sa position dans l'établissement et construit progressivement son action en dialoguant avec le personnel présent, soit l'accompagnement initial du directeur assure l'intégration de l'action (présentation de l'action au sein du conseil de vie sociale, sensibilisation du personnel, appui d'un personnel formé ou d'un groupe projet, réalisation de bilans réguliers).

Au niveau de la communication entre les éducateurs sportifs et les personnels des établissements, là aussi les différentes situations présentent une hétérogénéité relativement élevée.

Dans la plupart des cas, un minimum d'échange s'établit entre l'éducateur sportif et le personnel mais il se trouve d'autant plus limité que l'éducateur dispose de peu d'heures d'intervention dans l'établissement et que ces temps ne sont pas formellement attribués.

Quand les collaborations existent, elles sont fonction du profil professionnel. Le directeur d'établissement assure l'organisation initiale et le suivi régulier de l'action avec l'éducateur sportif. Le personnel accompagnant quotidiennement les résidents (agent de service hospitalier, aide-soignant, animateur) est un interlocuteur informel privilégié et un relais important auprès des résidents. Les ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychologues sont ponctuellement cités comme personnes ressources et interlocuteurs auprès desquels l'éducateur sportif doit démontrer sa légitimité et la complémentarité de ses interventions. L'IDE, le médecin et le psychologue sont cités à une reprise comme interlocuteurs des transmissions. Dans tous les cas, la participation du personnel aux ateliers est évoquée comme un moyen efficace de le sensibiliser à l'intervention.

■ Le format et l'organisation des ateliers

A l'instar des éléments concernant l'intervention dans les établissements, ceux relatifs au format et à l'organisation des ateliers présentent aussi une forte hétérogénéité.

Le recrutement des résidents dans les ateliers peut être réalisé par l'éducateur sportif lui-même, parfois sur indication ou aidé du personnel, par affichage et information des résidents qui font le choix de participer ou non, ou bien par le personnel. L'avis médical préalable à la participation du résident à l'atelier n'est pas en place dans tous les établissements. L'éducateur sportif s'informe alors auprès du personnel présent. Les opinions sont partagées quant à la nécessité d'un avis médical préalable.

Le suivi individuel des résidents, quand il est réalisé, est effectué pour le propre usage de l'éducateur sportif ou en vue d'un accompagnement coordonné des personnes âgées par les différents professionnels. Il porte sur l'état de santé des bénéficiaires, le travail réalisé avec chacun, et son évolution. Le suivi peut s'appuyer, selon les cas, sur des fiches sous format papier ou informatique complétées après chaque séance, sur des bilans périodiques, sur un dossier « activité physique » spécifique inclus dans le projet de vie individualisé ou intégré dans le plan de soins informatisé. Le temps est désigné comme un atout indispensable pour connaître les participants et ainsi individualiser les consignes de travail.

Les ateliers se déclinent en divers formats, individuels ou collectifs. Les ateliers collectifs de gymnastique peuvent rassembler de 6 à 35 participants et accueillent des publics homogènes ou non : les avis ne sont pas tranchés quant à la configuration souhaitable mais une trop forte hétérogénéité du public cumulée à un nombre important de participants réduit la portée du travail réalisable et les possibilités de progression individuelle.

Les activités proposées dans les ateliers peuvent porter conjointement ou spécifiquement sur la mobilité, la souplesse, les articulations, la coordination, l'équilibre, la force musculaire, la mémoire. Un éducateur sportif ajoute à cela la mise en place d'un travail pour apprendre aux personnes âgées à tomber et à donner l'alerte, réalisé grâce à la collaboration du kinésithérapeute. Les exercices se doivent d'être ludiques et variés selon tous les éducateurs sportifs interrogés : il s'agit pour les personnes âgées de se dépenser et de passer un bon moment. Les avis sont partagés quant à la nécessité d'une normalisation des interventions, mais unanimes quant à la nécessité de leur adaptation aux résidents.

La sécurisation de l'atelier est assurée là aussi selon les cas par la capacité de l'éducateur sportif à repérer les situations à risques, par le soutien d'un autre professionnel en cas de difficulté ou de doute, ainsi que par des dispositions pratiques (aménagement de la pièce, présence d'un téléphone,...). Les locaux et l'équipement ne sont pas toujours considérés comme appropriés : des souhaits s'expriment pour la mise à disposition, lorsque ce n'est pas le cas, de salles où disposer de sécurité, de calme et de lumière.

Au final, la confrontation des entretiens conduits auprès des éducateurs sportifs révèle une hétérogénéité certaine des modalités de mise en œuvre de l'action avec les établissements. Elle concerne aussi bien l'étape de mobilisation des structures que le niveau et la nature de prise en compte de l'intervention en leur sein, ou le format et le contenu des ateliers. Cela amène les éducateurs sportifs à adopter une démarche continue d'adaptation des cadres d'intervention aux situations qu'ils rencontrent dans chaque établissement même si en filigrane ressort des entretiens le fait qu'un nombre maximal de participants favorise une individualisation des activités proposées nécessaire à l'efficacité de l'action.

■ Les bénéfices de l'action

Du point de vue des bénéfices pour les personnes âgées et selon les éducateurs sportifs interviewés, les personnes âgées témoignent de leur attente du temps d'atelier et du bien moral et physique qu'elles en retirent.

Ils rapportent, concernant les professionnels des établissements, que ceux-ci ne prennent conscience des bénéfices de l'action qu'à la condition que l'éducateur sportif intervienne suffisamment de temps dans la structure : ils constatent alors que les personnes âgées acquièrent plus d'autonomie, soulageant les personnels chargés de les accompagner dans les actes de la vie quotidienne. Des réserves sont émises en miroir quant aux bénéfices que des personnes âgées peuvent tirer d'ateliers d'une heure par semaine seulement ou pour des publics âgés accumulant les pathologies.

Globalement, il ressort des entretiens une difficulté certaine des éducateurs sportifs enquêtés à objectiver les bénéfices des ateliers pour les personnes y participant d'une part, et plus encore pour les professionnels des établissements et leurs pratiques d'autre part.

Du point de vue de l'emploi, le dispositif a permis aux éducateurs sportifs interrogés d'obtenir des temps de travail complémentaires en journée. Plusieurs souhaiteraient augmenter leurs temps sur d'autres établissements, mais les demandes portent souvent sur les mêmes créneaux horaires. Pour certains, le souhait serait d'augmenter leurs heures dans

des établissements où ils interviennent afin de gagner en reconnaissance, de développer des ateliers répondant aux besoins non couverts, de diminuer le nombre de personnes par groupe pour consacrer davantage de temps à la connaissance, à l'évaluation et au suivi individualisé des participants et ainsi améliorer leur marge de progression.

Deux propositions sont formulées pour développer l'activité : réaliser un important travail de communication pour faire connaître auprès des établissements la plus value apportée par l'éducateur sportif d'une part ; fournir aux directeurs des établissements un projet écrit et un argumentaire (voir points précédents) sur lequel ils pourraient s'appuyer pour négocier leurs demandes de financement des ateliers d'activités physiques d'autre part.

L'enquête auprès des personnes ressources, des partenaires de l'expérimentation

Objectifs

L'enquête conduite auprès des personnes ressources, des partenaires de l'expérimentation avait pour principaux objectifs :

- de caractériser l'action conduite, depuis la mise en place de la formation jusqu'à la réalisation des ateliers au sein des établissements ;
- d'identifier les difficultés de mise en œuvre de l'action ;
- de connaître leur opinion quant à l'impact de l'action sur les pratiques professionnelles des éducateurs et personnels des établissements, sur la situation physique, psychologique et sociale des bénéficiaires ;
- de recueillir leur avis sur les conditions nécessaires à la pérennisation et/ou l'extension de l'expérimentation.

Méthodologie

Le choix des personnes sollicitées pour un entretien s'est opéré avec l'appui du comité de pilotage. Dix personnes ressources ont été retenues :

- le promoteur de l'expérimentation (médecin conseil à la Direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale) ;
- le coordinateur des formations « animation et maintien de l'autonomie de la personne » au Campus d'excellence sportive de Bretagne ;

- des représentants des associations employeurs Profession sport 35, Profession sport 56 et Groupement d'employeurs sport Bretagne ;
- 4 directeurs d'établissements hébergeant des personnes âgées.

Le recueil de données est de type qualitatif par entretiens individuels semi-directifs.

Les différents axes explorés au cours des entretiens portent sur :

- Le dispositif : objectifs, financements, partenaires impliqués (DRJSCS, associations employeurs, Campus, établissements), leurs motivations, leur rôle et leurs activités, la nature et le degré de leurs relations, leurs articulations ;
- La formation : organisation, communication, accès et recrutement des stagiaires, contenu, pédagogie, formateurs, évaluation ;
- L'action dans les établissements auprès des résidents : prospection des lieux d'intervention, mise en place de l'action dans les établissements, intégration et missions de l'éducateur sportif, implication de l'établissement et du personnel, format et contenu des ateliers, évaluation de l'impact de l'action sur la dynamique de l'établissement, les pratiques professionnelles, la santé des bénéficiaires ;
- L'emploi des éducateurs sportifs : professionnalisation, contrats en établissements, pérennisation des emplois ;
- Bilan et perspectives : difficultés rencontrées et solutions mises en œuvre, perspectives d'évolution, propositions d'améliorations, freins et conditions de pérennisation et d'extension.

Ces différents axes ont été approfondis en fonction des interlocuteurs, selon leur positionnement dans le dispositif et leur connaissance de celui-ci.

L'analyse est thématique et transversale à l'ensemble des entretiens. En émane une lecture croisée du processus d'expérimentation, depuis la mise en place du dispositif jusqu'à ses possibilités de développements.

Sont ainsi successivement abordés :

- la genèse de l'action et ses modalités de mise en place ;
- la formation destinée aux éducateurs sportifs, sa mise en place et son déroulement ;
- la mobilisation des associations employeurs et la nature de leur implication ;
- l'implication des établissements et la mise en œuvre de l'action en leur sein ;
- les conditions de pérennisation et d'extension du dispositif.

Résultats

■ La genèse de l'action

Les interlocuteurs présents dès les débuts de l'expérimentation ont exprimé leur point de vue concernant les conditions et le déroulement de sa mise en place.

L'expérimentation est née d'une double préoccupation du médecin conseil de la DRJSCS, également médecin en maison de retraite : développer les débouchés professionnels des éducateurs sportifs et favoriser la santé et l'autonomie des personnes âgées par l'activité physique.

L'expérimentation a débuté dans le Morbihan. La mise à disposition par Profession sport 56 d'un éducateur sportif auprès d'un EHPAD a permis de vérifier l'intérêt d'une offre d'animation d'ateliers d'activités physiques :

- pour les personnes âgées : améliorer leur santé et leur bien-être ;
- pour le personnel de l'établissement : (re)découvrir le potentiel des personnes âgées ;
- pour les éducateurs sportifs : accéder à un complément d'heures de travail contribuant à sécuriser et à pérenniser leur emploi en diversifiant leur champ professionnel.

La deuxième étape de l'expérimentation a consisté à mettre en place les partenariats nécessaires à l'extension de l'action :

- Le ministère de la santé a été sollicité pour le financement d'une partie du coût d'intervention des éducateurs sportifs (de 2007 à 2009). Ce financement et la crédibilité que le soutien du ministère apportait au projet devaient faciliter l'adhésion des établissements et les convaincre de l'intérêt des ateliers d'activités physiques destinés aux personnes âgées.
L'objectif était à terme de faire prendre en charge l'action d'un point de vue financier par l'Agence régionale de santé pour un tiers avec la reconnaissance de l'éducateur sportif comme intervenant dans le cadre du budget soin, par les conseils généraux pour un tiers (budget dépendance), et pour un dernier tiers par les résidents (budget hébergement des établissements).
- Le Campus d'excellence sportive de Bretagne s'est vu confier la mise en place du certificat de spécialisation « animation et maintien de l'autonomie de la personne » destiné à la professionnalisation des éducateurs sportifs dans ce domaine.
- Profession sport 56 et le Groupement d'employeurs sport Bretagne ont signé une convention avec la DRJSCS leur déléguant le recrutement des éducateurs sportifs destinés à être formés et à intervenir dans les établissements pour personnes âgées, et leur donnant la mission de mobiliser ces derniers.
- Des établissements hébergeant des personnes âgées ont été rencontrés par le médecin conseil de la DRJSCS dans un premier temps. De par son appartenance institutionnelle, son statut, ses compétences et son expérience, celui-ci contribuait à donner de la

légitimité et de la crédibilité au projet. L'éducateur sportif de Profession sport 56, mis à disposition initialement pour vérifier l'intérêt de l'action, a ensuite pris le relais. Le médecin conseil a parallèlement poursuivi son action auprès des établissements.

- Une demande de financement d'un agent de développement auprès du Conseil régional n'a pas abouti en dépit d'un accord de principe.

La mise en place du dispositif s'est donc appuyée notamment sur le volontarisme du médecin conseil de la DRJSCS et sur une première expérience de terrain, à laquelle a succédé la mobilisation des ressources institutionnelles, financières et humaines nécessaires à son déploiement.

■ La formation

■ *Le recrutement des éducateurs sportifs*

Les éducateurs sportifs sont orientés vers la formation par Profession sport 56 et le Groupement d'employeurs sport Bretagne. Quelques éducateurs sportifs participent néanmoins à la formation de leur propre initiative, sans appartenir à l'une ou l'autre des associations.

L'objectif à terme est de former un maximum d'éducateurs sportifs afin de stabiliser leurs postes. Les éducateurs sportifs intéressés sont envoyés en visite préalable au sein d'un Ehpad et participent à une ou deux séances avec des intervenants formés pour vérifier leur motivation.

Les associations s'accordent pour affirmer qu'il est nécessaire que les éducateurs sportifs volontaires aient une réelle envie d'intervenir dans ce milieu.

Les éducateurs sportifs candidats à la formation ne font pas l'objet d'une sélection préalable de la part du Campus d'excellence sportive de Bretagne dans la mesure où le nombre de candidats n'excède pas le nombre de places proposées dans la session de formation annuelle. En outre, la motivation des candidats est considérée comme acquise dans la mesure où la formation n'est pas obligatoire. Un entretien de positionnement individuel est néanmoins réalisé qui porte sur l'ambition, le projet, les antécédents et formations antérieures du candidat.

Campus d'excellence sportive de Bretagne et employeurs des éducateurs sportifs soulignent le manque de visibilité quant au niveau d'adéquation entre l'offre de formation (une vingtaine de places par an) et le besoin en éducateurs sportifs formés sur le terrain. Des attentes sont formulées en termes de visibilité et de fluidité de l'information concernant ces deux indicateurs.

Parallèlement, un élargissement de l'offre de formation est souhaité ou envisagé par certaines des personnes interviewées, et ce à plusieurs niveaux :

- par la diffusion élargie, notamment dans d'autres régions, du support de communication produit par le Campus ;
- par le passage d'une à deux sessions de formation organisées dans l'année ;
- par la mise en place de la formation par d'autres organismes.

■ **L'organisation et la planification de la formation**

Selon les interlocuteurs rencontrés, la formation se déroule en alternance d'après les modalités décrites comme suit :

- Les formateurs interviennent sur 4 séquences de quelques jours chacune. Au cours de trois d'entre elles, les stagiaires sont mis en situation pédagogique pendant une heure au sein d'un établissement proche géographiquement et sont suivis par un formateur.
- Un stage pratique, accompagné par un tuteur, se déroule sur 14 jours.

Un enquêté déclare que le temps de formation, court, est adapté à un public en situation professionnelle, qui ne peut donc pas être trop sollicité.

Des difficultés d'ordre logistique sont par contre relevées concernant la coordination globale de la formation et son organisation :

- les conventions, les factures, les attestations de présence sont difficiles à obtenir ;
- l'organisation des visites dans les établissements n'est pas suffisamment anticipée : les prises de rendez-vous tardives avec les établissements ne permettent pas à ces derniers de bien préparer l'accueil des stagiaires ;
- une meilleure communication est souhaitée quant aux dates de formation afin de faciliter l'organisation prévisionnelle et la programmation du travail des éducateurs sportifs dans l'année ;
- la formation gagnerait à être concentrée sur une période moins étendue et à se dérouler prioritairement sur des temps où les éducateurs sportifs ne sont pas en emploi : l'absence d'un éducateur sportif vis-à-vis de plusieurs employeurs est compliquée à organiser.

■ **Les formateurs**

Le profil des formateurs intervenant dans la formation a évolué au fil des promotions. Le groupe actuel de formateurs est ainsi présenté au cours de différents entretiens :

- des professionnels de santé, tous impliqués auprès du public des personnes âgées et ayant des notions sur l'activité physique (infirmier en poste dans un EHPAD ; médecin de rééducation fonctionnelle ; médecin du sport ; médecin conseil de la DRJSCS...) ;
- des formateurs du Campus d'excellence sportive de Bretagne habilités à former des éducateurs sportifs ;
- des éducateurs sportifs ayant bénéficié de la formation au cours des années précédentes, intervenant en maisons de retraite et disposant d'une expertise particulière par exemple auprès de personnes se déplaçant en fauteuil roulant. Ces intervenants apportent un retour sur expérience.

D'autres intervenants sont identifiés, susceptibles d'être intéressants pour la pratique des éducateurs sportifs et de venir compléter utilement la formation selon les personnes qui les citent.

Plusieurs interlocuteurs insistent notamment sur la nécessité d'une expérience empirique, pratique des intervenants par rapport à des populations spécifiques (par exemple, atteintes de pathologies particulières).

Le recrutement d'un kinésithérapeute (envisagé par le Campus d'excellence sportive de Bretagne) est confronté à un frein majeur : le manque d'heures et de jours de formation qui pourraient lui être proposés. Plus globalement, deux personnes interviewées notent que le temps disponible de formation et le budget consacré aux intervenants, non extensibles, ne permettent pas d'accroître le nombre de formateurs.

Au-delà de ces intervenants, sont également mentionnés les éducateurs sportifs formés au cours des promotions précédentes et actuellement en poste dans les établissements, désignés comme atouts de la formation, notamment dans la fonction de tuteur de stage.

■ **Les contenus de la formation**

Selon les interlocuteurs rencontrés, la formation ne propose pas de protocole formalisé d'intervention dans les établissements même si plusieurs éléments structurants sont déclinés tout au long du déroulement de la formation :

- l'intégration de l'action dans l'établissement et la mobilisation d'un groupe «dépendance physique» ;
- le suivi des personnes âgées, la régularité des ateliers et les objectifs d'autonomie de la personne.

La formation doit permettre à l'éducateur sportif de conduire progressivement cette démarche dans les établissements, plutôt que d'en imposer les termes aux structures dès l'abord, au risque qu'elles ne leur ferment leurs portes.

De la même façon, la formation est décrite comme déroulant les différentes modalités d'intervention auprès des personnes âgées, mais sans cahier des charges formalisé. Un interlocuteur pense qu'il serait souhaitable d'en fournir un aux stagiaires notamment concernant les apports en termes de qualité de vie afin d'éviter tout risque que l'intervention ne s'oriente vers un objectif uniquement occupationnel : selon lui, cela positionnerait clairement l'intervention des éducateurs sportifs comme complémentaire au soin par rapport aux animations réalisées par des bénévoles ou des animateurs.

Par ailleurs, les éducateurs sportifs prennent connaissance de tests évaluant l'autonomie des personnes durant la formation mais là encore, les déclarations lors des entretiens ne font état d'aucun cahier des charges. Les tests sont réutilisés ou non par les éducateurs sportifs, selon leurs pratiques d'intervention.

Les différents partenaires de l'expérimentation formulent des avis variables sur les contenus de formation.

La majorité déclare que la formation a satisfait les stagiaires qui y ont trouvé un support adapté à leurs besoins de terrain. Ils considèrent également qu'elle apporte la légitimité nécessaire à l'éducateur sportif pour être référent de l'action au sein de l'établissement. Les apports sur le fonctionnement des établissements et les pathologies des personnes âgées satisfont la plupart des acteurs.

Certains évoquent néanmoins des besoins qui émergent de la pratique, auxquels la formation n'a, selon eux, pas répondu. Les attentes rapportées vis-à-vis de la formation sont les suivantes :

- une connaissance plus approfondie des personnes âgées, de leurs spécificités physiques et psychologiques et de la réalité de ce qu'elles vivent dans les établissements ;
- les modes de verbalisation avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de démence ou de dégénérescence. Pour les éducateurs sportifs intervenant auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, même si les avis divergent, une formation interne sur cette spécificité avec le groupe projet de l'établissement est suggérée ;
- des outils de communication, d'échanges et de transmission d'information pour assurer le suivi et le relais des prises en charge.

D'autres attentes sont formulées vis-à-vis des mises en situation proposées :

- des terrains plus propices caractérisés par des groupes de bénéficiaires moins hétérogènes, des lieux bien équipés, du personnel sensibilisé ;
- des temps de mise en situation plus précoces dans la formation et réévalués par rapport au temps total de formation. Concernant les stages, leur déroulement pourrait être amélioré par la rédaction d'un cahier des charges fixant les exigences vis-à-vis de l'accompagnement par le tuteur, des périodes d'apprentissage et d'observation précédant les mises en situation directes et autonomes d'animation.
- des mises en situation plus ciblées en fonction des caractéristiques des personnes âgées : prises en charge postopératoires, groupes de personnes en fauteuil roulant, situations de démence sénile, personnes âgées en début de perte d'autonomie.

Enfin, la mise en œuvre de la formation dans les établissements ne fait l'objet d'aucun retour, alors qu'un réel besoin est signalé en la matière pour mieux orienter l'action de formation.

Au final et globalement, il ressort des avis émis par les différentes personnes interviewées des divergences de vue quant à l'organisation et au contenu de la formation proposée aux éducateurs sportifs. **Des attentes se manifestent toutefois concernant une formation ancrée, plus encore qu'elle ne l'est déjà, dans les réalités du terrain, tant en termes quantitatifs que qualitatifs ainsi que sur des modalités de tutorat améliorées.**

■ La mobilisation des employeurs des éducateurs sportifs

■ *Leur engagement dans l'expérimentation*

Les employeurs des éducateurs sportifs ont vu dans l'expérimentation l'opportunité de procurer un complément d'heures de travail aux éducateurs sportifs afin de stabiliser et préserver leurs emplois, de diminuer leur situation de précarité. Initialement, le but était donc de proposer aux éducateurs sportifs une dizaine d'heures de travail hebdomadaire en établissements pour personnes âgées, sur des temps en journée, complémentaires de leurs autres temps de travail se situant plutôt en soirée, le mercredi et le samedi.

Le dispositif mis en place est donc une opportunité, selon plusieurs interlocuteurs pour développer l'activité d'éducateurs sportifs formés auprès d'un public en croissance démographique.

Au démarrage de l'expérimentation en 2008, Profession sport 56 mobilise un chargé de mission, intervenant également dans la formation. Une action est testée dans un établissement en collaboration étroite avec le médecin conseil. L'association participe à une ou deux réunions avec le Campus d'excellence sportive de Bretagne en vue de l'élaboration de la formation AMAP. Le premier objectif est alors, de motiver les éducateurs sportifs pour rejoindre ce nouveau champ d'intervention, et en premier lieu la formation.

En Ille-et-Vilaine, le dossier est ouvert en 2008 mais non suivi d'effet. Le démarrage réel est situé en 2010, avec une moindre appropriation du projet : le groupement d'employeurs ne dispose pas de l'expérience d'un éducateur sportif connaissant le terrain. Le recrutement des éducateurs sportifs destinés à se former est également restreint. De ce fait, expliquent différents interlocuteurs, la prospection des établissements ne peut réellement progresser puisque le Groupement d'employeurs sport Bretagne ne dispose pas des ressources nécessaires. Le statut du Groupement d'employeurs sport Bretagne, qui engage la responsabilité de ses adhérents (les établissements) vis-à-vis de l'association, ajoute à la complexité de la mobilisation.

Malgré la désignation en 2011 d'une personne ressource liée à l'expérimentation, la montée en charge de l'action n'en reste pas moins retardée, mais sans que l'action, ses objectifs, ses contenus, indique un interlocuteur, ne soient en cause.

L'expérimentation ne s'est pas développée dans le Finistère et les Côtes d'Armor : le Groupement d'employeurs sport Bretagne ne s'est pas engagé sur ces départements comme il l'avait envisagé initialement et les relais locaux manquent.

■ *L'offre proposée et disponible*

Les personnes enquêtées déclarent que la communication de l'offre auprès des établissements porte avant tout sur la qualité et le professionnalisme des interventions. Les moyens indiqués pour sa mise en œuvre sont : la diffusion de plaquette, le démarchage physique réalisé par le chargé de mission ou les éducateurs sportifs, le bouche-à-oreille entre établissements, l'organisation d'Olympiades interétablissements, l'organisation de réunions de présentation du projet au sein de quelques établissements où sont conviés les directeurs en s'appuyant sur leurs réseaux.

La communication doit cependant respecter le rythme de formation des éducateurs sportifs, la demande que suscite la communication auprès des établissements ne doit pas excéder les ressources disponibles, c'est-à-dire les éducateurs sportifs formés. Aussi, n'y a-t-il démarchage que s'il est possible de répondre à la demande potentielle : les établissements sont ciblés en fonction de la disponibilité des éducateurs sportifs, de leurs besoins en termes d'emploi (territoire d'intervention, nombre d'heures, créneaux horaires) car l'activité en maisons de retraite représente rarement une occupation unique pour les éducateurs sportifs (beaucoup d'entre eux souhaitent quelques heures complémentaires dans ce milieu pour approcher le temps plein et compléter leur mission principale auprès d'autres publics).

Cette stratégie, affirme un interlocuteur, est également le moyen de fidéliser l'éducateur sportif sur un territoire et dans les établissements (dans les débuts du projet, la rotation des animateurs au sein d'un même atelier n'avait pas été bien perçue car elle pénalisait le suivi des personnes âgées).

En dépit des tentatives d'ajustement entre la prospection des lieux d'intervention et la disponibilité d'éducateurs sportifs formés, des difficultés sont évoquées :

- des éducateurs sportifs formés peuvent avoir des difficultés à trouver des établissements auprès desquels intervenir, notamment parce que les créneaux horaires sur lesquels les personnes âgées peuvent participer aux ateliers sont limités, réduisant d'autant la possibilité de multiplier les interventions d'un même éducateur sportif dans différents établissements ;
- des demandes d'établissements ne sont pas satisfaites faute d'un nombre suffisant d'éducateurs sportifs formés et disponibles. En effet, les demandes d'établissements sont en augmentation alors que dans le même temps des éducateurs sportifs formés ont quitté leur employeur et que d'autres sont en cours de formation : des éducateurs sportifs sans certificat de spécialisation peuvent alors être sollicités pour intervenir (en 2011 dans le Morbihan, une partie des éducateurs qui interviennent en établissement n'ont pas encore le certificat AMAP).

Le démarchage ciblé des établissements en fonction des ressources disponibles et la fidélisation des éducateurs sportifs sur un territoire auprès de multiples publics sont deux éléments cités comme favorables à une meilleure correspondance entre l'offre et la demande.

■ L'implication des établissements

■ *L'engagement des établissements dans l'action*

Selon les directeurs interviewés, la mobilisation de leurs établissements s'appuie sur les attentes suivantes :

- l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées :
 - prévention des chutes et des escarres, verticalisation et appui, aide à la marche ;
 - bien-être, humanisation, occupation ;
 - socialisation, lutte contre l'isolement, retour vers le collectif ;

- la satisfaction des familles par rapport à l'amélioration des capacités de leurs parents ;
- la prévention des lombalgies chez le personnel grâce au travail sur la verticalisation des résidants ;
- la complémentarité des activités de l'éducateur sportif par rapport à celles du kinésithérapeute avec en filigrane une éventuelle réorientation de ces dernières :
 - assurer au sein des ateliers certains exercices que le kinésithérapeute n'a pas le temps de réaliser, par exemple l'aide à la marche ;
 - dégager le kinésithérapeute des exercices simples proposés en ateliers par l'éducateur sportif pour lui permettre de se consacrer à des actes de rééducation plus complexes.

Le rapprochement entre les établissements et les associations d'employeurs est considéré comme une stratégie à renforcer pour que ces dernières fassent mieux connaître leur action. Plusieurs moyens sont suggérés :

- inviter les établissements aux assemblées générales des associations d'employeurs ;
- dans le Morbihan, les Olympiades et leurs réunions de préparation sont considérées comme un moyen de renforcer les contacts, elles ont été mises en place à cet effet et sont donc à reconduire.

Par ailleurs, en Ile-et-Vilaine, l'existence conjointe de Profession sport 35 et du Groupement d'employeurs sport Bretagne crée, de l'avis de plusieurs interlocuteurs, une certaine confusion pour les partenaires, d'autant plus que la même personne gère les deux structures. Le manque de lisibilité concernant l'échelon géographique du groupement d'employeurs (départemental ou régional ?) génère, semble-t-il, des difficultés pour identifier le niveau territorial du financeur (départemental ou régional ?). En outre, explique une personne interviewée, les statuts du groupement d'employeurs imposent aux adhérents de l'association (donc en particulier aux établissements rejoignant le dispositif) une coresponsabilité vis-à-vis de la gestion de l'association. Or les établissements publics n'ont juridiquement pas le droit de s'engager dans ce type de contractualisation. Pour pallier cette impossibilité et obtenir la mise à disposition d'éducateurs sportifs, les établissements concernés doivent donc contractualiser avec Profession sport 35, dont les statuts n'imposent pas cette solidarité financière aux adhérents.

■ **Les modalités d'intégration dans les établissements**

Les établissements pris en compte dans la présente enquête présentent des niveaux d'intégration différents : certains sont peu structurés à ce niveau, d'autres organisent concrètement leur collaboration avec l'éducateur sportif afin que le dispositif et son intervenant soient identifiés par le personnel et n'en restent pas à une simple prestation extérieure.

Différentes stratégies sont décrites qui permettent à ces établissements de favoriser les collaborations :

- dans un premier temps :
 - l'information écrite et la présentation orale de l'éducateur sportif et de son action auprès des professionnels intervenant dans l'établissement et du conseil de vie sociale ;

- la sensibilisation du personnel, la formation de l'équipe à l'animation sportive, l'incitation à participer aux premiers ateliers afin que le personnel identifie l'éducateur sportif et le dispositif ;
- la rédaction d'un projet d'intervention par le personnel et l'animateur sportif, décrivant sa mise en place, sa plus-value, son organisation ;
- dans la durée :
 - le partage d'un bureau entre l'éducateur sportif et un membre du personnel, par exemple l'animateur ;
 - l'affichage hebdomadaire de l'activité de l'éducateur sportif ;
 - l'accompagnement de l'action par des membres du personnel (par exemple aide-soignant et animateur), qui servent de relais auprès de leurs collègues, permettant visibilité et échanges, reconnaissance et collaborations ;
 - les échanges ou la transmission écrite avant et après chaque intervention ;
 - la présence de l'éducateur sportif aux réunions de service.

Certains de ces éléments pouvant faire l'objet d'une procédure écrite de collaboration entre le personnel et l'éducateur sportif pour favoriser les modalités de communication et de coordination.

Les modalités d'intégration des éducateurs sportifs sont donc hétérogènes, ce qui est considéré comme logique par plusieurs acteurs interviewés, étant donné la diversité des publics, des fonctionnements, des besoins et des priorités, propres à chaque établissement.

Toutefois deux conditions sont citées comme indispensables à l'intervention des éducateurs sportifs, même si celles-ci ne sont pas toujours mises en œuvre : l'existence d'un référent et l'intégration des éducateurs sportifs dans les équipes.

Les avis divergent par contre quant au moyen de les obtenir :

- Pour certains interlocuteurs, l'association employant l'éducateur sportif devrait veiller à ce que l'établissement l'organise afin de sécuriser l'intervenant. Deux temps sont indiqués comme propices à ce travail :
 - au départ, par une meilleure introduction de l'éducateur sportif auprès du directeur et du personnel pour qu'ils favorisent la mise en place de l'action ;
 - à l'issue d'une année d'intervention par une évaluation proposée à l'établissement pour voir comment l'améliorer.
- Pour d'autres, il est préférable de laisser l'éducateur sportif procéder lui-même. Ses propositions s'ajustent mieux à ce que la structure peut accepter, selon sa sensibilisation progressive à l'action et à son intérêt.

En tout état de cause et vis-à-vis du suivi de l'action, une rencontre initiale entre l'association d'employeurs et les établissements semble pertinente pour les interlocuteurs interviewés, rencontre suivie à minima d'un contact annuel dans l'objectif de réaliser une évaluation quantitative et qualitative de l'action développée par l'éducateur sportif.

■ La mise en œuvre des ateliers

Concernant le travail réalisé avec les personnes âgées elles-mêmes et selon les établissements, un protocole d'intervention peut exister selon les publics mais il ne s'agit pas «de recette toute faite» déclare un interlocuteur : chaque bénéficiaire est spécifique, avec son vécu, sa situation, ses pathologies, son état de santé,... les éducateurs sportifs sont donc formés pour s'adapter à chaque situation à partir des techniques de base qui leur sont transmises. Ils sont également formés pour ne pas mettre en danger les personnes âgées, précise-t-il. Par ailleurs, ils doivent s'adapter aux conditions d'intervention (nombre d'heures d'intervention par exemple) et aux souhaits des établissements (ateliers individuels et/ou collectifs, types d'exercices par exemple).

C'est ainsi que, hormis la continuité de participation des résidents qui semble généralement assurée au sein des établissements dont la direction a été interviewée, le suivi des résidents peut s'appuyer, ou non selon les cas de figure, sur les procédures et outils suivants :

- Pour décider du recrutement des participants aux ateliers : discussion en réunion de service entre le cadre IDE, le psychologue, le médecin coordinateur, le directeur, évalué ensuite par l'éducateur sportif avec le résident ;
- Pour sécuriser les ateliers : avis médical, certificat de non contre-indication du médecin traitant ou avis paramédical ;
- Pour adapter les exercices et activités aux personnes : tests individuels réalisés par l'éducateur sportif ;
- Pour réévaluer régulièrement la prise en charge en collaboration avec le personnel : intégration au projet de vie individualisé ;
- Pour prévenir l'éducateur sportif d'incapacités ou de limites temporaires, de difficultés qu'il ne peut percevoir n'étant pas présent dans le quotidien des personnes âgées : information de l'intervenant par l'aide-soignant qui transfère les personnes âgées vers l'atelier ;
- Pour assurer la continuité du travail de l'éducateur sportif auprès des résidents : formation interne de personnels (notamment la sensibilisation sur les capacités et le potentiel des personnes âgées, sur les activités physiques et leurs limites, sur la verticalisation des personnes lors des transferts plutôt que l'utilisation du fauteuil roulant pour les déplacer).

Sur le plan logistique, des remarques sont formulées quant à l'exiguïté de salles et au manque de matériel même si des acquisitions de kits pédagogiques ont été réalisées par un employeur à la date de l'interview.

Depuis l'engagement des établissements dans l'action jusqu'à la mise en place des ateliers en leur sein, les modalités se révèlent spécifiques à chaque structure, le développement de l'action présentant de fait une hétérogénéité relativement élevée.

■ Les conditions de pérennisation et d'extension

Contextuellement, un interlocuteur évoque certaines évolutions sociétales favorables au projet. En premier lieu, les établissements sont confrontés à une véritable difficulté pour faire intervenir des kinésithérapeutes. En second lieu, l'activité physique comme levier de santé entre peu à peu dans les mœurs et le 4^e âge (en augmentation démographique) devient un creuset de futurs emplois, peut-être à terme plus important que les publics actuels des éducateurs sportifs.

■ Le financement

Le financement national a été facilitateur pour amorcer l'action, de l'avis des acteurs qui se sont exprimés sur ce sujet. A présent, selon une personne interviewée, de par la crédibilité acquise, les résultats obtenus et la sensibilisation progressive des différents acteurs à l'intérêt du dispositif, l'action peut être considérée comme viable sans ces financements nationaux. Les employeurs des éducateurs sportifs et les directeurs d'établissements devraient à présent, affirme-t-il, être en mesure de trouver par eux-mêmes les financements nécessaires. L'interlocuteur reconnaît néanmoins que cela reste plus difficile pour les établissements qui ne sont pas encore impliqués et peuvent donc être moins conscients des bénéfices potentiels des ateliers.

La motivation des établissements engagés et la capacité de l'éducateur sportif à porter le projet et à convaincre les structures, où différents projets sont en concurrence financière, sont désignées comme ayant une large part dans la possibilité de dépasser les freins financiers même si des aides complémentaires faciliteraient, selon une des personnes interrogées, la pérennisation de l'action et l'augmentation du nombre d'heures d'intervention dans les établissements déjà impliqués et convaincus de l'intérêt de l'action.

■ Les stratégies d'action

Différentes stratégies d'action sont repérées par les acteurs interviewés comme devant favoriser le développement et la pérennisation de l'activité. Sont ainsi cités :

- **Les atouts fondamentaux intrinsèques du projet :**
 - le paiement par prestation qui favorise l'adhésion des établissements ;
 - l'éducateur sportif est un professionnel formé qui dispose d'un vrai statut grâce à un employeur unique ;
 - les associations employant les éducateurs sportifs permettent de disposer d'un réservoir stable de ressources et d'offre de prestations.
- **Les acteurs du développement :**
 - Les capacités de mobilisation des établissements hébergeant des personnes âgées sont réelles : les Olympiades témoignent de cette capacité. En 2011, 26 établissements étaient représentés avec 260 résidents.
 - o Un outil supplémentaire de mobilisation des établissements autour de l'activité physique est actuellement soutenu et développé : les parcours santé qui permettent au personnel des établissements d'accompagner les résidents dans des activités physiques.

- o Les structures mobilisables sont encore nombreuses dans le Morbihan et l'Ille-et-Vilaine. L'extension est à envisager dans les Côtes d'Armor et le Finistère. Une reprise nationale grâce à la reconnaissance ministérielle du projet comme action pilote pourrait être réalisée.
- L'action peut perdurer par elle-même maintenant que la formation est en place et les employeurs d'éducateurs sportifs en prospection d'emplois grâce au recrutement d'agents de développement.
 - o Le rapprochement de Profession sport 56 et du Groupement d'employeurs sport Bretagne pour un partage d'expérience, la réponse commune à des appels à projets favoriserait le potentiel de développement.
- L'existence d'un référent régional reste indispensable pour maintenir la dynamique de l'action et assurer la coordination entre les acteurs du projet.
 - o La formation d'un relais du médecin conseil à l'initiative de l'action est en cours.
- Au niveau politique et stratégique, les objectifs du développement sont à définir et le potentiel à préciser :
 - o en recensant les demandes non satisfaites, les établissements mobilisables, les éducateurs sportifs disponibles formés ou susceptibles d'être formés ;
 - o en veillant à l'adéquation entre le rythme de formation des éducateurs sportifs et la politique de développement des employeurs des éducateurs sportifs (la fluidité et le contenu des informations échangées avec l'organisme de formation sont à préciser).

- **Les éléments de développement concernant les intervenants :**

- La formation de tous les éducateurs sportifs intervenants est indispensable car les associations les employant sont responsables de leurs interventions auprès des résidents. La formation pourrait être élargie à différents niveaux :
 - o l'inclusion de la compétence au sein d'autres formations (BPJEPS, DEJEPS,...),
 - o l'organisation de deux sessions par an,
 - o le rapprochement des certificats de spécialisation « animation et maintien de l'autonomie de la personne » et « personnes handicapées » pour couvrir davantage le public EHPAD,
 - o l'actualisation des connaissances des éducateurs sportifs formés, leur perfectionnement sur des publics spécifiques et les modes d'action appropriés (en termes de savoir-faire et de savoir-être, notamment dans la relation respectueuse aux personnes âgées) ;
- Une offre d'heures complémentaires de travail en maison de retraite est plus favorable au recrutement d'éducateurs sportifs qu'une offre de temps plein : l'action est une solution, parmi d'autres, pour stabiliser et préserver les emplois avec quelques heures en journée, complémentaires aux horaires classiques des éducateurs dans les clubs (soir, week-end,...). Toutefois, l'offre d'heures complémentaires doit être suffisante dans l'établissement pour fidéliser l'éducateur sportif, éviter les rotations d'intervenants et potentialiser l'impact positif de l'action.
- Des retours sur expériences et des évaluations régulières permettraient la mise en commun des problématiques auxquelles sont confrontés les éducateurs sportifs et des solutions apportées, l'identification des besoins d'adaptation de la formation au terrain, de la politique commerciale, des interventions, une mutualisation des pratiques (par Internet ou dans le cadre de regroupements spécifiquement financés). Et ce, même s'il semble difficile de trouver des temps communs de rassemblement entre éducateurs sportifs compte tenu de leurs emplois du temps.

■ L'évaluation

Interrogés sur ce point, les partenaires et personnes ressources sollicités dans la présente enquête ont déclaré que les actions n'avaient pas fait l'objet d'évaluations permettant d'objectiver leurs bénéfices, que ce soit vis-à-vis :

- de l'autonomie, de la qualité de vie, de la remobilisation et la socialisation des bénéficiaires des ateliers, dont tous les interlocuteurs sont néanmoins convaincus ;
- des pratiques professionnelles au sein des établissements, caractérisées par une évolution des prises en charge selon certains interlocuteurs.

Plusieurs objets d'évaluation en continu, qui favoriseraient la promotion de l'action et sa conduite ainsi que son amélioration, sont nommés par les partenaires de l'expérimentation :

- Le processus d'intervention des éducateurs sportifs : tableau de bord des activités, retours des établissements sur les actions menées, niveau d'intégration dans l'établissement et implication du personnel ;
- L'impact de l'action sur l'emploi des éducateurs sportifs : leur employabilité, le nombre d'heures d'intervention, la continuité de l'emploi ;
- L'impact de l'action sur les pratiques en matière d'activités physiques dans les établissements : kinésithérapie, plans d'aide à la marche, suivi des personnes et tests d'autonomie ;
- L'impact de l'action sur la santé et le bien-être des résidents : retour des kinésithérapeutes ; évolution des chutes par rapport à un groupe témoin.

Au final, de l'avis de tous les interlocuteurs interrogés, le dispositif est à poursuivre et à renforcer. Mais son maintien ou son développement dépend de plusieurs conditions, notamment de l'engagement et de l'articulation des acteurs concernés.

Synthèse des résultats

■ La mise en place de l'action

La mise en place du dispositif, telle que décrite par les personnes interviewées, s'est appuyée sur une première expérience de terrain et sur le volontarisme du promoteur de l'expérimentation, auxquels ont succédé la mobilisation des ressources institutionnelles, financières et humaines nécessaires à son déploiement.

■ La formation

Dans la plupart des cas, les éducateurs sportifs sont dirigés vers la formation par les associations les employant. Ces dernières s'accordent pour affirmer que les éducateurs sportifs volontaires doivent avoir une réelle envie d'intervenir dans ce milieu. Les candidats ne font pas l'objet d'une sélection préalable de la part du Campus d'excellence sportive de Bretagne dans la mesure où leur nombre n'excède pas le nombre de places disponibles.

Des difficultés d'ordre logistique sont relevées concernant l'organisation de la formation : documents administratifs difficiles à obtenir, visites des stagiaires dans les établissements insuffisamment préparées, dates de formation communiquées trop tardivement et peu appropriées aux contraintes professionnelles des éducateurs sportifs en emploi.

Le profil des formateurs intervenant dans la formation a évolué au fil des promotions, indiquent les partenaires de l'expérimentation. En 2011, ce sont des professionnels de santé impliqués auprès du public des personnes âgées et ayant des notions sur l'activité physique, des formateurs du Campus d'excellence sportive habilités à former des éducateurs sportifs, des éducateurs sportifs ayant bénéficié de la formation et disposant d'une expertise de terrain spécifique. De l'avis de plusieurs acteurs, le recours à d'autres intervenants, disposant notamment d'une pratique spécialisée auprès des personnes âgées, serait intéressant mais temps de formation et budgets ne sont pas extensibles, opposent d'autres interlocuteurs.

La formation n'est pas présentée par les partenaires de l'action comme proposant un protocole formalisé d'intervention dans les établissements mais comme déclinant ce protocole tout au long du déroulement de la formation : l'intégration de l'action dans l'établissement et la mobilisation d'un groupe «dépendance physique», le suivi des personnes âgées et la régularité des ateliers. La formation doit permettre à l'éducateur sportif d'introduire cette démarche dans les établissements. **Il en est de même du cahier des charges d'intervention auprès des personnes âgées** qu'il serait souhaitable, selon certains interlocuteurs, de formaliser afin de positionner clairement l'intervention des éducateurs sportifs comme complémentaire du soin.

Les différents partenaires de l'expérimentation formulent des avis variables sur les contenus de formation. Certains déclarent que les stagiaires y trouvent un soutien adapté à leurs besoins de terrain, que ces contenus leur apportent la légitimité nécessaire pour être référent de l'action au sein de l'établissement. Les apports sur le fonctionnement des établissements et les pathologies des personnes âgées satisfont la plupart des acteurs.

Certains évoquent néanmoins des besoins qui émergent de la pratique, auxquels la formation n'a, selon eux, pas suffisamment répondu. Cela concerne la connaissance approfondie des personnes âgées, de leurs spécificités, de leurs vécus et de la façon de travailler en fonction de leurs pathologies, la capacité des éducateurs sportifs à collaborer avec le personnel, les outils de communication, d'échanges et de transmission d'information pour assurer le suivi et le relais des prises en charge.

Des mises en situation plus précoces et nombreuses, dans des établissements expérimentés et ciblés en fonction des caractéristiques des personnes âgées ainsi que la rédaction d'un cahier des charges des stages fixant les exigences vis-à-vis de l'accompagnement par le tuteur sont souhaitées. Un retour et une mutualisation sur la mise en œuvre de la formation dans les établissements serait une aide pour mieux orienter l'action de formation.

Enfin, organisme de formation et employeurs des éducateurs sportifs soulignent le manque de visibilité sur le niveau d'adéquation entre l'offre de formation et le besoin en éducateurs sportifs formés sur le terrain. Malgré tout, un élargissement de l'offre de formation est souhaité ou envisagé par certains partenaires de l'expérimentation : par une communication élargie, par le passage à deux sessions par an, par la mise en place de la formation par d'autres organismes.

Au final et globalement, il ressort des avis émis par les différentes personnes interviewées des divergences de vue quant à l'organisation et au contenu de la formation proposée aux éducateurs sportifs. Des attentes se manifestent toutefois concernant une formation ancrée, plus encore qu'elle ne l'est déjà dans les réalités du terrain, notamment vis-à-vis des spécificités liées aux caractéristiques des personnes âgées selon leurs pathologies.

■ La mobilisation des employeurs des éducateurs sportifs

Les employeurs des éducateurs sportifs déclarent que l'expérimentation représente une opportunité de stabiliser et préserver l'emploi des éducateurs sportifs : l'objectif était de leur proposer une dizaine d'heures de travail hebdomadaires en établissements pour personnes âgées, sur des temps en journée, complémentaires de leurs autres temps de travail se situant plutôt en soirée, le mercredi et le samedi.

Le recrutement des éducateurs sportifs destinés à se former est restreint actuellement à une session annuelle organisée par un seul organisme formateur, limitant selon certains interlocuteurs les possibilités d'offre aux établissements.

Les partenaires de l'action indiquent que **les établissements sont actuellement ciblés** en fonction de la disponibilité des éducateurs sportifs, de leurs besoins en termes d'emploi (territoire d'intervention, nombre d'heures, créneaux horaires) : beaucoup d'entre eux souhaitent en effet quelques heures d'intervention dans ce milieu pour approcher le temps plein et compléter leur mission principale auprès d'autres publics. Cette stratégie vise également à fidéliser l'éducateur sportif sur un territoire et dans les établissements.

Pourtant, les acteurs interviewés font état de difficultés pour certains éducateurs sportifs à trouver des établissements auprès desquels intervenir. Dans le même temps, ils ajoutent que des demandes d'établissements ne sont pas satisfaites faute d'un nombre suffisant d'éducateurs sportifs formés et disponibles sur le territoire concerné. Des éducateurs sportifs sans certificat de spécialisation peuvent alors être sollicités.

Par ailleurs, d'après les indications fournies au cours des entretiens, **la communication de l'offre auprès des établissements** est réalisée par diffusion de plaquettes, démarchage physique du chargé de mission ou des éducateurs sportifs, réunions de présentation du projet au sein de quelques établissements où sont conviés d'autres directeurs en s'appuyant sur leurs réseaux et organisation d'Olympiades interétablissements qui constituent un vecteur précieux de visibilité et de promotion de l'action auprès des établissements.

Au final, le démarchage ciblé des établissements en fonction des ressources disponibles et la fidélisation des éducateurs sportifs sur un territoire sont deux éléments cités comme favorables à une meilleure correspondance entre l'offre et la demande.

■ L'implication des établissements

La contractualisation entre les établissements et les employeurs des éducateurs sportifs s'établit par convention. Leurs contacts sont ensuite occasionnels et peuvent être considérés comme insuffisants par un certain nombre d'interlocuteurs. Dans le Morbihan, les réunions de préparation des Olympiades sont un moyen de les développer. Les rapprochements sont considérés comme une stratégie à renforcer, par exemple en invitant les établissements à leurs assemblées générales, en multipliant les contacts de terrain.

■ L'intégration de l'action

Les quatre établissements concernés par le présent recueil souhaitent mettre en place des ateliers d'activités physiques notamment pour améliorer la santé et la qualité de vie de leurs résidents, prévenir les lombalgies chez le personnel grâce au travail sur la verticalisation des résidents, renforcer ou réorienter les activités de kinésithérapie vers des prises en charge complexes.

Certains des établissements interrogés organisent concrètement leur collaboration avec l'éducateur sportif afin que le dispositif et son intervenant soient identifiés par le personnel. Les directeurs s'assurent que le personnel est informé, sensibilisé et/ou formé, et qu'il prend part à la construction et à la mise en œuvre du projet.

Néanmoins, les interventions et les modalités d'intégration des éducateurs sportifs apparaissent fortement hétérogènes du fait de publics, de fonctionnements, de besoins et de priorités propres à chaque établissement. Deux conditions sont pourtant citées comme indispensables à leur intervention : l'existence d'un référent et leur intégration dans l'équipe. Les avis divergent quant au moyen de les assurer : soit la responsabilité en revient à l'association employant l'éducateur sportif au départ puis par une évaluation régulière de l'action, soit il est préférable de laisser l'éducateur sportif procéder lui-même car ses propositions s'ajustent mieux à ce que la structure peut accepter, selon sa sensibilisation

progressive à l'action et à son intérêt. En tout état de cause, une procédure écrite relative aux modalités de communication et de coordination spécifiques à chaque établissement pourrait être promue contribuant à sécuriser l'intervention des éducateurs sportifs.

Hormis la continuité de participation des résidents qui semble assurée dans la plupart des situations pour les établissements interviewés, **le suivi des résidents**, peut s'appuyer ou non selon les cas, sur des procédures et outils de recrutement, d'adaptation des activités, de suivi des résidents et de poursuite du travail par le personnel. A partir des techniques de base qui leur sont transmises, les éducateurs sportifs s'adaptent à chaque situation.

Sur le plan logistique, des remarques sont formulées quant à l'exiguïté de salles et au manque de matériel même si des acquisitions de kits pédagogiques sont susceptibles d'être mises en œuvre.

Au final, depuis l'engagement des établissements dans l'action jusqu'à la mise en place des ateliers en leur sein, dont les modalités sont spécifiques à chaque structure, le développement de l'action se révèle relativement hétérogène. Cette hétérogénéité, probablement garante d'une souplesse et d'une adaptation nécessaire à chaque établissement, pourrait malgré tout être limitée par un socle minimal relatif notamment aux conditions de mise en œuvre susceptible de contribuer à la qualité des interventions des éducateurs.

■ L'évaluation

Les différents interlocuteurs font état de l'absence d'évaluation qui permettrait d'objectiver les bénéfices de l'action. Ils se déclarent néanmoins convaincus de ses apports en termes d'autonomie, de qualité de vie, de remobilisation et de socialisation des bénéficiaires. Certains constatent une évolution des pratiques professionnelles au sein des établissements. Plusieurs objets d'évaluation favorisant la promotion de l'action, sa conduite et son amélioration sont cités comme devant être promus par les partenaires de l'expérimentation :

- le processus d'intervention des éducateurs sportifs : tableau de bord des activités, retours des établissements sur les actions menées, niveau d'intégration dans l'établissement et implication du personnel, développements et perspectives ;
- l'impact de l'action sur l'emploi des éducateurs sportifs : leur employabilité, le nombre d'heures d'intervention, la continuité de l'emploi ;
- l'impact de l'action sur l'offre en matière d'activités physiques dans les établissements : complémentarité avec la kinésithérapie, plans d'aide à la marche, suivi des personnes et tests d'autonomie ;
- l'impact de l'action sur la santé et le bien-être des résidents : retour des kinésithérapeutes ; évolution des chutes par rapport à un groupe témoin.

■ Les conditions de pérennisation et d'extension

Contextuellement, les évolutions sociétales sont perçues comme favorables au projet par certains interlocuteurs : moins de kinésithérapeutes dans les établissements, plus de demande d'activités physiques en faveur de la santé, un 4^e âge en augmentation démographique creuset de futurs emplois.

Pour plusieurs personnes interrogées, l'action représente pour l'instant une solution parmi d'autres pour stabiliser et préserver les emplois avec quelques heures en journée, complémentaires aux horaires classiques des éducateurs dans les clubs (soir, week-end,...) ; toutefois, l'offre d'heures complémentaires doit être suffisante dans l'établissement pour fidéliser l'éducateur sportif et éviter les rotations d'intervenants.

De par la crédibilité acquise, les résultats obtenus et la sensibilisation des tutelles locales, l'action est considérée par certains interlocuteurs comme viable sans les financements nationaux même si la majorité reconnaît les limites financières des établissements : la formation est en place, des agents de développement sont recrutés par les associations employant les éducateurs sportifs, la motivation des établissements engagés et la capacité de l'éducateur sportif à porter le projet et à convaincre les structures peut permettre de dépasser les freins financiers. Des aides complémentaires n'en faciliteraient pas moins la pérennisation de l'action et l'augmentation du nombre d'heures d'intervention dans les établissements déjà impliqués et convaincus de l'intérêt de l'action.

Les atouts fondamentaux du projet soulignés par différents interlocuteurs sont la liberté que le paiement par prestation octroie aux établissements, la formation et l'employeur unique de l'éducateur sportif, le réservoir stable de ressources et d'offre de prestations procurés par les associations recrutant les éducateurs sportifs.

Le pilotage de l'action, de l'avis de partenaires de l'expérimentation, doit passer par le maintien d'un référent régional pour assurer la dynamique de l'action et la définition d'objectifs de développement à préciser au regard du potentiel (demandes non satisfaites, établissements mobilisables, éducateurs sportifs disponibles formés ou susceptibles d'être formés, adéquation entre le rythme de formation des éducateurs sportifs et la politique de développement de leurs employeurs).

Sur le plan opérationnel, les propositions des personnes interviewées portent sur un rapprochement de Profession sport 56 et du Groupement d'employeurs sport Bretagne pour permettre un partage d'expérience et réaliser des réponses communes à des appels à projets. Par ailleurs, plusieurs interlocuteurs envisagent l'élargissement de la formation en l'introduisant dans d'autres cursus (BPJEPS, DEJEPS,...), en organisant une session supplémentaire par an, en rapprochant les certificats de spécialisation « animation et maintien de l'autonomie de la personne » et « personnes handicapées » ou bien encore en actualisant les connaissances des éducateurs sportifs formés et en les perfectionnant sur des publics spécifiques et des modes d'action appropriés.

Des retours sur expériences et des évaluations régulières permettraient également : la mise en commun des problématiques auxquelles sont confrontés les éducateurs sportifs et des solutions apportées ; l'identification des besoins d'adaptation de la formation au terrain, ainsi qu'une mutualisation des pratiques.

De l'avis de tous les interlocuteurs interrogés, le dispositif est à poursuivre et à renforcer.

L'enquête d'ordre médico-économique

Objectifs

Les données probantes en lien avec l'impact médico-économique de l'activité physique chez les personnes âgées montrent que « *la pratique régulière d'une activité physique permet de retarder ou de ralentir certains processus délétères liés au vieillissement* »⁴⁰ et « *a un effet bénéfique sur les limitations fonctionnelles* »⁴¹.

« *La spirale du déclin fonctionnel qui se met en place au cours du vieillissement est en grande partie due au rôle de la fonction musculaire qui se dégrade progressivement et se caractérise par une réduction de la masse musculaire ou sarcopénie. La pratique d'une activité physique contribue donc au maintien de la fonction musculaire nécessaire à la mobilité chez le sujet âgé [...] En effet, une faiblesse musculaire est fréquemment associée à une mobilité réduite, un risque accru d'incapacité et à des chutes. Cette altération de la fonction musculaire est potentiellement réversible par le suivi de programme d'activité physique à base d'exercices contre résistance ou d'exercices en endurance* »⁴².

« *Les programmes combinant des exercices d'équilibre, de renforcement musculaire des membres inférieurs, de souplesse et/ou d'endurance permettent de réduire le risque de chutes chez le sujet âgé. Plusieurs études ont montré un taux d'incidence des fractures de col du fémur de 20 à 40 % plus faible chez les individus qui déclarent être physiquement actifs comparés à des sujets sédentaires* »⁴³.

« *Même chez le sujet âgé fragile, l'activité physique pourrait avoir un intérêt particulier par son action bénéfique sur différents paramètres. En effet, des études ont démontré des gains très significatifs à la fois sur le plan de la mobilité, de l'équilibre, de la souplesse et de la force musculaire mais également de la chute et des blessures associées, dans cette population* »⁴⁴.

⁴⁰ Activité physique. Contextes et effets sur la santé / Institut national de la santé et de la recherche médicale. Paris : Les éditions Inserm, 2008 (Expertise collective). p. 611.

⁴¹ Inserm, 2008, p. 612

⁴² Activité physique. Contextes et effets sur la santé. Synthèse et recommandations / Institut national de la santé et de la recherche médicale. Paris : Les éditions Inserm, 2008 (Expertise collective). p. 98

⁴³ Inserm, 2008 (synthèse), pp. 98-99

⁴⁴ Inserm, 2008 (synthèse), p. 99

L'intervention des éducateurs sportifs, si elle est adaptée au public âgé des EHPAD, pourrait donc agir sur ces différents facteurs de santé et par répercussion sur les coûts de prise en charge. C'est ce que doit tenter de vérifier une première approche d'évaluation de l'impact médico-économique de l'expérimentation : une diminution du recours aux soins et aux ressources professionnelles pour accompagner la personne âgée dans la vie quotidienne.

Méthodologie

■ Recueils de données potentiellement disponibles dans les établissements

Parmi les renseignements sollicités auprès des établissements lors de la première enquête (enquête « établissements »), figurait l'évolution dans le temps des GIR des bénéficiaires de l'action en 2010. Seules 7 structures ont renseigné les groupes iso-ressources des bénéficiaires à l'entrée dans l'établissement, à l'inclusion dans l'action, et au dernier relevé. Il aurait été intéressant de comparer les pentes de progression de la dépendance avant et après l'inclusion dans l'action, afin d'étudier l'impact de l'action sur un ralentissement potentiel de la perte d'autonomie. Ne pouvant s'appuyer que sur un faible nombre de répondants, et sur une information imprécise concernant les délais (entre l'entrée dans l'établissement et l'inclusion dans l'action ; entre l'inclusion dans l'action et le dernier relevé), cette analyse ne peut être conduite.

Par ailleurs, la section 4 du questionnaire « établissement » visait à identifier les indicateurs disponibles dans les établissements, sur lesquels pourrait s'appuyer l'évaluation médico-économique pour mesurer l'impact de l'action sur l'état de santé des bénéficiaires et les coûts de prise en charge engendrés. Les résultats sont les suivants :

Tableau 15 : Nombre d'établissements utilisant les tests d'état nutritionnel, d'équilibre, de posture et de force musculaire

	Test utilisé régulièrement	Test utilisé ponctuellement	Test non utilisé
MNA	6	9	6
Get up and go	3	8	11
Tinetti	1	4	16
TMM	1	1	19
Grip test	-	2	20

Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

Tableau 16 : Nombre d'établissements procédant au relevé individuel des mises au fauteuil, des lieux de repas, des participations aux animations et des évolutions des variables discriminantes du GIR, ou pouvant le mettre en place

	Indicateur suivi	Indicateur non suivi	Indicateur pouvant être mis en place
Mise au fauteuil	14	6	5
Lieux des repas	19	3	3
Participation aux animations	21	1	1
Evolution de variables discriminantes du GIR	20	2	1

Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

Tableau 17 : Nombre d'établissements procédant au relevé individuel des chutes et de leurs conséquences, des actes de kinésithérapie et des motifs de leur prescription ou susceptibles de le mettre en place

	Recueil réalisé	Recueil non réalisé	Recueil pouvant être mis en place
Relevé individuel des chutes	21	1	1
Conséquences des chutes	20	2	1
Actes de kinésithérapie prescrits	18	3	3
Motifs de prescription des actes de kinésithérapie	16	5	3

Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

Aucun des tests mentionnés pour mesurer l'état nutritionnel (MNA), l'équilibre et la posture (Get up and go, Tinetti, TMM) ainsi que la force musculaire (Grip test), n'est utilisé de façon régulière par une majorité de structures. De ce fait, les indicateurs qu'ils auraient pu fournir ne peuvent faire l'objet d'une étude rétrospective entre la période précédant l'entrée dans l'action et la période succédant à la mise en œuvre de l'activité.

Les indicateurs relatifs à la mise au fauteuil, aux lieux de repas, à la participation aux animations et à l'évolution dans le temps des variables discriminantes du GIR sont disponibles dans une majorité d'établissements et, selon les déclarations, leur relevé peut être mis en place dans la plupart des établissements où ils ne sont pas effectifs.

Toutefois la série d'indicateurs ne peut être retenue en raison des biais que leur analyse peut introduire si une exploration qualitative n'est pas opérée. En effet, les indicateurs « mise au fauteuil », « lieux de repas », « participation aux animations », « évolution dans le temps des variables discriminantes du GIR » requerraient, pour être exploitables, le recueil d'informations biographiques concernant chaque bénéficiaire sur les causes des possibles évolutions constatées.

La confidentialité des dossiers nécessiterait un traitement des informations par les établissements. Or ceux-ci ne sont pas mobilisables sur un travail conséquent qui leur réclamerait d'y consacrer un temps important.

Enfin, le relevé des chutes et de leurs conséquences est effectif dans la plupart des établissements ou peut être mis en place. Il en va de même des actes de kinésithérapie et de leurs motifs de prescription.

Les deux indicateurs envisagés pour la mise en place de l'enquête médico-économique sont donc :

1. L'évolution des chutes et de leurs conséquences ;
2. L'évolution des motifs de prescription d'actes de kinésithérapie.

Les actes de kinésithérapie sont prescrits par le médecin traitant du patient. Les motifs de prescription pourraient faire l'objet d'une analyse pour déterminer si l'intervention de l'éducateur sportif contribue à faire diminuer certaines prescriptions portant sur des capacités fonctionnelles que les ateliers permettraient d'améliorer. Toutefois plusieurs paramètres, autres que les besoins du patient, conditionnent l'ampleur des prescriptions de ces actes. Deux ont pu être isolés avec l'aide de directeurs d'EHPAD :

- Le rythme de passage du médecin traitant dans l'établissement, et donc des prescriptions qu'il réalise, peut être fonction de la proximité ou de l'éloignement géographique du praticien ;
Une baisse mécanique des prescriptions de kinésithérapie (notamment d'aide à la marche) a également été notée par un établissement du fait de la sensibilisation du médecin à l'intervention de l'éducateur sportif. Ce type d'observation est donc professionnellement dépendant et par conséquent potentiellement très variable d'un médecin à l'autre, constituant un véritable facteur de confusion.
- La durée de la prescription n'est pas fixée a priori par le médecin traitant mais déterminée selon l'appréciation du besoin du patient par le kinésithérapeute, ce qui rend fragile une analyse dans le temps.

Ces deux variables invalident donc la pertinence de l'indicateur relatif à l'évolution des motifs de prescription des actes de kinésithérapie.

■ L'indicateur d'évaluation médico-économique retenu : l'évolution des chutes et de leurs conséquences chez les bénéficiaires de l'action

L'évolution des chutes et de leur conséquence représente un indicateur privilégié dans la mesure où leur coût économique a déjà fait l'objet d'études⁴⁵.

⁴⁵ L'évaluation du sujet âgé en médecine gériatrique / E. Stephan, P.J. Ousset, C. Lafont, P. Hostier, B. Vellas, J.L. Albarède. In Les troubles de la posture et les risques de chute, L'année gérontologique, 1995, supplément. pp. 149-62. Le coût économique de la chute peut-il être estimé ? / M. Allard, J.M. Andrieux, J. Westerloppe. In Du vieillissement réussi à la perte d'autonomie. Les troubles de la posture et les risques de chute. Paris : Serdi, 1995, 188 p. pp. 171-183.

■ Type d'enquête

Deux méthodes d'évaluation étaient envisageables :

- Une comparaison des chutes (nombre et conséquences) entre les bénéficiaires de l'action et un groupe témoin n'ayant pas participé aux ateliers : cette première option n'est pas retenue en raison du grand nombre de variables de confusion qu'elle introduirait dans l'analyse ;
- **Un relevé du nombre de chutes et de leurs conséquences chez les bénéficiaires avant leur entrée dans l'action puis à la suite de leur participation aux ateliers : cette seconde option est retenue pour sa faisabilité, notamment calendaire et organisationnelle.**

■ Echantillonnage

L'étude rétrospective s'applique à un échantillon de 10 résidents par établissement,

- toujours bénéficiaires de l'action au moment de l'enquête,
- participant régulièrement aux ateliers.

L'échantillonnage des bénéficiaires faisant l'objet de l'étude s'opère comme suit :

- Si le nombre de bénéficiaires de l'action au sein de l'établissement est inférieur ou égal à 10, la totalité des bénéficiaires est retenue pour l'étude.
- Si le nombre des bénéficiaires de l'action au sein de l'établissement est supérieur à 10, sont prioritairement retenues les personnes ayant participé à un atelier depuis 12 mois et plus. Si elles sont plus de 10, la sélection se fait à partir du classement alphabétique de nom, les premiers noms étant retenus. Si le nombre de 10 bénéficiaires n'est pas atteint avec le premier critère de sélection, sont ensuite retenues les personnes ayant participé à un atelier depuis 11 mois, 10 mois, ... jusqu'à aboutir à un échantillon de 10 bénéficiaires.

Le choix d'inclure dans l'échantillonnage des bénéficiaires dont la participation à l'action est inférieure à 12 mois visait à maximiser le nombre de retours attendus.

■ Les indicateurs d'analyse

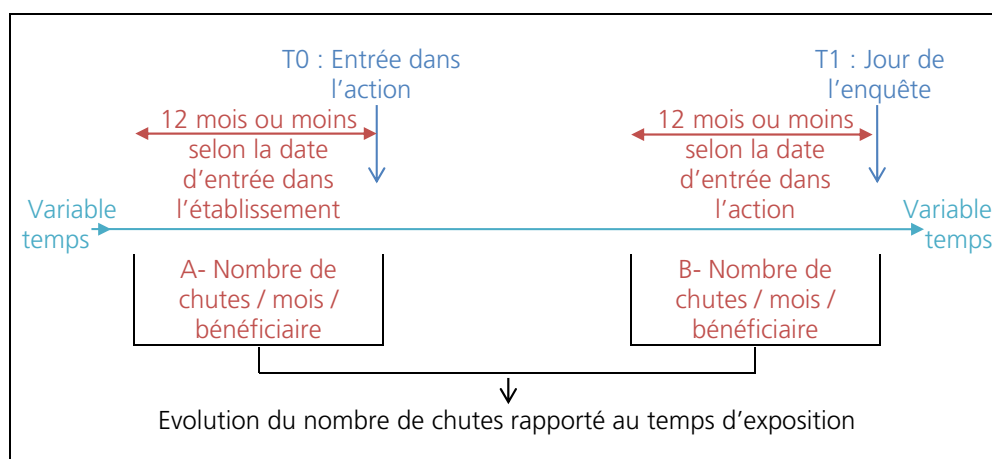
Indicateur 1 : évolution du nombre de chutes/mois

Pour chaque bénéficiaire retenu par échantillonnage, ayant participé aux ateliers depuis 12 mois et plus, sont relevés :

- Le nombre de chutes durant les 12 mois précédant le jour de l'enquête (T1) ;
- Le nombre de chutes durant les 12 mois précédant son entrée dans l'action ou moins selon sa date d'entrée dans l'établissement (T0).

Pour chaque bénéficiaire retenu par échantillonnage, ayant participé aux ateliers depuis moins de 12 mois, sont relevés :

- Le nombre de chutes durant les x mois de participation aux ateliers (entre T0 et T1) ;
- Le nombre de chutes durant les 12 mois précédant l'entrée dans l'action ou moins selon sa date d'entrée dans l'établissement (T1).



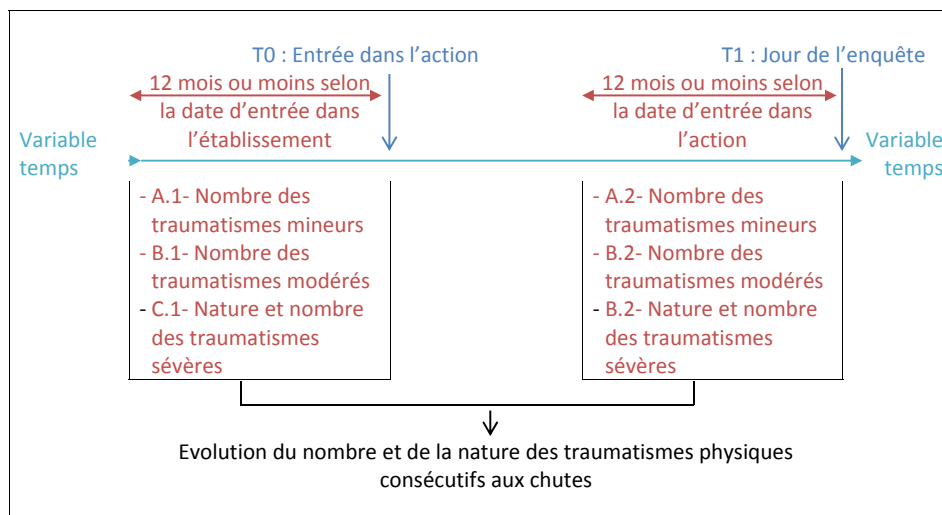
Indicateur 2 : évolution des conséquences des chutes

Dans une perspective d'évaluation économique des conséquences des chutes, deux niveaux d'indicateurs sont retenus :

- l'évolution des traumatismes physiques consécutifs aux chutes (indicateur 2.a),
- l'évolution des prises en charge médicales et de réadaptation consécutives aux chutes (indicateur 2.b).

Les méthodes de comparaison avant-après pour ces deux indicateurs sont synthétisées dans les deux graphiques ci-après.

Indicateur 2.a : évolution des traumatismes physiques



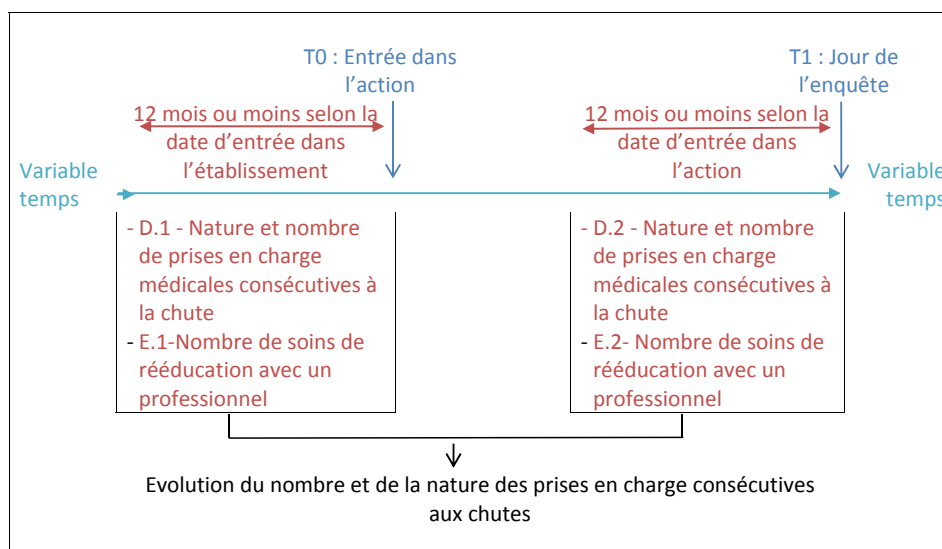
La caractérisation des traumatismes (mineurs, modérés, sévères) s'opère à partir de la classification reprise par la Haute autorité de santé :

« Dans le domaine des chutes, les traumatismes physiques sont souvent classés en trois catégories (Jensen, Lundin-Olsson et al. 2002; Robertson, Campbell et al. 2002; Jensen, Nyberg et al. 2003; Lamb, Jorstad-Stein et al. 2005) :

- **les traumatismes mineurs** qui se limitent à une atteinte superficielle de la peau tels que les hématomes sous-cutanés ou les excoriations de l'épiderme ;
- **les traumatismes modérés** correspondant à des tassements et/ou fractures vertébrales, ou des fractures de côtes ;
- **les traumatismes sévères** définis par les fractures fémorales, quels que soient leurs niveaux, les hématomes extra et/ou sous-duraux, les contusions et/ou hématomes cérébraux, les traumatismes crâniens et les lacérations cutanées de grande taille et/ou profondes, c'est-à-dire dépassant l'hypoderme. Ces traumatismes physiques conduisent constamment à une hospitalisation et mettent en jeu le pronostic vital du chuteur. Ils doivent être considérés de ce fait comme un signe de gravité des chutes répétées »⁴⁶

⁴⁶ Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Argumentaire / Société française de gériatrie et gérontologie, Haute autorité de santé, avril 2009 (Recommandations de bonnes pratiques professionnelles). p. 21.

Indicateur 2.b : évolution des prises en charges médicales et de réadaptation



■ Destinataires de l'enquête

Le questionnaire « chutes et conséquences »⁴⁷ a été adressé à 31 établissements parmi les 35 ayant bénéficié de l'intervention d'un éducateur sportif en 2010. Ont en effet été exclus les CLARPA et les foyers logements (2 chacun) ne disposant pas du personnel nécessaire pour renseigner le dossier adressé par l'évaluateur. Etaient donc attendus 310 dossiers (31 établissements x 10 bénéficiaires).

Le questionnaire devait être renseigné par le référent de l'évaluation désigné précédemment au sein de chaque établissement.

L'envoi des questionnaires a été réalisé le 31 octobre 2011 pour un retour attendu de la part des établissements le 16 décembre. Suite à plusieurs relances auprès des établissements, le délai a été reculé au 13 janvier 2012 afin de maximiser les retours.

⁴⁷ Questionnaire joint en annexe 6.

■ Analyse des données

L'échantillonnage ayant été ouvert à des bénéficiaires de l'action pour lesquels les temps de relevé des chutes avant et après l'entrée dans l'action ne couvrent pas 12 mois, deux groupes d'analyse sont constitués :

- un groupe composé des bénéficiaires dont les relevés de chutes avant et après l'entrée dans l'action s'étendent sur 12 mois. Ce groupe permet une analyse des chutes sur des bases temporelles de relevé comparables.
- un groupe composé des bénéficiaires dont les relevés de chutes avant ou après l'action s'étendent sur moins de 12 mois.

Pour chacun de ces deux groupes, les analyses suivantes (permettant de comparer les chutes avant et après participation aux ateliers) sont prévues :

- évolution du nombre moyen de chutes parmi les bénéficiaires enquêtés ;
- évolution de la gravité des chutes et des modalités de prises en charge ;
- comparaison des fréquences de chutes et de leurs conséquences avant puis après l'action, selon le sexe, l'âge et le groupe iso-ressource d'appartenance des enquêtés.

Dans le cas du second groupe (relevés sur une période inférieure à 12 mois), le nombre de chutes est rapporté aux temps d'observation.

La fréquence et la durée des ateliers d'exercice physique susceptibles d'avoir un impact sur la santé physique des personnes âgées ne sont toutefois pas renseignées. Ce qui constitue une limite pour l'interprétation d'un impact physique positif ou négatif du modèle d'intervention développé dans l'expérimentation.

Résultats

■ Les retours d'enquête : profil des établissements et des bénéficiaires pris en compte dans l'enquête

■ Les établissements et les dossiers pris en compte

Parmi les 31 établissements destinataires des questionnaires, 17 (soit environ 55%) ont retourné un total de 133 dossiers « bénéficiaires » :

- 9 EHPAD sur un total de 22 (soit 41%) : 2 en Ile-et-Vilaine (sur 4), 7 dans le Morbihan (sur 18), totalisant 79 dossiers ;
- 8 MAPA sur un total de 9 établissements dans le Morbihan (soit 89%), totalisant 54 dossiers.

Quatorze établissements n'ont pas retourné le questionnaire (9 EHPAD et 1 MAPA). Le motif déclaré à l'occasion des multiples relances effectuées auprès des structures est le manque de temps et/ou de personnel pour renseigner le questionnaire.

Pour 13 dossiers parmi les 133 retournés, certaines dates indispensables à l'analyse, le plus souvent la date d'entrée dans l'action, ne sont pas connues⁴⁸. Ils ont été de ce fait exclus de l'analyse.

Parmi les 120 dossiers restants :

- 54 ont une période de relevé avant et après l'entrée dans l'action couvrant 12 mois,
 - 66 ont une période de relevé avant ou après l'entrée dans l'action inférieure à 12 mois. Parmi eux, les temps de relevés de chutes réalisés avant l'action sont inférieurs à 1 mois dans 39% des cas et inférieurs à 6 mois dans 88% des cas. Seuls 8 cas ont été observés plus de 6 mois.
- Les enquêtés se rapprochant d'un temps d'observation suffisant sont en sous-effectif pour une exploitation des données recueillies pertinente. De ce fait, ce second groupe n'a pas fait l'objet d'une analyse.

Au final, seuls 54 dossiers « bénéficiaires » ayant chacun une durée d'observation avant et après de 12 mois, ont été retenus pour l'analyse. Ils émanent de 13 établissements. Parmi les dossiers exploités dans l'analyse :

- 37 dossiers (69%) émanent de 9 EHPAD,
- 17 dossiers (31%) émanent de 4 MAPA.

⁴⁸ 11 questionnaires ne font figurer que l'année d'entrée dans l'action ; 1 questionnaire fournit un relevé de chutes antérieur à la date d'entrée dans l'établissement (le bénéficiaire de l'action était alors en accueil de jour) ; 1 questionnaire ne fournit pas la totalité des dates de chutes.

■ Le profil des bénéficiaires

Les bénéficiaires inclus dans l'analyse ont un âge moyen de 84 ans (86 pour les femmes et 81 pour les hommes), correspondant en cela à l'âge moyen de l'ensemble des bénéficiaires de l'action recensés dans l'enquête initiale « établissements ».

78% des bénéficiaires sont des femmes, pourcentage pratiquement égal à celui obtenu à partir des questionnaires complétés par les structures.

De fait, en termes d'âge et de sexe, la population retenue dans l'enquête « chutes » présente un profil très proche de celui des bénéficiaires de l'action recensés dans l'enquête « établissements ».

Une comparaison a également été réalisée sur leur appartenance aux groupes iso-ressources.

Tableau 18 : Répartition comparée des bénéficiaires dans les GIR d'après les enquêtes « établissements » et « chutes » (%)

	Bénéficiaires enquête "établissements"		Bénéficiaires enquête "chutes"	
GIR 1 et 2	40%	78%	23%	78%
GIR 3 et 4	38%		55%	
GIR 5 et 6	22%	22%	22%	22%
Total	100%		100%	

Source : ORS Bretagne – Enquête Evaluation EHPAD - 2011

La répartition entre bénéficiaires dépendants (GIR 1 à 4) et bénéficiaires plus autonomes (GIR 5 et 6) est identique entre l'ensemble des bénéficiaires et ceux pris en compte dans le recueil.

Plus en détail, on peut observer une sous-représentation des GIR 1 et 2 au bénéfice des GIR 3 et 4 dans l'échantillon des 54 enquêtés par rapport aux bénéficiaires de l'enquête « établissements ».

Enfin, 56% des enquêtés retenus dans l'analyse ont une ancienneté dans l'action comprise entre 1 et 2 ans à la date de relevé des chutes et 44% ont une ancienneté de participation supérieure à deux ans.

Au final, la population retenue pour l'étude présente un profil proche de celui de l'ensemble des bénéficiaires au niveau de l'âge, du sexe et de la dépendance même si les personnes fortement dépendantes (GIR 1 et 2) y sont sensiblement moins représentées.

■ L'évolution du nombre de chutes

Sur les deux périodes d'observation de 12 mois chacune (avant et après), le nombre de chutes moyen des 54 enquêtés est de 1,39 chute avant leur participation aux ateliers et de 1,19 chute après leur entrée dans l'action.

Statistiquement⁴⁹ et malgré cette décroissance, la baisse observée entre les deux périodes d'observation n'est pas significative ($p>0,63$).

Au-delà de l'évolution des chutes en quantité, le chapitre qui suit s'intéresse à l'évolution de leurs conséquences en termes de traumatismes et de prise en charge.

■ L'évolution des conséquences des chutes

Les analyses qui suivent portent sur les chutes survenues au cours des périodes d'une année d'observation avant et après pour les 54 bénéficiaires pris en compte. Elles concernent, parmi ces 54 bénéficiaires, 34 chuteurs victimes de 75 chutes sur la période "avant" et 64 chutes sur la période "après".

Les résultats exposés ci-après prennent en compte les chutes renseignées au niveau de leurs conséquences.

■ *Concernant la gravité des traumatismes⁵⁰*

Sur la période "avant" comme sur la période "après", l'absence de traumatisme ou la présence d'un traumatisme mineur rassemble 95 % des chutes prises en compte. En miroir, les traumatismes modérés ou sévères concernent 5 % des chutes avant comme après. La répartition est donc stricto sensu la même au cours des deux périodes d'observation⁵¹.

■ *Concernant la présence d'une prise en charge⁵²*

A l'exclusion des chutes non renseignées sur cette variable, la présence d'une prise en charge (médicale, paramédicale ou hospitalière) concerne 30 % des chutes "avant" et 26 % des chutes "après".

Malgré cette réduction de la proportion de chutes ayant nécessité une prise en charge, la baisse entre les deux périodes n'est pas statistiquement significative⁵³.

⁴⁹ Test de Mann-Whitney.

⁵⁰ Une seule chute "avant" n'est pas renseignée à ce niveau.

⁵¹ La nature des traumatismes n'a pu être exploitée, celle-ci n'ayant pas été renseignée dans une très forte majorité de cas.

⁵² Au total, 22 chutes n'ont pas été renseignées à ce niveau (11 avant et 11 après).

⁵³ Test de Fischer.

■ **Concernant la présence de soins de rééducation⁵⁴**

A l'exclusion des chutes n'ayant pas été renseignées à ce niveau, la présence de soins de rééducation consécutifs à la chute et effectués par un professionnel concerne 4 % des chutes sur la période "avant" comme sur la période "après". La répartition est là aussi stricto sensu la même au cours des deux périodes d'observation⁵⁵.

Synthèse des résultats

L'enquête mise en œuvre n'a pas permis de démontrer un impact de l'action au niveau de l'évolution du nombre moyen de chutes des bénéficiaires avant leur participation à l'action et à posteriori de celle-ci.

De la même façon, un impact de l'action sur la gravité des chutes (degré d'un éventuel traumatisme ; présence d'une prise en charge médicale, paramédicale ou hospitalière ; présence de soins de rééducation) n'a pu non plus être démontré.

Par contre, il faut souligner que les faibles effectifs (de bénéficiaires pris en compte ainsi que de chutes dont ils ont pu être victimes), rendent cette analyse fragile et demandent une grande prudence vis-à-vis de l'interprétation comme de la portée des résultats (voir aussi à ce propos les préconisations).

⁵⁴ Au total, 36 chutes (24 avant et 12 après) n'ont pas été renseignées à ce niveau.

⁵⁵ Test de Fischer non significatif.

Synthèse générale et discussion

Après un bref rappel des objectifs et de la méthode d'évaluation, sont présentés les taux de retour des enquêtes et leur degré de représentativité.

Les résultats présentés et discutés ensuite traitent, dans un premier chapitre, de l'atteinte des objectifs opérationnels de l'expérimentation, dans un second chapitre, des leviers et des freins identifiés dans le cadre du déploiement du dispositif.

Les éléments recueillis au cours des différentes enquêtes et par documentation figurent dans le corps du texte. Le contenu des encadrés concerne l'avis de l'évaluateur sur l'action. Par commodité, les différentes enquêtes quantitatives conduites durant l'évaluation pour recueillir les données sont désignées par le nom de leur destinataire soit : enquête « établissements », enquête « bénéficiaires », enquête « professionnels ».

L'évaluation : objectifs et méthode

Trois objectifs sont assignés à l'évaluation :

- Vérifier si l'expérimentation a atteint ses objectifs :
 - généralisation de la pratique régulière d'activités physiques dans les EHPAD ;
 - limitation des effets de la sénescence et maintien de l'autonomie des personnes âgées hébergées en établissements ;
 - 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.
- Caractériser les différentes actions et les processus mis en œuvre : observer l'adéquation entre ce qui était prévu et ce qui a été réalisé.
- Identifier les éléments à préserver ou à améliorer dans la perspective de recommandations pour l'éventuelle pérennisation et/ou extension de l'expérimentation.

L'élaboration de la méthodologie d'évaluation s'est appuyée sur les sources d'information disponibles. Trois grands types de recueils ont été planifiés, portant sur l'expérimentation conduite jusqu'à la fin de l'année 2010 :

- La collecte de documents auprès des partenaires du projet.
- La réalisation d'enquêtes quantitatives par questionnaires dans les établissements participant à l'expérimentation en 2010 :
 - enquêtes successives auprès des établissements eux-mêmes, auprès de professionnels des établissements et de bénéficiaires de l'action ;
 - enquête spécifique concernant les bénéficiaires sur l'évolution de leurs chutes et de leurs conséquences avant puis après leur entrée dans l'action.
- La conduite d'enquêtes qualitatives par entretiens semi-directifs :
 - auprès d'éducateurs sportifs formés dans le cadre du certificat de spécialisation « Animation et maintien de l'autonomie de la personne » et intervenant en établissements hébergeant des personnes âgées au titre d'une association employeur ;
 - auprès de représentants des différentes institutions impliquées dans l'expérimentation.

Les méthodologies spécifiques à chaque enquête sont précisément décrites dans les chapitres précédents relatifs aux résultats de l'évaluation restitués enquête par enquête.

La qualité des résultats

Trente-cinq établissements ont été identifiés comme participant à l'expérimentation en 2010.

- Vingt-trois établissements ont répondu à l'enquête « **établissements** », soit un taux de retour de 66%.
- Vingt-sept structures (soit 77%) ont retourné un total de 296 questionnaires « **bénéficiaires** ». La proportion de répondants à l'enquête parmi les bénéficiaires de l'action est en moyenne de 40%.
- Trente et une structures (soit 89%) ont retourné un total de 168 questionnaires « **professionnels** ». Une moyenne de 5,4 professionnels par établissement ont participé à l'enquête. Les professionnels du soin (aide-soignant, agent de service hospitalier, animateur, infirmier, aide médico-psychologique, aide à domicile, cadre de santé, kinésithérapeute, médecin, ergothérapeute, psychologue, assistant de vie, auxiliaire de vie sociale) représentent près de 9 répondants sur 10 (87%). Environ un répondant sur 10 est issu des services administratifs (responsable/directeur, adjoint administratif, assistant comptable, secrétaire).
- Cent trente-trois dossiers (correspondant chacun à un bénéficiaire) ont été retournés dans le cadre de l'enquête « **chutes** ». Cinquante-quatre dossiers ont été retenus pour l'analyse de l'évolution du nombre de chutes et de leurs caractéristiques. La plupart des autres dossiers ont été exclus faute d'une période d'observation avant et/ou après l'action suffisante. Au final, treize établissements sont concernés par l'analyse (42% des destinataires de l'enquête).
- Les dix **éducateurs sportifs**, parmi dix-huit identifiés comme formés et intervenant en EHPAD, auprès desquels ont été recueillies des données par entretien ont entre 24 et 52 ans. Trois d'entre eux ont validé la formation en 2008, trois en 2009, trois en 2010, un est en cours de formation en 2011. Sept sont salariés de Profession sport 56 et trois du Groupement d'employeurs sport Bretagne.
- Les dix **partenaires** de l'expérimentation et personnes ressources auprès desquels un entretien a été conduit sont : un représentant de la DRJSCS, un représentant du Campus d'excellence sportive de Bretagne, quatre représentants des associations employeurs des éducateurs sportifs, quatre directeurs d'établissements hébergeant des personnes âgées.

➤ Dans cinq des six enquêtes conduites, les effectifs et la représentativité des répondants (enquêtes quantitatives) ainsi que leur diversité (enquêtes qualitatives) par rapport à l'ensemble des acteurs concernés par l'expérimentation sont satisfaisants et suffisamment robustes pour constituer une base évaluative solide.

➤ En revanche, l'enquête « chutes » est marquée par un faible effectif. Les résultats de cette enquête doivent donc être interprétés avec la plus grande prudence.

Dans quelle mesure les objectifs de l'expérimentation ont-ils été atteints ?

■ La généralisation de la pratique régulière d'activités physiques dans les EHPAD

■ La couverture territoriale et populationnelle

L'expérimentation a mobilisé, en 2010, après seulement moins de deux années d'expérimentation (hors année de lancement), 35 établissements hébergeant des personnes âgées dont 5 sont implantés en Ille-et-Vilaine et 30 dans le Morbihan, soit 6% des établissements en Bretagne, tous types confondus⁵⁶ (3% en Ille-et-Vilaine et 21% dans le Morbihan).

L'expérimentation ne s'est pas développée dans le Finistère et les Côtes d'Armor.

L'engagement des établissements, en nombre et dans le temps, est notablement plus important dans le Morbihan et croît particulièrement en 2008/2009, année où la première promotion d'éducateurs sportifs formés est disponible.

En 2010, 559 résidents identifiés par le recueil réalisé auprès des établissements répondants ont bénéficié de l'expérimentation, soit 32% de l'ensemble des résidents accueillis dans ces structures. La population de bénéficiaires correspond en proportion à celle de l'ensemble des résidents concernant le sexe tandis que l'âge moyen est légèrement inférieur et leur niveau de dépendance également sensiblement moindre (toutes les catégories de GIR sont représentées mais les personnes fortement dépendantes bénéficient moins de l'action).

Dans environ un tiers des établissements répondants à l'enquête, certaines demandes de participation aux ateliers n'ont pu être satisfaites pour un peu plus d'un résident sur dix, du fait, dans la majorité des cas, d'un manque de séances ou de places dans les ateliers.

↪ **Les marges de progression pour atteindre l'objectif de « généralisation de la pratique d'activités physiques dans les EHPAD » sont importantes en termes de couverture territoriale et de couverture populationnelle dans les territoires déjà mobilisés (adhésion des établissements, mobilisation des résidents dans les structures déjà impliquées) et dans les deux départements (22 et 29) non concernés actuellement par l'expérimentation.**

↪ **Malgré tout, l'expérimentation s'est développée au sein de deux départements après moins de deux années de pleine action.**

⁵⁶ A l'exception des hébergements temporaires et des accueils de jour.

■ Le format des ateliers

La présentation du projet figurant dans le bilan de mars 2009 de l'expérimentation préconise deux à trois ateliers par semaine d'environ une heure, composés de 6 à 8 personnes.

L'expertise collective INSERM de 2008 sur l'activité physique reprend quant à elle les recommandations publiées et mises à jour en 2007 par le Collège américain de médecine du sport et l'Association des cardiologues américains : « *Chez l'adulte au-delà de 65 ans et chez le patient atteint de maladie chronique de plus de 50 ans, [...] Les recommandations en termes de durée et fréquence apparaissent identiques à celles préconisées pour l'adulte jeune : réaliser des activités d'intensité modérée de type aérobie (en endurance) pour un minimum de 30 minutes par jour, 5 jours par semaine ou de forte intensité 20 minutes par jour, 3 jours par semaine*⁵⁷. »

Selon les déclarations recueillies lors de l'enquête « bénéficiaires », 19% participent aux ateliers plus d'une fois par semaine, 66% une fois par semaine ; 12% ont une fréquence de participation inférieure.

Majoritairement, les répondants à l'enquête « bénéficiaires » considèrent la fréquence des ateliers suffisante (70%) et leur durée satisfaisante (80%). Parmi les 22% de répondants qui jugent la fréquence des ateliers insuffisante, près des trois quarts d'entre eux souhaitent 8 séances par mois, soit en moyenne deux séances par semaine.

Près de deux tiers des répondants à l'enquête « professionnels » (61%) déclarent pour leur part que le nombre d'heures d'atelier proposé est adapté aux besoins des bénéficiaires. La totalité des professionnels qui ont exprimé une inadéquation (plus d'un tiers) estiment qu'il faudrait accroître l'accessibilité et l'offre en termes de fréquence et/ou de durée des séances afin d'améliorer l'efficacité et la qualité de la prestation.

Enfin, les ateliers mis en place témoignent d'une forte hétérogénéité tant au niveau du nombre de participants que vis-à-vis des caractéristiques des bénéficiaires ou des activités proposées (niveau de dépendance, handicap, pathologies, degré d'individualisation des activités,...). Les avis recueillis sont partagés quant à la configuration souhaitable. Cependant un certain consensus émerge relatif au fait qu'une trop forte hétérogénéité du public cumulé à un nombre important de participants sont associés à des possibilités restreintes d'individualisation des activités et de progression des bénéficiaires.

⁵⁷ Activité physique. Contextes et effets sur la santé / Institut national de la santé et de la recherche médicale. Paris : Les éditions Inserm, 2008 (Expertise collective). p. 727.

- Une marge de progression existe en termes de fréquence d'ateliers et de nombre d'heures mis à disposition pour correspondre d'une part aux recommandations reprises dans l'expertise collective de l'INSERM et répondre ainsi à l'objectif d'une « pratique régulière d'activités physiques », d'autre part aux besoins des bénéficiaires.
- Il manque probablement un cahier des charges minimal relatif au nombre de participants au sein d'un même atelier qui pourrait être réfléchi dans l'objectif d'améliorer l'impact de l'action.

■ **L'évolution des pratiques des professionnels intervenant dans les établissements**

Près d'un tiers des répondants à l'enquête « professionnels » attribuent à l'action une modification de leurs pratiques. Ils se répartissent dans 18 établissements parmi les 31 ayant retourné des questionnaires (58%). Ils sont proportionnellement plus nombreux parmi les professionnels ayant participé aux ateliers ou ayant bénéficié d'une formation aux bienfaits de l'activité physique et sportive.

Les personnels qui accompagnent au quotidien les résidents déclarent, pour l'essentiel, porter une plus grande attention à la préservation de l'autonomie des résidents et/ou avoir acquis des compétences pour accompagner l'activité physique des résidents. L'évolution générale des pratiques professionnelles et une nouvelle répartition des activités entre l'éducateur sportif et certains professionnels, est exprimée par les personnels d'encadrement et les soignants.

- Au-delà de la mise en place des ateliers auprès des résidents, l'intervention des éducateurs sportifs contribue à l'évolution des pratiques des professionnels travaillant auprès des personnes âgées dans les établissements. Ces changements de pratiques professionnelles viennent renforcer la généralisation de la pratique régulière d'activités physiques.

■ **La limitation des effets de la sénescence et le maintien de l'autonomie des personnes âgées hébergées en établissements**

■ **L'adaptation des ateliers aux besoins**

La présentation du projet figurant dans le bilan de mars 2009 de l'expérimentation indique les principes suivants concernant les ateliers : « séances individuelles ou collectives, activités physiques adaptées, régularité des séances, progressivité dans l'intensité ».

L'expertise collective INSERM de 2008 sur l'activité physique relève deux dimensions en matière d'adaptation des activités physiques : « *D'une part, l'individualisation de l'intensité de l'activité physique est préconisée [...]. Compte tenu de l'hétérogénéité des niveaux d'aptitude physique des sujets âgés, pour certains d'entre eux une activité d'intensité modérée correspondra à la marche normale, pour d'autres à la marche rapide. D'autre part, l'accent est mis sur la diversification des activités : au-delà de l'endurance (ou exercice aérobique), il faut ajouter le renforcement musculaire (activité contre résistance) particulièrement important chez le sujet âgé ou pathologique mais également les activités d'équilibre pour un maintien de la souplesse et une prévention des chutes. Des combinaisons d'activités modérées ou intenses peuvent être effectuées*⁵⁸. »

L'INSERM apporte par ailleurs des précisions sur les exercices (leur nature et leur fréquence)⁵⁹ tout en affirmant que « *Les sujets âgés doivent tenir compte des précédentes recommandations et avoir un programme d'activité physique adapté à leur pathologie, évoluant en fonction de l'amélioration ou de l'aggravation de celle-ci*⁶⁰ ».

De fait, les acteurs de l'expérimentation sont unanimes quant à la nécessité de l'adaptation des activités et des exercices aux besoins et capacités des résidents.

Concrètement, les activités proposées dans les ateliers sont diversifiées dépendant à la fois des bénéficiaires eux-mêmes mais aussi des éducateurs sportifs. Elles portent conjointement ou spécifiquement sur la mobilité, la souplesse, les articulations, la coordination, l'équilibre, la force musculaire, la mémoire. Un éducateur sportif ajoute à cela la mise en place d'un travail pour apprendre aux personnes âgées à tomber et à donner l'alerte, réalisé grâce à la collaboration du kinésithérapeute intervenant dans l'établissement.

⁵⁸ Activité physique. Contextes et effets sur la santé / Institut national de la santé et de la recherche médicale. Paris : Les éditions Inserm, 2008 (Expertise collective). p. 727.

⁵⁹ Inserm, 2008, p.728 : « Au minimum deux fois par semaine sur des journées non consécutives, les sujets âgés doivent réaliser des renforcements musculaires (travail contre résistance) concernant les groupes musculaires principaux. Ces exercices peuvent être réalisés en soulevant des charges. L'intensité de l'exercice peut être modulée (considérée comme modérée ou élevée) selon les sujets [...]. Il est recommandé de faire travailler 8 à 10 groupes musculaires (avant bras, bras, épaules, quadriceps droits, gauches...). Pour chaque groupe musculaire, il faut réaliser 10 à 15 répétitions. Pour maintenir la souplesse nécessaire aux activités de la vie quotidienne, les sujets âgés doivent réaliser des exercices de souplesse (cou, épaule, taille, hanche...) au minimum 2 jours par semaine pendant au moins 10 minutes. Des exercices d'équilibre sont préconisés 2 autres jours par semaine (marcher sur une ligne tracée sur le sol, enjamber des plots placés sur cette ligne...) pour diminuer les risques de blessures consécutives aux chutes chez les sujets âgés les plus sédentaires présentant par exemple une maladie chronique. En raison de la relation dose-réponse entre activité physique et santé, les personnes âgées qui souhaitent améliorer leur aptitude physique et donc réduire le risque de maladies chroniques, prévenir la surcharge pondérale... bénéficieront d'une augmentation des minima d'activité physique aérobique ou de renforcement musculaire précédemment décrits. A contrario, plusieurs mois d'activités à un niveau inférieur à celui recommandé peuvent être appropriés pour certains sujets particulièrement âgés ou ayant une aptitude physique particulièrement basse. »

⁶⁰ Activité physique. Contextes et effets sur la santé / Institut national de la santé et de la recherche médicale. Paris : Les éditions Inserm, 2008 (Expertise collective). p. 728.

Quel que soit leur niveau d'autonomie, 78% des répondants à l'enquête « bénéficiaires » considèrent les exercices et activités proposés comme adaptés à leurs capacités. Parmi les 51 bénéficiaires (18%) considérant les activités comme partiellement adaptées ou non adaptées, 12 évoquent des difficultés d'ordre physique pour accomplir les mouvements, en lien avec des douleurs ou des problèmes d'équilibre. Une même proportion de répondants à l'enquête « professionnels » (77%) considère que les exercices ou les activités collectives proposées au cours des ateliers sont en effet adaptés aux capacités des résidants. Ils sont en revanche moins de la moitié (47%) à déclarer que l'individualisation des exercices ou des activités proposés au cours des ateliers est suffisante. Comme déjà évoqué précédemment, les informations recueillies par entretien font état d'ateliers collectifs pouvant rassembler de 6 à 35 participants et accueillir des publics de plus ou moins grande homogénéité. Une trop forte hétérogénéité du public cumulée à un nombre important de participants est associée à des possibilités restreintes d'individualisation du travail et de progression individuelle.

Concernant la sécurisation des ateliers, elle est assurée par la capacité de l'éducateur sportif à repérer les situations à risques, par le soutien d'un autre professionnel en cas de difficulté ou de doute, ainsi que par des dispositions pratiques (aménagement de la pièce, présence d'un téléphone,...).

Plus de 9 bénéficiaires sur 10 se sentent en sécurité durant les ateliers. Seuls 9 des 269 répondants déclarent se sentir partiellement en sécurité et un seulement ne pas se sentir en sécurité. **Parallèlement plus de 4 professionnels sur cinq (83%) considèrent aussi que les résidants sont en sécurité durant les ateliers.** Seuls 7 parmi 162 répondants déclarent que les résidants sont partiellement en sécurité et un qu'ils ne sont pas en sécurité. Le manque de sécurité signalé à la marge est attribué à l'inadéquation entre l'état de santé du résidant et le format de l'atelier ou bien à des locaux inappropriés (exiguïté, présence de mobilier, sols mouillés).

L'adéquation aux besoins concerne deux autres points : l'équipement et l'animation.

Le matériel pédagogique est cité par certains éducateurs sportifs comme ne correspondant pas exactement aux besoins des personnes âgées (bien qu'une acquisition de kits soit en cours de réalisation). Les outils à disposition des éducateurs sportifs, permettant des exercices ludiques et variés, ne sont pas toujours considérés comme suffisants, notamment pour assurer aux personnes âgées de "passer un bon moment", dimension essentielle pour l'ensemble des acteurs.

↳ **L'adaptation des prestations aux capacités des personnes âgées, préconisée par l'INSERM, et la sécurité des bénéficiaires durant les ateliers sont assurées de l'avis de la plupart des acteurs interrogés, validant la pertinence des ateliers mis en place.**

↳ **En revanche et comme déjà évoqué précédemment, les conditions minimales nécessaires à l'individualisation des activités (nombre et composition des participants notamment) sont inégalement assurées dans les établissements. Il manque probablement un document formalisé ou un cahier des charges à présenter aux établissements avant la mise en œuvre des ateliers.**

■ **Les bénéfices de l'action pour les résidents participant aux ateliers**

Les résultats visés par l'expérimentation en matière de santé et de qualité de vie des personnes âgées sont de trois ordres :

- Physique et physiologique (stimulation de l'activité, amélioration de la capacité cardio-vasculaire, de la masse et de la force musculaire, de la souplesse, de l'équilibre et de la coordination ainsi que de la précision du mouvement, participation à la prévention des maladies cardio-vasculaires et de l'obésité).
- Psychique (stimulation de l'activité, du bien-être général et de la qualité de vie, amélioration de l'image de soi, amélioration de la santé mentale, maintien des performances cognitives et des capacités intellectuelles, amélioration du contrôle moteur et des performances, entretien de la mémoire).
- Social (maintien ou ralentissement du processus de perte d'indépendance ou d'autonomie, maintien d'un lien avec le milieu de vie antérieur, élargissement des réseaux sociaux et développement des activités intergénérationnelles).

De leur côté, les établissements s'engagent dans la mise en place d'ateliers d'activités physiques pour l'amélioration de la santé et de la qualité de vie de leurs résidents, la prévention des lombalgies chez le personnel grâce au travail sur la verticalisation des résidents, le renforcement ou la réorientation des activités de kinésithérapie.

Les différents recueils engagés témoignent tous d'améliorations, notamment en termes d'autonomie, de qualité de vie, de remobilisation et de socialisation des bénéficiaires.

Environ deux tiers des bénéficiaires et quatre professionnels sur cinq constatent une amélioration chez les participants aux ateliers de leurs capacités physiques (équilibre, déplacements) et de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Plus qualitativement, ce constat est aussi partagé par les éducateurs et les personnes ressources pris en compte dans les recueils.

Une amélioration des relations entre résidents est attribuée aux ateliers par plus de quatre cinquième des bénéficiaires et des professionnels, taux parmi les plus élevés parmi les apports des ateliers proposés.

Dans le domaine psychique, 88% des bénéficiaires et 96% des professionnels estiment que les ateliers contribuent à l'amélioration de leur bien-être, taux les plus élevés rencontrés dans les deux enquêtes concernant l'apport des ateliers.

Au final, 92% des bénéficiaires et 89% des professionnels déclarent l'apport des ateliers par rapport à la qualité de vie comme globalement satisfaisant ou très satisfaisant.

Enfin, 94% des bénéficiaires se déclarent globalement satisfaits ou très satisfaits vis-à-vis des ateliers (seules 3 personnes sur 294 répondants se déclarent peu satisfaites).

En revanche, les proportions de répondants associant les ateliers à une diminution des chutes (la moitié des bénéficiaires et moins des deux tiers des professionnels) et à une diminution des besoins de kinésithérapie (un quart des bénéficiaires et 40% des professionnels) **représentent les taux les plus faibles parmi les apports des ateliers mentionnés.**

Parallèlement, l'enquête « chutes », n'a pu démontrer d'évolution significative du nombre de chutes ainsi que de leur gravité en lien avec la participation aux ateliers :

- Evolution du nombre moyen de chutes annuel avant participation aux ateliers et à postériori de celle-ci non significative.
- Evolution du degré de gravité et du niveau traumatique entre l'avant et l'après non significative.
- Evolution des modalités de prise en charge (recours à une prise en charge médicalisée ; recours à des soins de rééducation) entre l'avant et l'après non significative.

Cependant, les résultats de cette enquête demandent à être interprétés et pris en compte avec beaucoup de prudence et de fortes précautions, notamment du fait d'une faible participation des établissements et parmi les questionnaires retournés par ces derniers, du faible nombre exploitables.

- ↪ **Les acteurs de l'expérimentation (bénéficiaires, professionnels des établissements, éducateurs sportifs, partenaires) déclarent, parfois avec des proportions très élevées, des améliorations en termes d'autonomie, de qualité de vie, de remobilisation et de socialisation des bénéficiaires ce qui constitue en soi un impact très positif de l'expérimentation.**
- ↪ **En revanche, les résultats perçus sont beaucoup plus mesurés en ce qui concerne la réduction des prescriptions de kinésithérapie et la diminution des chutes. En ce qui concerne les chutes, l'enquête spécifiquement dédiée n'a pu démontrer une diminution significative du nombre de chutes ainsi que de leur gravité en lien avec la participation aux ateliers.**
- ↪ **Il faut souligner que les résultats issus de l'enquête "chutes" mentionnés ci-dessus doivent être pris en compte avec de fortes précautions et une grande prudence du fait du faible nombre de données ayant pu être exploitées qui ne représentent probablement pas la réalité du phénomène chez les bénéficiaires de l'action.**

■ La professionnalisation des éducateurs sportifs 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

L'expérimentation avait pour objectif la création d'emplois d'éducateurs sportifs pérennes à temps plein via l'attribution d'heures complémentaires en EHPAD.

Les employeurs des éducateurs sportifs ont ainsi vu dans l'expérimentation l'opportunité de stabiliser et préserver l'emploi des éducateurs sportifs qu'ils emploient. Leur objectif était de leur proposer une dizaine d'heures de travail hebdomadaires en établissements pour personnes âgées, sur des temps en journée, complémentaires de leurs autres temps de travail se situant plutôt en soirée, le mercredi et le samedi.

Une session de formation a été organisée chaque année depuis 2008, destinée à quatorze éducateurs sportifs en moyenne.

Parmi la trentaine d'éducateurs sportifs figurant dans la liste fournie par le Campus d'excellence sportive de Bretagne comme ayant validé leur formation entre 2008 et 2010, 17 n'apparaissent pas comme intervenants dans le cadre de Profession sport 56 ou du Groupement d'employeurs sport Bretagne, soit une déperdition d'environ 50%.

Pour les éducateurs qui interviennent sur le terrain et dans le Morbihan, leur nombre double sur le terrain entre 2007/2008 et 2008/2009, puis reste à peu près stable les années suivantes (14 interviennent en 2010/2011). En Ille-et-Vilaine, les éducateurs sportifs intervenant sont 2 à partir de fin 2008, 4 en 2010.

Le nombre d'heures moyen effectué par un éducateur sportif croît dans le Morbihan (5 heures hebdomadaires en 2008/2009, 6,5 heures en 2009/2010, 7 heures en 2010/2011) alors que le nombre d'heures annuel facturé par éducateur sportif aux établissements baisse en Ille-et-Vilaine (153 heures en 2009, 93 heures en 2010).

Au total, le nombre d'équivalents temps pleins d'éducateurs sportifs créé par le dispositif s'établit à environ 3,14 ETP dans le Morbihan en 2010/2011 et à 0,23 ETP en Ille-et-Vilaine en 2010 soit en tout environ 3,5 ETP, témoignant ainsi d'une montée en charge progressive après un temps relativement limité d'action et laissant apparaître un fort potentiel de développement vis-à-vis de l'objectif initial de l'expérimentation.

Par ailleurs, les éducateurs sportifs et leurs employeurs considèrent que l'action représente pour l'instant une solution parmi d'autres pour stabiliser et préserver les emplois avec quelques heures en journée, complémentaires des horaires classiques des éducateurs sportifs dans les clubs (soir, week-end...). **Toutefois, l'offre d'heures complémentaires doit être suffisante dans l'établissement pour fidéliser l'éducateur sportif et éviter les rotations d'intervenants** (les demandes des structures portent souvent sur les mêmes créneaux horaires). Le fait d'accroître le nombre d'heures au sein d'une même structure paraît par ailleurs cohérent avec des points déjà cités : réponse à des besoins non couverts ; diminution du nombre de personnes par groupe ; amélioration de l'individualisation et du suivi des participants avec en perspective une amélioration de l'efficacité de l'action.

- ↪ **L'objectif de création d'emplois stabilisés à temps complet par l'attribution d'heures de travail complémentaires en EHPAD est atteint pour les éducateurs sportifs formés et intervenant concrètement au sein des établissements.**
- ↪ **Des marges de progression existent à la fois vis-à-vis du nombre d'éducateurs sportifs formés et employés mais aussi vis-à-vis du nombre d'heures qui leur sont attribuées, notamment au regard des attentes de certains d'entre eux ainsi que des besoins non actuellement satisfaits ou encore de l'exigence de qualité de l'action (voir à ce propos les chapitres précédents). Ceci se traduit par une montée en charge globale des emplois réelle et progressive (environ 3,5 ETP en 2010 après peu de temps de mise en œuvre de l'expérimentation) avec un fort potentiel de développement (ce point étant aussi à mettre en relation avec la proportion d'établissements actuellement concernés par l'action en Bretagne vu dans les chapitres précédents).**

Les processus mis en œuvre : leviers et freins pour l'action

■ La mobilisation des associations employeurs

Profession sport 56 fait déjà intervenir des éducateurs sportifs en maison de retraite quand l'expérimentation débute. En 2008, l'association mobilise un éducateur sportif pour tester (en étroite collaboration avec le pilote du projet, médecin conseil de la DRJSCS et très impliqué dans le processus de mise en œuvre), l'intervention dans un établissement et participe à l'élaboration de la formation AMAP.

En Ille-et-Vilaine, le démarrage réel s'effectue en 2010. Le recrutement des éducateurs sportifs destinés à se former et l'offre de prestation aux établissements sont plus restreints que dans le Morbihan. Le statut du Groupement d'employeurs sport Bretagne et la coexistence de Profession sport 35 dans le même département ajoutent à la complexité de la mobilisation. Cependant en 2011 une personne ressource est désignée pour travailler spécifiquement sur le dossier. Enfin et jusqu'alors l'engagement du Groupement d'employeurs sport Bretagne dans le Finistère et les Côtes d'Armor ne s'est pas réalisé comme cela était envisagé, les ressources et les relais locaux manquent.

- ✍ **L'implication précoce de l'association employant les éducateurs sportifs sur le terrain d'intervention aux côtés du pilote de l'expérimentation moteur de cette dernière, favorise l'appropriation du projet, une mise en œuvre plus soutenue et l'investissement politique de la structure.**
- ✍ **On remarque parallèlement qu'il y a peu de transfert d'expérience et de mutualisation entre les différentes structures et entre les territoires peu ou non couverts et ceux ayant développés l'action.**
- ✍ **Si la forte implication et le volontarisme du promoteur du projet a permis un développement de l'action notamment dans le Morbihan, elle a aussi contribué à rendre l'expérimentation pour une part "personne - dépendante", notamment dans son développement. Cet élément devra être pris en compte dans le cadre d'une pérennisation de l'action dans la durée.**

■ La mobilisation des éducateurs sportifs

La première étape de mobilisation des éducateurs sportifs par leurs employeurs est leur incitation à suivre la formation « animation et maintien de l'autonomie de la personne ». Ces derniers s'accordent pour affirmer que les éducateurs sportifs volontaires doivent avoir une réelle envie d'intervenir dans ce milieu avec ses spécificités.

Le choix de suivre la formation repose, pour tous les éducateurs sportifs interrogés, sur l'opportunité qu'elle représente de renforcer leurs capacités d'emploi et de leur donner accès à un complément d'heures de travail sur des créneaux horaires en journée compatibles avec leurs horaires de travail plus habituels. Les éducateurs sportifs évoquent également, dans un second temps, la formation comme un moyen de diversifier leurs activités, de varier leurs publics d'intervention, voire de découvrir un nouveau public. Pour ceux qui interviennent déjà auprès des personnes âgées, la formation représente l'occasion d'une remise à niveau et d'un approfondissement ainsi que le moyen d'accroître leur capacité à intervenir dans ce milieu spécifique dans de bonnes conditions.

Les éducateurs sportifs candidats à la formation ne font pas l'objet d'une sélection préalable de la part du Campus d'excellence sportive de Bretagne dans la mesure où le nombre de candidats n'excède pas le nombre de places proposées.



Les motivations des éducateurs sportifs et leurs critères pour rejoindre l'expérimentation (notamment un complément d'emploi mais aussi un intérêt pour le domaine d'intervention) sont en cohérence avec les objectifs de l'expérimentation et l'argumentaire développé par leurs employeurs.

■ la formation

La formation habilitée par la DRJSCS a pour objet la professionnalisation et la spécialisation des éducateurs sportifs. Les objectifs pédagogiques formulés dans le projet sont : « *Connaître l'environnement des maisons de retraite : les personnels, le projet d'établissement, la gestion ; Acquérir et développer des connaissances sur le vieillissement biologique, psychologique, socio-économique ; Découvrir et intégrer l'utilisation d'outils et de méthodes de travail spécifiques ; Acquérir et développer des savoir-faire et des savoir-être afin de mettre en œuvre une pédagogie adaptée* ».

■ Les formateurs

Le profil des personnes ressources intervenant dans la formation a évolué au fil des promotions et se compose en 2010/2011 de professionnels de santé impliqués auprès du public des personnes âgées ayant des notions sur l'activité physique, de formateurs du Campus d'excellence de Bretagne habilités à former des éducateurs sportifs, d'éducateurs sportifs ayant bénéficié de la formation et disposant d'une expertise de terrain spécifique.

D'autres intervenants sont suggérés, en grande majorité spécialisés et intervenant directement auprès des personnes âgées dans la perspective d'améliorer les apports empiriques liés aux spécificités de ces dernières, même si le temps disponible de formation et le budget consacré aux intervenants en limitent le recrutement.

■ Les contenus

Les apports de la formation répondent globalement aux principes du protocole d'intervention que doivent mettre en œuvre les éducateurs sportifs (intégration de l'action dans l'établissement et mobilisation d'un groupe "dépendance physique" ; suivi des personnes âgées ; régularité des ateliers), qui doit permettre à l'éducateur sportif d'introduire cette démarche dans les établissements. Par contre, il n'existe pas de procédure formalisée à ce sujet, ce qui a pu être indiqué comme un manque par certains éducateurs sportifs.

Il en est de même du cahier des charges d'intervention auprès des personnes âgées qui pourrait faire l'objet, selon certains interlocuteurs, d'une formalisation afin de positionner clairement l'intervention des éducateurs sportifs en complémentarité du soin.

Les avis des acteurs de l'expérimentation sont partagés quant à l'aide que les éducateurs sportifs trouvent dans la formation pour répondre à leurs besoins concrets de terrain et de légitimité au sein des établissements.

Globalement, les apports sur le fonctionnement des établissements et les pathologies des personnes âgées satisfont la plupart des partenaires de l'action et des professionnels des établissements (deux tiers d'entre eux jugent suffisante la formation de l'éducateur sportif concernant la spécificité des personnes âgées en termes d'activités physiques et sportives (67%), même si en miroir 11% l'estiment partiellement satisfaisante ou insatisfaisante et 23% ne se prononcent pas) ainsi que la plupart des éducateurs sportifs interrogés qui manifestent leur satisfaction concernant les apports sur le contenu et l'organisation des séances d'activités physiques.

Malgré tout, des besoins qui émergent de la pratique, auxquels la formation n'a pas suffisamment répondu, sont signalés. De façon récurrente dans les enquêtes, des attentes de formation sont exprimées sur les méthodes de travail avec les personnes âgées en fonction de leurs pathologies et des besoins spécifiques qu'elles nécessitent en matière d'animation (activités et relationnel).

Plus ponctuellement, des besoins de formation complémentaires sont évoqués sur les procédures d'intervention pour chaque type d'atelier et la diversification des situations et exercices et sur les outils permettant d'assurer le suivi et le relais des prises en charge.

Par ailleurs, la mise à disposition d'un argumentaire sur l'intérêt médical de l'activité et sur les exigences d'intervention ainsi que sur les capacités à collaborer avec le personnel, permettrait d'améliorer la légitimité des éducateurs et la mise en place de l'action au sein des établissements.

Enfin, l'organisation d'un retour sur la mise en œuvre de la formation dans les établissements est évoquée comme une action qui aiderait à mieux orienter l'action et les contenus de formation.

■ La pédagogie

Les satisfactions et attentes en matière pédagogique sont nettement orientées sur l'expérimentation et l'appropriation de savoir-faire. L'interactivité, les travaux de groupe et les mises en situation sont plébiscités par les éducateurs sportifs interrogés.

Des améliorations sont suggérées par les différents acteurs de l'expérimentation concernant les visites et expériences de terrain : elles sont souhaitées mieux préparées, plus nombreuses et plus précoces dans le déroulement de la formation, sur des terrains expérimentés et ciblés en fonction des caractéristiques des personnes âgées, correspondant aux réalités que les éducateurs sportifs rencontreront en exercice professionnel.

Comme pour les points précédents, la rédaction d'un cahier des charges de stage est également citée comme un besoin par plusieurs acteurs afin de fixer les exigences vis-à-vis de l'accompagnement du tuteur et de son investissement dans sa mission d'appui à l'éducateur sportif et garantir ainsi qu'il assurera bien l'intégration du stagiaire dans la structure.

En miroir des besoins exprimés par les éducateurs sportifs en termes de pratiques, on peut noter la reconnaissance de leurs compétences par une grande majorité de répondants aux enquêtes « bénéficiaires » et « professionnels » : la compétence de l'éducateur sportif est déclarée satisfaisante ou très satisfaisante par 95% de « bénéficiaires » et 85% de professionnels.

■ L'organisation

Le calendrier de la formation a pris en compte certaines des contraintes organisationnelles des éducateurs sportifs : par exemple, les semaines complètes de formation, constituant une contrainte importante pour l'éducateur sportif dans le cas d'une activité professionnelle concomitante ou d'une charge de famille, ont été transformées en séquences de 2 ou 3 jours hebdomadaires.

Des améliorations d'ordre logistique sont souhaitées concernant l'obtention des documents administratifs que doit fournir l'organisme de formation, l'information anticipée auprès des établissements accueillant des visites des stagiaires, un choix de dates de formations tenant mieux compte des contraintes professionnelles des éducateurs sportifs en emploi et annoncées plus tôt pour faciliter l'organisation des interventions en établissements.

Enfin, un élargissement de l'offre de formation est souhaité par certains partenaires de l'expérimentation par le biais d'une communication élargie, par le passage à deux sessions par an ainsi que par la mise en place de la formation par d'autres organismes même si les partenaires concernés par la mise en œuvre de la formation (Campus d'excellence sportive et employeurs des éducateurs sportifs) soulignent le manque de visibilité sur le niveau d'adéquation entre l'offre de formation et le besoin en éducateurs sportifs formés sur le terrain .

- **La formation actuelle répond globalement aux principes d'intervention des éducateurs sportifs en EHPAD et, de l'avis des acteurs, leur apporte la compétence nécessaire.**
- **Les apports jugés positivement par les acteurs sont notamment ancrés dans une pratique de terrain. Logiquement, les améliorations de formation doivent porter prioritairement sur le renforcement des expériences pratiques et des partages de savoir concrets pour accroître la capacité d'adaptation des éducateurs à la diversité des personnes âgées et des situations.**
- **Des marges d'amélioration organisationnelles existent de façon à mieux concilier la formation et les contraintes, notamment professionnelles, des éducateurs sportifs.**

■ Les modalités de mobilisation des établissements

■ *La prospection des lieux d'intervention*

La prospection des lieux potentiels d'intervention est organisée conventionnellement par les associations employeurs des éducateurs sportifs. La mission est confiée à un éducateur sportif dès 2008 dans le Morbihan, plus tardivement en 2011 en Ille-et-Vilaine.

La communication autour de l'action auprès des établissements est réalisée par diffusion de plaquette, démarchage physique notamment du chargé de mission, organisation d'Olympiades interétablissements ou encore organisation de réunions de présentation du projet au sein de quelques établissements où sont conviés d'autres directeurs en s'appuyant sur leurs réseaux.

Les établissements où est proposé la mise en œuvre d'ateliers sont ciblés en fonction de la disponibilité des éducateurs sportifs, de leurs besoins en termes d'emploi (territoire d'intervention, nombre d'heures, créneaux horaires). Les nouveaux contrats obtenus sont répartis selon la disponibilité horaire et la proximité géographique des intervenants potentiels dont les capacités à se déplacer sur un périmètre élargi (temps passés) sont limitées, notamment du fait de la courte durée des interventions. Cette stratégie vise aussi à fidéliser l'éducateur sportif sur un territoire et dans les établissements.

Les éducateurs sportifs peuvent participer à la prospection en tant que référents territoriaux rémunérés sur leur secteur géographique, ou à l'occasion de rencontres sur leur territoire d'intervention sans temps rémunéré spécifique. Ils tentent également d'accroître leur temps de travail dans les établissements où ils interviennent déjà en faisant la démonstration de l'utilité de leur travail, mais plusieurs ne se sentent pas suffisamment armés pour développer un argumentaire crédible et/ou légitime.

En dépit des tentatives d'ajustement entre prospection des lieux d'intervention et disponibilité des intervenants, des éducateurs sportifs formés peuvent avoir parfois des difficultés à trouver des établissements auprès desquels intervenir. Parallèlement, des demandes d'établissements ne sont pas satisfaites faute d'un nombre suffisant d'éducateurs sportifs formés et disponibles. Dans ce dernier cas, des éducateurs sportifs sans certificat de spécialisation peuvent alors être sollicités.

■ Les relations entre les employeurs des éducateurs sportifs et les établissements

La contractualisation entre les établissements et les employeurs des éducateurs sportifs s'établit par convention. Leurs contacts sont ensuite occasionnels. Dans le Morbihan, les réunions de préparation des Olympiades sont un moyen de les développer. Les rapprochements sont considérés comme une stratégie à renforcer, par exemple en invitant les établissements à leurs assemblées générales, en multipliant les contacts de terrain.

- ✚ **Chaque association employeur met en œuvre différentes stratégies de mobilisation des établissements et procède à un ajustement territorial et quantitatif, souvent en tension, entre intervenants formés et disponibles et établissements prospectés. Les objectifs et stratégies de développement de l'activité reposent ainsi sur l'appréciation de chaque association employeur.**
- ✚ **Une planification opérationnelle régionale de développement accompagnée d'une contractualisation précise en termes d'objectifs et de moyens avec les associations employant les éducateurs sportifs favoriserait probablement la montée en charge de l'action en améliorant notamment l'adéquation entre processus de formation, communication, prospective active auprès des établissements et capacités à répondre à leurs demandes.**
- ✚ **Cette planification devrait pouvoir permettre d'éviter l'intervention, même ponctuelle, d'éducateurs sportifs non formés au sein des établissements.**

■ Les modalités d'intégration de l'action dans les établissements

Une présentation du projet figurant dans le bilan d'étape de mars 2009 décrit la procédure d'intervention de l'éducateur sportif en établissements hébergeant des personnes âgées : « Observer ; Se présenter ; Former un groupe de "dépendance physique" : ergothérapeute, aide-soignant, infirmier, animateur, kinésithérapeute, éducateur sportif, médecin coordonnateur, ... ; Démarche projet : séances individuelles ou collectives, activités physiques adaptées, régularité des séances, progressivité dans l'intensité ; Former des groupes de résidents, plus ou moins homogènes (autonomes, en fauteuil, selon les pathologies (démence, troubles du comportement), par affinités) : 6 à 8 personnes, 2 à 3 fois par semaine, environ 1 heure ; Evaluation ».

■ L'accompagnement interne de l'action

Les interventions des éducateurs sportifs présentent des configurations et des contextes hétérogènes du fait de fonctionnements, de besoins et de priorités propres à chaque structure. Trois niveaux sont identifiables :

- soit l'intervention est considérée comme une prestation extérieure sans lien avec la vie de l'établissement et sans implication du personnel,
- soit l'éducateur sportif parvient à asseoir peu à peu sa position dans l'établissement et construit progressivement son action en dialoguant avec le personnel présent,
- soit l'accompagnement initial du directeur permet l'intégration de l'action dans le fonctionnement de la structure dès sa mise en place.

La plupart des établissements organisent concrètement l'information avec l'éducateur sportif afin que le dispositif et son intervenant soient identifiés par le personnel. Les directeurs veillent à informer le conseil de vie sociale (16 structures sur 22 d'après l'enquête « établissements ») et à sensibiliser et/ou former le personnel (17 structures sur 20 d'après la même enquête).

Par ailleurs, environ 60% des structures ayant participé à l'enquête « établissements » affirment que l'action est suffisamment intégrée au projet de vie de l'établissement (en miroir environ un quart des établissements estime qu'elle ne l'est pas suffisamment) et les deux tiers des répondants à l'enquête « professionnels » considèrent que les ateliers le sont suffisamment. On peut aussi remarquer que l'existence d'un groupe projet dédié à l'action ne concerne environ qu'un quart des établissements ayant répondu à l'enquête.

Parallèlement, la moitié des établissements rapportent une procédure d'intervention de l'éducateur sportif : elle peut inclure la définition de l'activité de l'éducateur, ses publics destinataires, la nature de l'implication du personnel même si là aussi, on peut observer une forte hétérogénéité.

Enfin, quinze établissements déclarent qu'ils réalisent une évaluation de l'action.

Pour onze d'entre eux, l'évaluation concerne directement le résident (motivation, assiduité, capacités fonctionnelles et/ou cognitives du bénéficiaire). Un seul cite l'évaluation de l'atelier lui-même. Encore une fois, les modalités évoquées par les établissements sont très variables en termes de périodicité, d'opérateur, de méthode de recueil et de restitution des données.

■ Les collaborations et la communication entre le personnel et l'éducateur sportif

La moitié des 158 répondants à l'enquête « professionnels » qui se sont exprimés sur les modalités de communication et d'échange d'informations entre l'éducateur sportif et l'équipe soignante les jugent partiellement suffisantes ou insuffisantes.

Cependant, dans la plupart des établissements, un minimum d'échange s'établit entre l'éducateur sportif et le personnel. Cet échange se trouve d'autant plus limité que l'éducateur dispose de peu d'heures d'intervention dans l'établissement et que les temps d'échange ne sont pas formellement attribués.

Les collaborations existantes sont fonction du profil professionnel. D'après les éléments recueillis, le directeur d'établissement assure le plus souvent l'organisation initiale de l'action avec l'éducateur sportif. Le personnel accompagnant quotidiennement les résidents (agent de service hospitalier, aide-soignant, animateur,...) est un interlocuteur informel privilégié et un relais important auprès des résidents. Les ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychologues sont ponctuellement cités comme personnes ressources et interlocuteurs auprès desquels l'éducateur sportif doit démontrer sa légitimité et la complémentarité de ses interventions. L'infirmier, le médecin et le psychologue sont parfois cités comme interlocuteurs pour des transmissions d'informations.

Les collaborations s'appuient sur une participation de l'éducateur sportif à des réunions internes (commission animation du Conseil de vie sociale, réunion hebdomadaire ou mensuelle, de synthèse ou de transmission, interdisciplinaire ou interservice) dans près d'un tiers des 22 établissements ayant répondu dans l'enquête. Les moyens de transmission écrite d'informations (majoritairement informatiques) sont utilisés dans moins de la moitié selon la même enquête. Enfin, dans 27 des 31 établissements ayant répondu à l'enquête « professionnels » (87%), au moins un professionnel s'est identifié comme participant aux ateliers.

Au final, les modalités de collaboration et de communication entre les éducateurs et les professionnels des établissements présentent des profils hétérogènes au-delà d'une information qui est mise en place dans la plupart des structures bénéficiaires de l'action.

■ **Le suivi des résidents**

S'adaptant aux conditions d'intervention proposées dans l'établissement, la mise en œuvre des ateliers s'organise différemment selon la structure.

Le recrutement des résidents dans les ateliers peut être réalisé par l'éducateur sportif lui-même, parfois sur indication ou aidé du personnel, par affichage et information des résidents qui font le choix de participer ou non, ou bien par le personnel. Dans l'enquête « établissements », près des deux tiers des structures déclarent que la décision est prise dans un cadre collégial, 4 établissements sur 5 que l'éducateur sportif est associé à la proposition de participation du résident aux ateliers (selon les déclarations recueillies auprès des bénéficiaires, plus de la moitié des répondants a rencontré l'éducateur sportif avant sa participation à l'atelier).

L'avis médical préalable à la participation du résident à l'atelier n'est pas en place dans tous les établissements. Quand il ne l'est pas, les éducateurs sportifs interrogés déclarent s'informer alors auprès du personnel présent. Dans l'enquête « établissements », 4 structures sur 5, déclarent s'appuyer sur un avis médical ou paramédical préalable à la participation des résidents à l'activité.

En amont des ateliers, des tests sont pratiqués pour évaluer les capacités du résident dans moins d'un tiers des structures

Le suivi individuel des résidents, quand il est réalisé, est effectué pour le propre usage de l'éducateur sportif ou pour un accompagnement coordonné des personnes âgées par les différents professionnels. Il porte sur l'état de santé des bénéficiaires, le travail réalisé avec chacun, et son évolution.

Le suivi peut s'appuyer sur des fiches sous format papier ou informatique complétées après chaque séance, sur des bilans périodiques, sur un dossier « activité physique » spécifique inclus dans le projet de vie individualisé ou intégré dans le plan de soins informatisé. Plus de la moitié des 22 établissements déclarent que l'action est intégrée aux projets de vie individualisés des résidents. Au final et sur ce sujet, seulement 50% des professionnels déclarent que les projets individualisés de prise en charge sont suffisamment intégrés aux ateliers.

■ **En conclusion**

Quatre-vingt-quinze professionnels ont formulé des propositions afin de mieux adapter la prestation aux besoins des résidents : consolider les ressources financières et humaines, étoffer l'offre, renforcer le suivi personnalisé des résidents, favoriser l'articulation des acteurs intervenant auprès des résidents. L'ensemble de ces propositions renvoient à des principes d'action de l'expérimentation, inégalement pris en compte selon les établissements.

- Les établissements sont inégalement investis vis-à-vis de l'accueil et du positionnement de l'éducateur sportif et de son action au sein de la structure. Cette hétérogénéité concerne à la fois l'intégration de l'action au sein du projet d'établissement, son suivi et son évaluation, la collaboration et les modalités de communication avec le personnel, la prise en charge individualisée des résidents. Les expériences et savoir-faire multiples développés sur les lieux d'intervention par les établissements et les éducateurs sportifs gagneraient à être capitalisés et mutualisés.
- Deux stratégies complémentaires favorisent la mise en place des principes d'action au sein des établissements. Une première stratégie est à préserver : l'action au long court de l'éducateur sportif qui fait évoluer progressivement les conditions de mise en œuvre au regard des possibilités qu'il identifie sur les lieux d'intervention. Une seconde stratégie est à développer et consolider : la négociation des associations employeurs avec les établissements dans le cadre d'un diagnostic de départ et d'évaluations annuelles afin d'appuyer l'action des éducateurs sportifs et de favoriser la mise en place des conditions favorables à leur intervention.

Recommandations

En tout premier lieu et au regard des résultats obtenus, la première recommandation est la pérennisation et l'extension du dispositif, extension qui concerne à la fois le déploiement géographique de l'action mais aussi le nombre d'heures d'intervention mis à disposition des établissements. Cette recommandation est cohérente à la fois vis-à-vis de l'objectif lié à l'emploi des éducateurs sportifs mais aussi vis-à-vis de l'objectif lié à la santé et à la qualité de vie des personnes hébergées ainsi qu'à la qualité de l'action déployée.

Cette recommandation est par ailleurs cohérente d'une part avec les orientations du programme stratégique régional de santé (promotion de l'activité physique au sein des établissements), d'autre part avec les orientations budgétaires décidées en Bretagne : cofinancement préfectoral, Agence régionale de santé (ARS) et Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) de matériels d'équipements "parcours de santé" destinés à être installés dans les établissements pour promouvoir l'activité physique et servir de supports d'action pour les éducateurs sportifs.

Concernant l'installation de ces parcours de santé, une réflexion pourra être engagée par les promoteurs de l'action relative à la priorisation des établissements bénéficiaires. Ceux-ci pourraient être en effet désignés par l'adhésion à un cahier des charges minimal définissant un certain nombre de conditions d'intervention des éducateurs (nombre d'heures minimal ; nombre de participants maximal ; temps de communication et de coordination avec les équipes soignantes,...) dans l'objectif de majorer l'impact des ateliers. Ces points sont développés ci-après.

Cette première recommandation est bien entendu à prendre en compte au regard des points mentionnés ci-après ainsi que de la synthèse des résultats dont les points saillants ne sont pas répétés dans les paragraphes qui suivent .

Au final, les recommandations se fondent sur l'analyse transversale de l'ensemble des enquêtes. Elles portent sur les leviers favorables à la pérennisation et à l'extension de l'expérimentation, tenant compte des atouts caractéristiques de la démarche mise en œuvre.

Cinq chapitres se déclinent successivement :

- Le socle de l'expérimentation constitué des principes d'action sur lesquels reposent les réussites du dispositif ;
- Les éléments de coordination à renforcer favorables au développement de l'action ;
- Les cadres d'action dont la formalisation favoriserait la lisibilité et l'appropriation par les acteurs impliqués ;
- Les modalités de capitalisation et de transfert des savoirs et savoir-faire accumulés qui profiteraient à la pérennisation et à l'extension du dispositif.
- L'évaluation de l'impact médico-économique de l'action.

Les principes fondamentaux de l'expérimentation, atouts du dispositif à maintenir

La professionnalisation des éducateurs sportifs constitue un premier atout du dispositif. La formation, qui leur est dispensée en amont de l'intervention dans les structures, est élaborée pour leur permettre d'inscrire leur action dans les établissements hébergeant des personnes âgées et de mettre en place des ateliers d'activités physiques adaptés aux capacités des bénéficiaires. Deux axes forts du référentiel de formation répondent à ces enjeux : la capacité de l'intervenant à adapter l'intervention aux spécificités des publics pris en charge d'une part, la capacité de l'intervenant à s'intégrer dans le milieu d'intervention et à agir sur lui pour une plus grande prise en compte de l'activité physique dans le fonctionnement de l'établissement et les pratiques du personnel d'autre part. Au-delà de points d'amélioration possibles (voir à ce propos la synthèse des résultats), cette dynamique de professionnalisation et de formation constitue un véritable atout du dispositif

L'implication des associations employant les éducateurs sportifs constitue un deuxième atout du dispositif. En premier lieu, celles-ci ont accès aux éducateurs sportifs et peuvent donc les orienter vers la formation selon leurs motivations et leurs besoins en emploi. En second lieu, les associations, grâce en particulier aux contrats à durée indéterminée qu'elles proposent aux éducateurs sportifs, sont en mesure d'assurer un seuil à peu près stable de ressources en intervenants et d'offre de prestations pérenne auprès des établissements.

Les principes d'action de l'éducateur sportif tels qu'ils sont conçus dans l'expérimentation constituent un troisième atout du dispositif. En effet, la mission de l'intervenant, outre l'accompagnement des personnes âgées dans le maintien ou l'amélioration de leur autonomie, recèle deux autres dimensions propices à l'inscription durable d'une pratique d'activité physique dans les établissements : encourager une réflexion de l'établissement et une articulation des professionnels sur cette question, inciter le personnel à modifier ses pratiques afin de contribuer au maintien de l'autonomie des personnes.

Une coordination du dispositif à confirmer dans le temps

L'existence d'un référent régional missionné pour coordonner le dispositif est fondamentale pour en assurer la cohérence et le suivi. La pérennité et l'extension de l'expérimentation tiennent également à la capacité du pilote à porter un projet commun et une dynamique partenariale. Il paraît donc primordial de pouvoir s'assurer dans le temps de l'existence de ce référent. Sa mission pourrait notamment concerner :

- La politique de développement ;
- Les stratégies d'action : mobilisation des ressources, offre de formation, mise en place de l'offre de prestation (en cohérence avec la montée en charge de la demande), modalité de mobilisation des établissements et politique de communication ;
- La programmation : budgétisation et financements mobilisables.

Une amélioration de la formalisation des cadres de l'action

Les cadres de l'action concernent aussi bien l'action des partenaires mettant en œuvre le dispositif que les acteurs impliqués dans l'intervention auprès des personnes âgées. Pour assurer la pérennité et l'extension de l'expérimentation, des références formalisées et accessibles aux acteurs pourraient favoriser la lisibilité et la prise en compte des principes sous-tendant l'action. Elles devraient concerner :

Un conventionnement des partenaires institutionnels (DRJSCS, organisme de formation, associations employeurs des éducateurs sportifs) faisant figurer :

- les objectifs partagés de développement de l'activité,
- les ressources et moyens disponibles,
- les responsabilités et activités respectives des partenaires,
- les modalités d'articulation entre la formation des éducateurs sportifs, la mobilisation des intervenants et la prospection des établissements,
- les stratégies de démarchage et de communication auprès des établissements.

Un cadre d'intervention souple et sécurisant pour les éducateurs (cahier des charges d'intervention), élaboré et partagé dans le cadre de la formation et présenté ensuite aux établissements adhérant au dispositif. Au-delà du cadre d'intervention strict, celui-ci pourrait aussi développer un argumentaire relatif aux apports et bénéfices de l'éducation physique, argumentaire nécessaire pour contribuer à légitimer auprès des établissements l'action proposée par les éducateurs sportifs. Il pourrait concerner :

- les objectifs visés par les ateliers d'activités physiques et les bénéfices attendus,

- les conditions favorables à l'atteinte des objectifs :
 - rôle et place de l'éducateur sportif dans l'établissement, incluant les modalités minimales de communication et de coordination avec les professionnels (temps identifiés),
 - modalités d'implication des professionnels de l'établissement, favorables aux changements de pratique professionnelles et au suivi des résidents,
 - formats et contenus d'ateliers préconisés par les instances officielles : fréquence minimale, nombre de participants maximal, individualisation, suivi des bénéficiaires.

Une contractualisation entre les associations employant les éducateurs sportifs et les établissements, contenant :

- une référence explicite au cadre d'intervention partagé (voir ci-dessus),
- les adaptations réalisées pour répondre aux priorités et contraintes de l'établissement,
- les critères et modalités d'évaluation de l'intervention et de ses bénéfices,
- des bilans d'étape de l'intervention, établis sur la base des résultats d'évaluation, permettant d'envisager des ajustements, des modifications, des améliorations de l'activité dans l'établissement.

La capitalisation et le transfert des savoirs et des savoir-faire à mettre en place

Les premières années d'expérimentation ont permis à chacun des acteurs impliqués de développer une compréhension des enjeux et des principes d'action du dispositif, des connaissances et des savoir-faire dans le champ d'intervention concerné. Des temps de travail communs ou des systèmes organisés d'échange d'informations représenteraient le moyen de renforcer une culture partagée et, de ce fait, de faciliter les mutualisations favorables à la pérennité, à la qualité et à l'extension de l'expérimentation. Ceux-ci pourraient concerner :

Le rapprochement des partenaires de l'expérimentation :

- par la mise en place d'un retour sur expérience réalisé auprès de l'organisme de formation par les éducateurs sportifs, les établissements et leurs personnels : la forme, la nature et l'organisation de ces retours pourraient être formalisées au niveau de la coordination du dispositif et mises en œuvre par les chargés de mission recrutés au sein des associations employant les éducateurs ;
- par l'organisation d'une concertation entre les employeurs des éducateurs sportifs sur les stratégies d'action concernant le financement, la mobilisation des ressources, le recrutement des éducateurs sportifs, la communication et la prospection auprès des établissements, l'implication et le suivi des structures adhérentes.

La professionnalisation des acteurs pour l'accompagnement des personnes âgées vers l'activité physique et les collaborations interdisciplinaires :

- par l'apport, via des formateurs disposant d'une pratique de terrain spécialisée auprès de différents publics âgés, de contenus concrets et empiriques orientés sur la connaissance des spécificités des personnes âgées et de leurs pathologies et leurs traductions en termes de méthodes d'intervention ;
- comme déjà mentionné par la rédaction et la diffusion aux différents acteurs concernés, notamment aux établissements, d'un argumentaire sur la plus value de l'intervention des éducateurs sportifs vis-à-vis de la santé et de la qualité de vie des personnes âgées. Cet argumentaire pourrait d'ailleurs s'appuyer pour partie sur les résultats de la présente évaluation ;
- par des mises en situation renforcées ;
- par le déploiement de la compétence délivrée par le certificat « animation et maintien de l'autonomie des personnes » dans d'autres formations d'éducateurs sportifs (diplôme d'Etat, brevet professionnel notamment) et par le rapprochement d'autres formations spécialisées (par exemple concernant les personnes handicapées) comme envisagé par le Campus d'excellence sportive de Bretagne ou encore via éventuellement d'autres organismes de formation.

L'évaluation de l'impact médico-économique de l'action à approfondir

L'approche médico-économique mise en oeuvre dans la présente évaluation n'a pu démontrer un impact de l'action, notamment vis-à-vis des chutes et de leurs conséquences en termes de traumatismes et de modalités de prises en charge.

Cependant et du fait d'un nombre de retours à l'enquête très faible, cette approche est fragile et les résultats obtenus doivent être pris en compte avec la plus grande prudence. Ceci est lié à la fois notamment au calendrier de l'évaluation qui a rendu impossible la mise en place d'une étude prospective (avec donc la nécessité d'une méthodologie rétrospective s'appuyant sur les dossiers des résidents avec tous les manques que cela peut impliquer au niveau des variables nécessaires à l'étude (dates précises, etc.), mais aussi au manque de disponibilité des professionnels au sein des établissements (ce type d'enquête nécessite en effet de ressources importantes en termes de temps passés).

De fait et au-delà des résultats obtenus via les autres recueils mis en place dans le cadre de l'évaluation qui confirment à eux seuls la pertinence de la poursuite de l'action, il paraît malgré tout nécessaire d'engager une étude sur l'impact médico-économique des ateliers :

- A partir d'une méthodologie prospective et ancrée dans le temps de façon à disposer d'un nombre suffisant de cas.
- Auprès d'un ensemble d'établissements volontaires de façon à garantir leur participation.

Enfin, une réflexion pourra parallèlement être engagée sur la possibilité que pourraient avoir les directeurs d'établissements de consacrer une part minimale du budget soins à une ligne "qualité de vie et prévention" au sein de laquelle, selon les orientations prises par les établissements, pourraient être inscrites des actions du type de celle ayant fait l'objet de l'évaluation.

Annexes

Annexe 1 : questionnaire « établissement »

Annexe 2 : questionnaire « bénéficiaire »

Annexe 3 : questionnaire « professionnel »

Annexe 4 : grille d'entretien auprès des éducateurs sportifs

Annexe 5 : grille d'entretien auprès des personnes ressources

Annexe 6 : questionnaire « chutes et conséquences »

Annexe 7 : liste des figures

Annexe 8 : liste des tableaux

Annexe 1 : Questionnaire "établissements"

Evaluation : "Généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en EHPAD"

Questionnaire destiné au référent désigné dans l'établissement

Dans le cadre de l'évaluation en cours, une première étape consiste pour les établissements concernés par l'action à communiquer à l'ORS Bretagne les éléments nécessaires à celle-ci et à l'organisation de différentes enquêtes qui seront mises en œuvre dans le courant des mois de mai et juin : enquêtes auprès des bénéficiaires de l'action, de professionnels des structures, entretiens auprès d'éducateurs sportifs et des partenaires de l'action.

Cette première étape se fonde sur un recueil d'informations concernant l'établissement, les résidents, les modalités de mise en œuvre de l'action, sur l'identification de documents internes qui, lorsqu'ils existent, sont à adresser à l'ORS Bretagne et sur une description des recueils existants dans l'établissement qui permettront dans un second temps de décrire les bénéficiaires de l'action.

Ce questionnaire est organisé en quatre sections qui vont permettre de caractériser :

- L'établissement : section 1
- Les résidents : section 2
- L'action « activités sportives » : section 3
- Les recueils existant dans l'établissement : section 4

Pour toutes questions concernant les éléments demandés, vous pourrez vous adresser à :

Camélia LOUACHENI, chargée d'études c.louacheni@orsbretagne.fr

D'autre part, vous pourrez également être contacté par **Sylviane BOMPAYS, assistante d'études** s.bompays@orsbretagne.fr qui est chargée de suivre le retour de vos questionnaires et des documents transmis

Ce questionnaire et les documents associés sont à retourner au plus tard pour le 28 février 2011

ORS Bretagne
C.S. 70.625
35706 RENNES CEDEX 7
Tel : 02 99 14 24 24 Fax : 02 99 14 25 21

En vous remerciant pour votre collaboration

Identification de l'établissement

Nom :

Adresse :

.....

Identité de la personne référente

Nom :

Prénom :

Fonction :

Coordonnées téléphoniques :

Mail :@.....

Section 1. L'établissement

1. Type d'établissement :

EHPAD public hospitalier ☐ 1
 EHPAD public non hospitalier ☐ 2
 EHPAD privé à but lucratif ☐ 3
 EHPAD privé à but non lucratif ☐ 4

MAPA ☐ 5
 CLARPA ☐ 6
 Foyer logement ☐ 7

2. Nombre de lits et places :

3. Ressources humaines :

Fonction	Effectif	ETP	Formation aux bienfaits de l'EPS	Si oui, nombre de personnes formées
Direction			oui ☐ non ☐	
Médecin coordonnateur			oui ☐ non ☐	
IDE			oui ☐ non ☐	
Aides soignants			oui ☐ non ☐	
Animateur			oui ☐ non ☐	
Psychologue			oui ☐ non ☐	
Diététicien			oui ☐ non ☐	
Personnels de restauration			oui ☐ non ☐	
			oui ☐ non ☐	
			oui ☐ non ☐	

Section 2. Les résidents

L'ensemble des résidents en 2010

4. Nombre de résidents accueillis :

5. Age moyen :

6. Répartition par sexe : 6.1 Nombre de femmes :
 6.2 Nombre d'hommes :

7. Nombre d'entrées :

8. Age moyen à l'entrée :

9. Nombre de sorties : 9.1 dont décès :

10. Durée moyenne de présence dans la structure :

11. Pathologies et Dépendance

11.1 PMP au dernier relevé effectué :

11.2 Date : / /

11.3 GMP au dernier relevé effectué :

11.4 Date : / /

11.5 Répartition des GIR :

GIR 1 :
 GIR 2 :
 GIR 3 :

GIR 4 :
 GIR 5 :
 GIR 6 :

Les bénéficiaires de l'action

12. Date de démarrage de l'action dans l'établissement : | | | | |

13. Evolution du nombre de bénéficiaires de l'action :

13.1 En 2010 : | | | 13.2 Age moyen : | | | 13.3 Répartition par sexe : femmes | | | hommes | | |

13.4 En 2009 : | | | 13.5 Age moyen : | | | 13.6 Répartition par sexe : femmes | | | hommes | | |

13.7 En 2008 : | | | 13.8 Age moyen : | | | 13.9 Répartition par sexe : femmes | | | hommes | | |

13.10 En 2007 : | | | 13.11 Age moyen : | | | 13.12 Répartition par sexe : femmes | | | hommes | | |

14. Y-a-t-il actuellement des demandes non satisfaites ? oui ☐ 1 non ☐ 2

14.1 Si oui, combien de personnes cela concerne-t-il ? | | |

Pathologies et Dépendance des personnes ayant bénéficié de l'action en 2010

15.1 A l'entrée dans l'établissement

16.1 A l'inclusion dans l'action

17.1 Au dernier relevé effectué

Répartition des GIR :

GIR 1 : | | |
GIR 2 : | | |
GIR 3 : | | |
GIR 4 : | | |
GIR 5 : | | |
GIR 6 : | | |

Répartition des GIR :

GIR 1 : | | |
GIR 2 : | | |
GIR 3 : | | |
GIR 4 : | | |
GIR 5 : | | |
GIR 6 : | | |

Répartition des GIR :

GIR 1 : | | |
GIR 2 : | | |
GIR 3 : | | |
GIR 4 : | | |
GIR 5 : | | |
GIR 6 : | | |

Selon disponibilité

15.2 GMP : | | | |

15.3 PMP : | | | |

Selon disponibilité

16.2 GMP : | | | |

16.3 PMP : | | | |

Selon disponibilité

17.2 GMP : | | | |

17.3 PMP : | | | |

Section 3. L'action « activités sportives »

Cadre général

18. Un groupe projet accompagne-t-il l'action ? : oui ☐ 1 non ☐ 2

18.1 Si oui, qu'elle est sa composition ? : identification des personnes et fonction dans l'établissement

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

18.2 A quelle date a-t-il été mis en place ? | | | | |

18.3 Combien de fois s'est-il réuni depuis sa mise en place ? | | |

18.4 Des comptes-rendus de réunion ont-ils été produits ? oui ☐ 1 non ☐ 2

Si oui, joindre les comptes-rendus de réunion

19. Y-a-t-il eu une information/sensibilisation des personnels de l'établissement relative à l'action mise en place ? oui ☐ 1 non ☐ 2

19.1 Si oui, préciser sous quelle forme

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

20. L'action est-elle intégrée au projet de vie de l'établissement ? oui ☐ 1 non ☐ 2

Si oui, joindre la photocopie des éléments concernant l'action

21. L'action est-elle intégrée au projet de vie individualisé du résident ? oui ☐ 1 non ☐ 2

21.1 Si oui, préciser de quelle manière ci-dessous et joindre le support-type permettant d'identifier et de suivre l'action dans le projet de vie individualisé

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

22. L'action a-t-elle été présentée au conseil de la vie sociale ? oui ☐ 1 non ☐ 2

Joindre le compte-rendu s'il existe

Procédures et outils mis en place

23. Existe-t-il une procédure relative à l'intervention de l'éducateur sportif ? oui ☐ 1 non ☐ 2

il s'agira notamment de préciser les éléments relatifs à l'organisation de l'intervention : modalités de prise en charge des résidents, description de l'intervention...

Si oui,

23.1 Si la procédure fait l'objet d'un document écrit joindre le document

23.2 Si la procédure existe mais ne fait pas l'objet d'un document écrit, la décrire ci-dessous :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
L'intégration du résident à l'action

24. La proposition faite au résident de participation à l'action s'appuie-t-elle sur un avis médical ?

oui ☐ 1 non ☐ 2

24.1 Si oui, un certificat de non contre-indication est-il établi ?

oui ☐ 1 non ☐ 2

24.2 Si non, la proposition s'appuie-t-elle sur un avis paramédical (ide, kiné) ?

oui ☐ 1 non ☐ 2

25. La proposition de participation est-elle prise dans un cadre collégial (réunions) ? oui ☐ 1 non ☐ 2

26. L'éducateur sportif est-il associé à la décision de proposition de participation ? oui ☐ 1 non ☐ 2

27. Des tests sont-ils pratiqués en amont de la participation du résident pour évaluer ses capacités ?

oui ☐ 1 non ☐ 2

Si oui, lesquels ?

28. Au final, existe-t-il une procédure écrite concernant l'intégration du résident ? oui ☐ 1 non ☐ 2

Si oui, joindre le document

La coordination et la transmission d'informations autour de l'action

29. L'éducateur sportif participe-t-il à des réunions internes à l'établissement ? oui ☐ 1 non ☐ 2

Si oui, lesquelles ?

29.1 Dans le cadre de ces réunions, l'action est-elle spécifiquement évoquée ?

oui ☐ 1 parfois ☐ 2 non ☐ 3

29.2 L'éducateur sportif a-t-il le moyen de transmettre des informations écrites ? oui ☐ 1 non ☐ 2

Si oui, sur quel support ?

Si oui, ce moyen est-il utilisé ? oui ☐ 1 non ☐ 2

30. Existe-t-il une évaluation de l'action ? oui ☐ 1 non ☐ 2

Si oui, sur quels aspects et selon quelles modalités ?

.....

.....

.....

.....

.....

Section 4. Les recueils existant dans l'établissement

Les questions suivantes ont pour but de permettre à l'ORS Bretagne d'identifier **les indicateurs utilisables pour décrire le profil des bénéficiaires de l'action et son évolution dans le temps**

31. Les recueils réalisés dans l'établissement

	31.1 Actuellement		31.2 Pouvant être mis en place	
1. Relevé individuel des chutes (événement indésirable)	oui ☐ 1	non ☐ 2	oui ☐ 1	non ☐ 2
2. Conséquences des chutes (fracture, hospitalisations ..)	oui ☐ 1	non ☐ 2	oui ☐ 1	non ☐ 2
3. Actes de kinésithérapie prescrits	oui ☐ 1	non ☐ 2	oui ☐ 1	non ☐ 2
4. Motifs de prescription des actes de kinésithérapie	oui ☐ 1	non ☐ 2	oui ☐ 1	non ☐ 2

Suivi d'indicateurs spécifiques :

5. Mise au fauteuil	oui ☐ 1	non ☐ 2	oui ☐ 1	non ☐ 2
6. Lieux des repas	oui ☐ 1	non ☐ 2	oui ☐ 1	non ☐ 2
7. Participation aux animations	oui ☐ 1	non ☐ 2	oui ☐ 1	non ☐ 2
8. Evolution dans le temps de variables discriminantes du GIR (Transferts, toilette, déplacements intérieurs et extérieurs)	oui ☐ 1	non ☐ 2	oui ☐ 1	non ☐ 2
Autre, préciser :	oui ☐ 1	non ☐ 2	oui ☐ 1	non ☐ 2

32. Parmi les tests cités ci-après, lesquels sont utilisés dans l'établissement, à quelle fréquence, et pourraient être pris en compte dans l'évaluation (témoins d'une évolution dans le temps pour les bénéficiaires de l'action) ?

32.1 Etat nutritionnel (MNA) utilisé régulièrement ☐ 1 utilisé ponctuellement ☐ 2 non utilisé ☐ 3

32.2 Equilibre et posture

1. Get up and go test	utilisé régulièrement ☐ 1	utilisé ponctuellement ☐ 2	non utilisé ☐ 3
2. Tinetti	utilisé régulièrement ☐ 1	utilisé ponctuellement ☐ 2	non utilisé ☐ 3
3. TMM	utilisé régulièrement ☐ 1	utilisé ponctuellement ☐ 2	non utilisé ☐ 3

32.3 Force musculaire

Grip test utilisé régulièrement ☐ 1 utilisé ponctuellement ☐ 2 non utilisé ☐ 3

Autre(s) test(s) en place et utilisable(s) dans le cadre de l'évaluation, préciser

.....

.....

.....

Annexe 2 : Questionnaire "bénéficiaire"

Partie réservée ORSB

Numéro questionnaire : _ _ _

Code établissement : _ _

Enquête de satisfaction réalisée auprès des bénéficiaires de l'intervention des éducateurs sportifs**A lire avant de commencer ...**

L'enquête a pour but de vous **permettre d'exprimer votre avis et votre satisfaction** concernant les activités physiques et sportives auxquelles vous participez.

Les questionnaires sont **strictement anonymes**.

Lorsque vous répondrez à ce questionnaire, nous vous demandons de le faire en toute sincérité car il sera tenu compte de l'ensemble des réponses pour améliorer ce qui vous est proposé.

Si aucune réponse ne correspond à votre situation, il faut cocher **la plus proche**.

Lorsque vous avez fini de remplir le questionnaire, vous le déposez dans la boîte prévue à cet effet. Les questionnaires seront adressés anonymement à l'Observatoire Régional de la Santé de Bretagne, organisme de santé publique responsable de l'enquête.

Merci d'avance pour votre participation

Partie 1 : renseignements généraux (cochez la réponse correspondant à votre situation)

1. Etes-vous : 1. ☐ Un homme 2. ☐ Une femme

2. Quel est votre âge ? |_|_|_| ans

3. Comment vous déplacez-vous ?

1. ☐ En marchant sans aide

2. ☐ En marchant avec des cannes ou des béquilles

3. ☐ En marchant avec un déambulateur

4. ☐ En fauteuil roulant

4. Depuis combien de temps participez-vous aux ateliers sportifs ? : 1. ☐ Moins de 1 an 2. ☐ Plus d'un an

5. **Avant de commencer à participer** aux ateliers sportifs :

5.a Un médecin vous a-t-il donné son avis ?

1. ☐ Oui

2. ☐ Non

3. ☐ Je ne sais pas

5.b Un kinésithérapeute vous a-t-il donné son avis ?

1. ☐ Oui

2. ☐ Non

3. ☐ Je ne sais pas

5.c Avez-vous rencontré l'éducateur sportif ?

1. ☐ Oui

2. ☐ Non

3. ☐ Je ne sais pas

Partie 2 : votre avis et votre satisfaction (cochez la réponse correspondant à votre situation)

6. **À quel rythme** participez vous aux ateliers sportifs ?

1. ☐ Plus d'une fois par semaine

2. ☐ Une fois par semaine

3. ☐ Entre 2 et 3 fois par mois

4. ☐ Environ une fois par mois

5. ☐ Moins d'une fois par mois

6. ☐ Je ne sais pas

7. Selon vous, **la durée des séances** d'ateliers sportifs est-elle ?

1. ☐ Satisfaisante

2. ☐ Trop courte

3. ☐ Trop longue

4. ☐ Je ne sais pas

8. Estimez-vous que le **nombre de séances d'ateliers** auquel vous participez est suffisant ?

1. ☐ Oui

2. ☐ Non

3. ☐ Je ne sais pas



8.a **Si non**, quel serait selon vous le nombre de séances nécessaires (**par mois**) ? |_|_| fois

9. Si vous trouvez que le nombre de séances d'ateliers est insuffisant, quelle en est la raison principale ?

- | | |
|--|---|
| 1. ☐ Manque de séances proposées par l'éducateur sportif | 3. ☐ Manque d'information sur le calendrier des ateliers |
| 2. ☐ Manque de place dans les ateliers (trop de demandes) | 4. ☐ Frein financier |
| 5. ☐ Autre raison ➞ Laquelle _____ | |

10. Estimez-vous que les exercices ou les activités qui sont proposés au cours des ateliers sont adaptés à vos capacités ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Partiellement 3. ☐ Non 3. ☐ Je ne sais pas

11. Si vous trouvez que les exercices ou les activités qui sont proposés au cours des ateliers ne sont pas adaptés à vos capacités, expliquez pourquoi en quelques mots ?

12. Êtes-vous satisfait de la compétence de l'éducateur sportif ?

- | | | |
|--|---|--|
| 1. ☐ Très satisfait | 3. ☐ Peu satisfait | 5. ☐ Je ne sais pas |
| 2. ☐ Satisfait | 4. ☐ Pas du tout satisfait | |

13. Durant les ateliers, vous sentez vous en sécurité ?

- | | |
|---|--|
| 1. ☐ Oui | 3. ☐ Non |
| 2. ☐ Partiellement | 4. ☐ Je ne sais pas |

Partie 3 : l'apport des ateliers

(cochez la réponse correspondant à votre situation)

14. Pensez-vous que les ateliers ? (une réponse par question)

- | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---|
| 14.1 Contribuent globalement à augmenter votre force musculaire ? | 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |
| 14.2 Contribuent globalement à améliorer vos déplacements ? | 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |
| 14.3 Contribuent globalement à améliorer votre équilibre ? | 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |
| 14.4 Contribuent à diminuer vos chutes ? | 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |
| 14.5 Contribuent à diminuer votre besoin de kinésithérapie ? | 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |
| 14.6 Contribuent globalement à améliorer votre bien-être ? | 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |
| 14.7 Contribuent à vous aider à mieux vivre votre vieillesse ? | 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |
| 14.8 Améliorent vos capacités dans les actes de la vie quotidienne ? | 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |
| 14.9 Favorisent les relations avec les autres résidents ? | 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |

15. Au final, diriez-vous que par rapport à votre qualité de vie, l'apport des ateliers est globalement :

- | | | |
|---|--|--|
| 1. ☐ Très satisfaisant | 3. ☐ Peu satisfaisant | 5. ☐ Je ne sais pas |
| 2. ☐ Satisfaisant | 4. ☐ Pas du tout satisfaisant | |

AU FINAL

(cochez la réponse correspondant à votre situation)

16. Globalement et vis-à-vis des ateliers sportifs, êtes-vous ?

- | | | |
|--|---|--|
| 1. ☐ Très satisfait | 3. ☐ Peu satisfait | 5. ☐ Je ne sais pas |
| 2. ☐ Satisfait | 4. ☐ Pas du tout satisfait | |

17. Avez-vous des propositions pour améliorer les ateliers ?

**Merci d'avoir eu la gentillesse de participer avec cette enquête.
Vous pouvez mettre ce questionnaire dans la boîte prévue à cet effet.**

Annexe 3 : Questionnaire "professionnel"

Partie réservée ORSB

Numéro questionnaire : _ _ _

Code établissement : _ _

**Destinataires de l'enquête : professionnels
intervenant auprès des résidents qui bénéficient de
l'intervention des éducateurs sportifs
(médecin coordonnateur ; IDE ; AS ; animatrice ; kiné)**

A lire avant de commencer ...

L'enquête a pour objectif **d'évaluer l'action des éducateurs physiques et sportifs** dans votre établissement et de mieux connaître l'apport de leurs interventions pour pouvoir éventuellement proposer des améliorations.

Les questionnaires et leur traitement sont strictement anonymes. Lorsque vous répondrez à ce questionnaire, nous vous demandons de le faire en toute sincérité car il sera tenu compte de l'ensemble des réponses pour

améliorer l'action évaluée.

Lorsque vous avez fini, vous pouvez remettre le questionnaire dans une enveloppe au référent de l'action dans votre établissement. Ils seront ensuite adressés anonymement à l'Observatoire Régional de la Santé de Bretagne, organisme de santé publique responsable de l'évaluation.

Merci d'avance pour votre participation

Partie 1 : renseignements généraux

(Cochez la réponse correspondant à votre situation ou à votre avis)

1. Etes-vous : 1. ☐ Médecin coord 3. ☐ Aide soignante 5. ☐ Animatrice
2. ☐ infirmière 4. ☐ Kinésithérapeute 6. ☐ Autre professionnel ➔ Lequel _____

2. Avez-vous **bénéficié d'une formation aux bienfaits de l'éducation physique et sportive ?** 1. ☐ Oui 2. ☐ Non
21. ➔ Si non, pensez-vous que cela serait utile ? 1. ☐ Oui 2. ☐ Non 3. ☐ Je ne sais pas

3. Vous arrive t-il de participer aux ateliers sportifs ? 1. ☐ Oui toujours 2. ☐ Oui parfois 3. ☐ Non

4. D'autres professionnels y participent t-ils ? 1. ☐ Oui toujours 2. ☐ Oui parfois 3. ☐ Non
41. ➔ Si oui, lesquels ? _____

5. Estimez-vous que le nombre d'heures proposé est adapté aux besoins des bénéficiaires?

1. ☐ Oui 2. ☐ Non ➔ 51. Si non, pourquoi _____

6. Y a t'il des résidents qui souhaiteraient participer aux ateliers et qui n'y ont pas accès ?

1. ☐ Tous ceux qui le souhaitent y ont accès 3. ☐ Je ne sais pas
2. ☐ Tous ceux qui le souhaitent n'y ont pas accès

7. Si certains résidents qui souhaiteraient participer aux ateliers n'y ont pas accès, quels en sont les motifs ?
(Plusieurs réponses possibles)

71. ☐ Manque de séances proposées par l'animateur 73. ☐ Manque d'information sur le calendrier des ateliers
72. ☐ Manque de place dans les ateliers (trop de demandes) 74. ☐ Frein financier

75. ☐ Autre(s) motif(s) ➔ Lequel(s) _____

Partie 2 : l'intégration des ateliers (cochez la réponse correspondant à votre situation)

8. A votre avis, les ateliers physiques et sportifs sont-ils suffisamment intégrés au projet de vie ou d'établissement ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Non 3. ☐ Je ne sais pas

9. A votre avis, les projets individualisés de prise en charge des résidents sont-ils suffisamment intégrés dans les ateliers ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Non 3. ☐ Je ne sais pas

10. Si les ateliers ne sont pas suffisamment intégrés aux différents projets (voir Q 9 et 10), que faudrait-il faire pour y remédier ?

11. Les modalités de communication et d'échanges d'informations entre l'éducateur sportif et l'équipe soignante sont-elles suffisantes ? (cahier de liaison, participation régulière à des réunions communes...)

1. ☐ Oui 2. ☐ Partiellement 3. ☐ Non 4. ☐ Je ne sais pas

12. Si les modalités ne sont pas suffisantes, que faudrait-il faire pour y remédier ?

Partie 3 : l'apport des ateliers (cochez la réponse correspondant à votre situation)

13. Êtes-vous satisfait de la compétence de l'éducateur sportif ?

1. ☐ Très satisfait 3. ☐ Peu satisfait 5. ☐ Je ne sais pas
2. ☐ Satisfait 4. ☐ Pas du tout satisfait

14. Pensez-vous que la formation reçue par l'éducateur sportif concernant la spécificité des personnes âgées en termes d'activités physiques et sportives est suffisante ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Partiellement 3. ☐ Non 4. ☐ Je ne sais pas

15. Pensez-vous que les exercices ou les activités collectives qui sont proposés au cours des ateliers sont adaptés aux capacités des bénéficiaires ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Partiellement 3. ☐ Non 3. ☐ Je ne sais pas

16. Si vous trouvez que les exercices ou les activités collectives qui sont proposés au cours des ateliers ne sont pas adaptés aux capacités des bénéficiaires, expliquez pourquoi ?

17. Pensez-vous que les exercices ou les activités qui sont proposés au cours des ateliers sont suffisamment individualisés ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Partiellement 3. ☐ Non 3. ☐ Je ne sais pas

18. Durant les ateliers et à votre avis, les bénéficiaires sont-ils en sécurité ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Partiellement 3. ☐ Non 3. ☐ Je ne sais pas

181. ➡ Si non, pourquoi ?

19. Pensez-vous que les ateliers ? (une réponse par question)

- | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---|
| 19.1 Contribuent globalement à augmenter le niveau des capacités physiques des résidents ? | 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |
| 19.2 Contribuent globalement à augmenter leur force musculaire ? | 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |
| 19.3 Contribuent globalement à améliorer leurs déplacements ? | 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |
| 19.4 Contribuent globalement à améliorer leur équilibre ? | 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |
| 19.5 Contribuent à diminuer les chutes ? | 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |
| 19.6 Contribuent à diminuer les besoins de kinésithérapie ? | 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |
| 19.7 Contribuent globalement à améliorer leur bien-être ? | 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |
| 19.8 Améliorent leur autonomie dans les actes de la vie quotidienne ? | 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |
| 19.9 Favorisent les relations entre les résidents ? | 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |

20. Diriez-vous que par rapport à la qualité de vie des résidents, l'apport des ateliers est globalement :

- | | | |
|---|--|--|
| 1. ☐ Très satisfaisant | 3. ☐ Peu satisfaisant | 5. ☐ Je ne sais pas |
| 2. ☐ Satisfaisant | 4. ☐ Pas du tout satisfaisant | |

21. Diriez-vous que les ateliers ont modifié vos pratiques professionnelles ? 1. ☐ Oui 2. ☐ Non 3. ☐ Ne sais pas

21.1. ➡ Si oui, à quel niveau ? _____

AU FINAL (cochez la réponse correspondant à votre situation)

22. Globalement et vis-à-vis des ateliers d'activités physiques et sportives, êtes-vous ?

- | | | |
|--|---|--|
| 1. ☐ Très satisfait | 3. ☐ Peu satisfait | 5. ☐ Je ne sais pas |
| 2. ☐ Satisfait | 4. ☐ Pas du tout satisfait | |

23. Avez-vous des propositions à faire pour améliorer les ateliers, leur articulation avec les autres projets mis en place, ou leur impact sur la qualité de vie des résidents ?

Merci d'avoir eu la gentillesse et la disponibilité pour participer avec cette évaluation.

Vous pouvez mettre ce questionnaire dans une enveloppe et la remettre au référent de l'action dans votre établissement qui nous le fera parvenir pour exploitation

Annexe 4 :

Grille d'entretien auprès des éducateurs sportifs

Grille d'entretien destinée aux professionnels (éducateurs sportifs) participant à l'expérimentation « activités physiques » dans les EHPAD

✓ Infos générales :

- âge :
- parcours formation (année de formation éducateur sportif, année de formation CREPS Dinard AMAP : comment et pourquoi ?)
- Nombre d'années travaillées auprès des personnes âgées
- Intervenez-vous auprès d'autres publics également ?

✓ La formation reçue : satisfaction, attentes et besoins

- Comment et pourquoi (demande hiérarchie/initiative perso)
- Qualité de la formation et des formateurs ?
- Acquisition de compétences ?
- Adéquation formation/attentes et besoins des personnes âgées. Apport de la formation pour ceux qui travaillaient déjà avec les personnes âgées ? Professionnalisation ?
- Mise à disposition d'outils ? Normalisation de l'intervention grâce à la formation ? freins et moteurs de la mise en pratique des compétences acquises ?
- Quelles sont vos attentes par rapport à cette formation ? Suggestions pour améliorer le programme ? Compléter ? Des manques ?
- Rôle du tuteur lors du stage ? Rôle de tuteur actuellement pour un stagiaire ?
- Globalement, est-ce que la formation est pour vous une étape positive dans votre parcours professionnel ? A-t-elle influencé vos choix professionnels ?
- Souhaitez-vous poursuivre cette activité d'intervention auprès des personnes âgées ?
- Votre emploi est-il pérennisé actuellement ? (type de contrat). Si oui, est-ce grâce à la formation ? conditions nécessaires ?
- Ressentez-vous des besoins particuliers par rapport à votre exercice professionnel ? (formation continue, besoins en matériel, autre)

✓ Description des actions :

- Cahier des charges ? Fréquence et durée
- Type d'activité proposée (renforcement musculaire/réentraînement équilibre/marche/autre). Pourquoi ?
- En groupe ? seul ? Si groupe, est-il homogène ? Individualisation ? Comment ? Quelle adaptation des activités ?
- Comment les bénéficiaires sont-ils recrutés ? conditions et délai d'accès (test/avis). Y en a-t-il assez ? trop ? pourquoi ?
- Comment sécurisez-vous les séances ? (avant-au niveau du recrutement, et pendant). Ya-t-il déjà eu des problèmes pendant les séances (chute ?). si oui, pourquoi à votre avis ? quelles solutions avez-vous mis en place ?

- Y a-t-il aussi des actions envers les professionnels (séances d'information, conseils sur une plage horaire spécifique, autre ?)

✓ Avez-vous rencontré des difficultés pour mettre en œuvre cette action ?

- Difficultés techniques ? (matériel, locaux)
- Difficultés organisationnelles ? administratives ? communication et information des personnes âgées ?
- Difficultés d'intégration ? (dans l'établissement, avec l'équipe, acceptabilité par les autres professionnels ?, Autres professionnels formés ?)
- Difficultés liées au public, difficultés pour intégrer l'action au sein de l'établissement, difficultés pour recruter des personnes âgées, freins sur l'accès à l'action ? de quel ordre ?...
- Frein financier ?
- Si difficultés, quelles solutions avez-vous trouvées ? suggérez-vous ?

✓ Intégration dans l'établissement et relations avec les autres professionnels

- Trouvez-vous l'intégration de votre action satisfaisante ? au projet d'établissement ?
- Avez-vous des relations/échanges avec le personnel soignant de l'établissement ? (traduction concrète : participation à des réunions, groupe de travail, groupe projet, participation d'autres professionnels aux ateliers ...). si oui, avec qui ? est-ce utile ?
- Outils spécifiques de coordination, communication, transmission ?
- Travaillez-vous en collaboration directe et spécifique avec l'équipe soignante pour l'action « activités physiques » ?
- Selon vous, quel rôle doit avoir l'équipe soignante de l'établissement dans l'action ?

✓ Impact de votre action

- Selon vous, quel est l'impact de votre action sur les personnes âgées bénéficiaires (physique/qualité de vie et bien être) ?
- Avez-vous mis en place une évaluation systématisée de votre action ? si oui, comment (quels outils : papier/informatique/ dossier du patient/ recueil spécifique), et avec quel contenu ou sur quels indicateurs (description simple des progrès, recueil systématique du déroulement de la séance, mise en place de tests réguliers, autre ?)
- Considérez-vous que votre action auprès des personnes âgées a un impact sur les autres professionnels ? si oui, comment (modification des pratiques professionnelles, plus d'aide à la marche, autre...) ? si oui, pourquoi ? (grâce aux séances d'information/réunions/participation aux ateliers)
- Sur la vie/le fonctionnement de l'établissement ? (impact direct et/ou indirect)
- Avez-vous constaté des impacts non prévus initialement (positifs ou négatifs) ? Si oui, lesquels ? développement d'autres projets ? sensibilisation professionnels, familles ?

✓ Au final...

- Êtes-vous satisfaits de votre activité professionnelle auprès des personnes âgées ?

✓ Avez-vous des remarques supplémentaires concernant l'action ?

Annexe 5 :

Grille d'entretien auprès des personnes ressources

GRILLE ENTRETIEN Groupements d'employeurs

I) Comment avez-vous eu connaissance de cette action ?

- a) Motivation(s) à sa mise en place ?

II) Relations avec le CREPS

- a) Que pensez vous de la formation ? ➡ Qualité, adaptation spécificité des PA ? Manques ?
- b) Adaptation du rythme de formation ➡ Adaptation offre – demande ?
➡ Demandes établissements non satisfaites ?
- c) Ont-ils un rôle dans le recrutement pour la formation ➡ Modalité de sélection ?
- d) Au final, satisfaction / relations avec le CREPS ➡ Manques – Besoins ?

III) Relations avec les établissements

- a) Comment communiquez vous pour faire connaître cette action ➡ Manques – Besoins / visibilité ?
- b) Comment communiquez vous avec les établissements bénéficiaires/ action ➡ Manques – Besoins ?
- c) Besoin d'un interlocuteur référent ?
- d) Difficultés à trouver des contrats / nb éducateurs formés ?
- e) Difficultés de mise en œuvre : ➡ Lequelles ? (organisationnelles, financières ...)
- f) Retour des établissements sur les interventions des éducateurs ➡ Evaluations : ➡ Manques – Besoins ?
- g) Retour concernant l'impact sur les PA ? ➡ Manques – Besoins ?
- h) Y a t'il des freins à l'intervention des éducateurs ? ➡ Lequels ?
- i) Au final, satisfaction des relations avec les établissements ➡ MA – BE ?

IV) Relations avec la DRJSCS (pilotage général de l'action)

- a) échanges CREPS/ Les GE / La DRJSCS ? ➡ Manques – Besoins ?
- b) Satisfaction générale : ➡ Manques – Besoins ?

V) Conditions et freins à la pérennisation de cette action ? à son extension ?

- a) Qualité de la formation des éducateurs ➡ Manques – Besoins ?
- b) constitution d'un gisement d'emploi pérenne ? (nb d'heure suffisant, financements ..)

VI) Satisfaction globale, perspectives d'évolution ?

Suggestions/remarques/propositions d'amélioration ?

GRILLE ENTRETIEN Campus de l'excellence sportive de Bretagne

I) Organisation de la formation

- 1) Ont-ils un rôle dans le recrutement pour la formation ➡ Modalité de sélection ?
- 2) **Au final, manques – besoins ?**

II) Contenu de formation

- 1) Qualité, adaptation spécificité des PA ? Manques ?
- 2) Nécessité formation spécifique Alzheimer ou autres pathologies
- 3) Temps d'immersion suffisant (stage...)
- 4) Qualité et compétence des intervenants (professionnels paramédicaux des EHPAD...)
➡ Difficultés à recruter certains profils
- 5) Actualisation des connaissances, mutualisation des pratiques
- 6) Cahier des charges d'intervention ➡ Collectif ou individuel
➡ Matériel nécessaire
➡ Organisation éducative-personnels des établissements
➡ Intégration au projet d'établissement
- 7) Evaluation qualité et adéquation de la formation (retour établissement-éducateurs/ satisfaction, impact...)
- 8) **Au final, manques – besoins ?**

III) Relations avec les GE

- 1) Adaptation du rythme de formation ➡ **Adaptation offre – demande ?**
➡ **Demandes établissements non satisfaites ?**
- 2) Fluidité et efficacité des échanges administratifs
- 3) **Au final, manques – besoins ?**

IV) Relations avec les établissements

- 1) Comment communiquez vous avec les établissements bénéficiaires/ action ➡ **MA – BE ?**
- 2) Besoin d'un interlocuteur référent ?
- 3) Difficultés de mise en œuvre : ➡ **Lesquelles ? (organisationnelles, financières ...)**
- 4) Y a t'il des freins à l'intervention des éducateurs ? ➡ **Lesquels ?**
- 5) **Au final, satisfaction des relations avec les établissements ➡ manques – besoins ?**

V) Relations avec la DRJSCS (pilotage général de l'action)

- 1) échanges CREPS/ Les GE / La DRJSCS ? ➡ **manques – besoins ?**
- 2) Satisfaction générale : ➡ **manques – besoins ?**

VI) Perspectives d'évolution ?

Suggestions/remarques/propositions d'amélioration ?

GRILLE ENTRETIEN directeurs établissements

I) Comment avez-vous eu connaissance de cette action ?

- a) Motivation(s) à sa mise en place ?

II) Description de l'action

- a) Nombre d'heures de contrat par semaine ➡ **Manques – Besoins ?**
- b) Type d'activité proposée (individuelle – collective) ➡ **Manques – Besoins ?**
- c) Continuité de la participation

III) Processus et intégration de l'action au projet d'établissement

- a) Accompagnement de l'action lors de sa mise en œuvre (information en amont - présentation auprès des autres professionnels) ➡ **Manques – Besoins ?**
- b) Présence d'un cahier des charges/référentiel d'intervention ➡ **Manques – Besoins ?**
- c) Modalités de recrutement des PA – réactivité - freins à l'inscription (places, finances..)
- d) Place à l'éducateur dans la décision de recrutement (effectif / homogénéité du groupe)
- e) Médicalisation du recrutement ➡ **Nécessaire ?**
- f) Présence d'un référent ou d'un groupe projet de l'action ? ➡ **Utilité. Manques – Besoins ?**
- g) Modalités de communication/transmissions éducateur / autres profs ➡ **Manques – Besoins ?**
- h) Echange/réunion de l'éducateur avec l'équipe précisé sur le contrat ? ➡ **envisageable ?**
- i) Acceptabilité par l'équipe ?
- j) **Au final** : difficultés de mise en œuvre dans votre établissement ? **Manques – Besoins ?**

V) Bénéfices directs et indirects

- a) Sur les bénéficiaires (qualité de vie ; maintien de l'autonomie....)?
- b) Sur les coûts ? (kiné/chute...)
- c) Modification des pratiques professionnelles (sensibilisation/relais action/ formation)
- d) Mise en place d'un groupe de réflexion/dépendance physique
- e) Sur le fonctionnement général de votre établissement ?
- f) Mise en place une évaluation de cette action et des différents éléments ci-dessus

VI) Pilotage général de l'action : échanges CREPS/ Le GE / La DRJSCS ? ➡ **MA – BE ?**

VII) Conditions et freins à la pérennisation de cette action ? à son extension ?

- a) Qualité de la formation des éducateurs ➡ **Manques – Besoins ?**
- b) constitution d'un gisement d'emploi pérenne ?

VIII) Satisfaction global, perspectives d'évolution ?

Suggestions/remarques/propositions d'amélioration ?

GRILLE ENTRETIEN

I) Mise en place de l'action ? (confrontation point de départ)

- a) Motivation(s) à sa mise en place ?
- b) Interlocuteurs initiaux
- c) Objectifs de départ
- c) Attentes vis-à-vis des différents partenaires
- d) Conception financière initiale
- e) Poursuite du budget au niveau national ?

II) Relations avec les GE

- a) Quelle est la réalité des relations : attentes et besoins
- b) Modalités de mobilisation des établissements ?
- c) Rythme de mobilisation
- d) Freins et facteurs favorisant : établissements et emploi des éducateurs
- e) Utilisation des financements
- f) Satisfaction générale : ➡ Manques – Besoins ?

III) Relations avec le CREPS

- a) Que pensez vous de la formation ? ➡ Qualité, adaptation spécificité des PA ? Manques ?
- b) Adaptation du rythme de formation ➡ Adaptation offre – demande ?
➡ Demandes établissements non satisfaites ?
- c) Formation des personnels des établissements : articulation avec intervention des éducateurs
- d) Au final, satisfaction / relations avec le CREPS ➡ Manques – Besoins ?

III) Relations avec les établissements

- a) Modalités de communication pour faire connaître cette action ➡ Manques–Besoins/ visibilité ?
- b) Besoin d'un interlocuteur référent dans les établissements ?
- c) Y a t'il un protocole d'intervention ➡ Manques–Besoins
- d) Difficultés de mise en œuvre : ➡ Lequelles ? (organisationnelles, financières ...)
- e) Y a t'il des freins à l'intervention des éducateurs ? ➡ Lequels ?
- f) Retour des établissements sur les interventions des éducateurs ➡ Evaluations : ➡ Manques – Besoins ?
- g) Retour concernant l'impact sur les PA ? ➡ Manques – Besoins ?

V) Conditions et freins à la pérennisation de cette action ? à son extension ?

- a) constitution d'un gisement d'emploi pérenne ? (nb d'heure suffisant, financements ..)

VI) Satisfaction globale, perspectives d'évolution ?

Suggestions/remarques/propositions d'amélioration ?

Annexe 6 : Questionnaire "chutes et conséquences"

Partie réservée ORSB

Code établissement : _ _

Numéro dossier : _ _ _

**Recueil des chutes des résidents
avant / après leur entrée dans l'action**

Bénéficiaire 1

1. Sexe 1. ☐ homme 2. ☐ femme

2. Age |_|_|_|_| ans

3. GIR actuel |_|

4. Date d'entrée dans l'établissement |_|_|_|_|_|_|_|_|

5. Date d'entrée dans l'action |_|_|_|_|_|_|_|_|

6. Date du recueil des données |_|_|_|_|_|_|_|_|

Chutes du résident
précédant son entrée dans l'action

(12 mois ou moins selon sa date d'entrée dans l'établissement)

⇒ Nombre de chutes durant les 12 mois (ou moins) précédant l'entrée dans l'action du résident |_|_|

Chute 1 précédant l'entrée dans l'action

1. Date de la chute : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

2. Traumatisme physique subi

1. ☐ Traumatisme mineur (atteinte superficielle de la peau : hématome sous-cutané, excoriation de l'épiderme,...)
2. ☐ Traumatisme modéré (tassement des vertèbres, fracture de côtes,...)
3. ☐ Traumatisme sévère (fracture fémorale, hématome extra et/ou sous-duraux, contusion et/ou hématome cérébraux, traumatisme crânien, laceration cutanée de grande taille et/ou profonde,...)
4. ☐ Ne sais pas

3. Si le traumatisme physique subi est sévère, précisez sa nature (plusieurs réponses possibles)

1. ☐ fracture fémorale
2. ☐ hématome extra et/ou sous-duraux
3. ☐ contusion et/ou hématome cérébral
4. ☐ traumatisme crânien
5. ☐ laceration cutanée de grande taille et/ou profondes (dépassant l'hypoderme)
6. ☐ autre (préciser) : _____
7. ☐ ne sais pas

4. Prise en charge médicale consécutive à la chute (plusieurs réponses possibles)

1. ☐ chute n'ayant pas nécessité de prise en charge
2. ☐ médecin
3. ☐ dentiste
4. ☐ infirmier
5. ☐ hospitalisation → nombre de jours : |_|_|
6. ☐ autre (préciser) : _____
7. ☐ ne sais pas

5. Soins de rééducation avec un professionnel (kinésithérapeute,...) consécutifs à la chute

1. ☐ oui
2. ☐ non
3. ☐ ne sais pas

Chutes du résident
après son entrée dans l'action

(12 mois avant le jour de l'enquête ou moins selon sa date d'entrée dans l'action)

⇒ Nombre de chutes durant les 12 mois (ou moins) précédant le jour de l'enquête |_|_|

Chute 1 pendant l'action

1. **Date de la chute :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

2. **Traumatisme physique subi**

1. ☐ Traumatisme mineur (atteinte superficielle de la peau : hématome sous-cutané, excoriation de l'épiderme,...)
2. ☐ Traumatisme modéré (tassement des vertèbres, fracture de côtes,...)
3. ☐ Traumatisme sévère (fracture fémorale, hématome extra et/ou sous-duraux, contusion et/ou hématome cérébraux, traumatisme crânien, laceration cutanée de grande taille et/ou profonde,...)
4. ☐ Ne sais pas

3. **Si le traumatisme physique subi est sévère, précisez sa nature (plusieurs réponses possibles)**

1. ☐ fracture fémorale
2. ☐ hématome extra et/ou sous-duraux
3. ☐ contusion et/ou hématome cérébral
4. ☐ traumatisme crânien
5. ☐ laceration cutanée de grande taille et/ou profondes (dépassant l'hypoderme)
6. ☐ autre (préciser) : _____
7. ☐ ne sais pas

4. **Prise en charge médicale consécutive à la chute (plusieurs réponses possibles)**

1. ☐ chute n'ayant pas nécessité de prise en charge
2. ☐ médecin
3. ☐ dentiste
4. ☐ infirmier
5. ☐ hospitalisation → nombre de jours : |_|_|
6. ☐ autre (préciser) : _____
7. ☐ ne sais pas

5. **Soins de rééducation avec un professionnel (kinésithérapeute,...) consécutifs à la chute**

1. ☐ oui
2. ☐ non
3. ☐ ne sais pas

Annexe 7 : Liste des figures

Figure 1 : Démarche globale de l'expérimentation	14
Figure 2 : Logique d'action de l'expérimentation et évaluation	21
Figure 3 : Répartition du nombre d'établissements concernés et répondants par type de structure.....	29
Figure 4 : Nombre d'établissements participants à l'enquête impliqués dans l'action par année d'expérimentation	30
Figure 5 : Evolution du nombre total d'établissements bénéficiaires entre 2007 et 2010 .	31
Figure 6 : Nombre d'établissements concernés et nombre moyen d'équivalents temps pleins par catégorie de professions.....	33
Figure 7 : Répartition des résidants dans les groupes iso-ressources (%)	36
Figure 8 : Répartition des résidants dans les GIR selon le type d'établissement (%) ...	36
Figure 9 : Répartition des résidants et des bénéficiaires de l'action dans les GIR en 2010 (%)	39
Figure 10 : Evolution de la répartition dans les GIR des résidants ayant bénéficié d'une action en 2010 (%).....	40
Figure 11 : Nombre d'établissements disposant d'un groupe projet accompagnant l'action	41
Figure 12 : Nombre d'établissements impliqués dans l'action ayant participé à l'enquête « bénéficiaires »	51
Figure 13 : Rencontres préalables à l'intégration aux ateliers (%).....	54
Figure 14 : Répartition des répondants satisfaits de la fréquence de leur participation aux ateliers (n et %).....	56
Figure 15 : Répartition des répondants selon leur appréciation sur la durée des ateliers (%)	57
Figure 16 : Répartition des répondants selon l'appréciation de l'adaptation des exercices ou des activités à leurs capacités (%)	58
Figure 17 : Proportion de répondants selon leur sentiment de sécurité durant les ateliers (%)	58
Figure 18 : Répartition des répondants selon leur satisfaction concernant la compétence de l'éducateur sportif (%)	59
Figure 19 : Répartition des répondants concernant l'apport des ateliers (%).....	60
Figure 20 : Répartition des répondants selon la satisfaction vis-à-vis de l'apport des ateliers à leur qualité de vie (%).....	61
Figure 21 : Répartition des répondants selon leur satisfaction globale vis-à-vis des ateliers (%).....	62

Figure 22 : Nombre d'établissements impliqués dans l'action ayant participé à l'enquête « professionnels »	67
Figure 23 : Proportion de professionnels ayant participé à l'enquête par type d'établissements représentés dans l'action en 2010 (%).....	68
Figure 24 : Répartition des professionnels participant aux ateliers parmi les répondants (%).....	71
Figure 25 : Niveau d'intégration des ateliers au projet d'établissement (%).....	72
Figure 26 : Répartition des répondants selon leur appréciation des modalités de communication et d'échanges d'informations entre l'éducateur sportif et l'équipe soignante (%).....	73
Figure 27 : Motifs de non accès aux ateliers (plusieurs réponses possibles par répondant, %).....	74
Figure 28 : Répartition des répondants selon leur opinion sur l'intégration aux ateliers des projets individualisés de prise en charge (%)	76
Figure 29 : Répartition des répondants selon leur opinion sur l'adaptation des activités et exercices collectifs proposés au cours des ateliers aux capacités des bénéficiaires (%)	76
Figure 30 : Répartition des répondants selon leur opinion sur l'individualisation des exercices ou des activités proposés au cours des ateliers (%)	77
Figure 31 : Répartition des répondants selon leur satisfaction concernant la compétence de l'éducateur sportif (%)	78
Figure 32 : Répartition des répondants selon leur appréciation vis-à-vis de la formation de l'éducateur sportif concernant la spécificité des personnes âgées en termes d'activités physiques et sportives.....	79
Figure 33 : Répartition des répondants concernant l'apport des ateliers (%).....	80
Figure 34 : Modification des pratiques des professionnels en fonction de la participation à une formation aux bienfaits de l'exercice physique et sportif (nombre)	82
Figure 35 : Modification des pratiques des professionnels en fonction de leur participation aux ateliers (%).....	83
Figure 36 : Répartition des professionnels selon leur niveau de satisfaction vis-à-vis des ateliers (%).....	85
Figure 37 : Evolution du nombre d'éducateurs sportifs intervenant dans les établissements entre 2007 et 2011	93

Annexe 8 : Liste des tableaux

Tableau 1 : Nombre d'établissements et d'heures d'intervention par année scolaire dans le département du Morbihan.....	31
Tableau 2 : Nombre d'établissements et d'heures d'intervention par année civile dans le département d'Ille et Vilaine.....	32
Tableau 3 : Proportion d'entrées et de sorties des établissements en 2010 parmi les résidents (%)	34
Tableau 4 : GIR moyen pondéré des établissements selon le type de structure	37
Tableau 5 : Proportion de résidents ayant bénéficié de l'action en 2010 (%).....	38
Tableau 6 : Procédures d'intégration du résident à l'action (nombre et %).....	43
Tableau 7 : Répartition des répondants parmi les bénéficiaires selon le type de structure (n et %).....	52
Tableau 8 : Répartition des répondants selon le niveau d'appareillage nécessaire pour les déplacements (n et %).....	53
Tableau 9 : Répartition des répondants selon la fréquence de leur participation aux ateliers (n et %).....	55
Tableau 10 : Répartition des répondants par catégories d'activités (nombre et %) ...	69
Tableau 11 : Répartition des professionnels formés parmi les répondants (nombre et %).....	70
Tableau 12 : Nombre de professionnels participant aux ateliers par métier.....	71
Tableau 13 : Proportion de répondants selon leur appréciation sur la sécurité des bénéficiaires durant les ateliers (%).....	77
Tableau 14 : Modification des pratiques professionnelles (n et %)	81
Tableau 15 : Nombre d'établissements utilisant les tests d'état nutritionnel, d'équilibre, de posture et de force musculaire	130
Tableau 16 : Nombre d'établissements procédant au relevé individuel des mises au fauteuil, des lieux de repas, des participations aux animations et des évolutions des variables discriminantes du GIR, ou pouvant le mettre en place.....	131
Tableau 17 : Nombre d'établissements procédant au relevé individuel des chutes et de leurs conséquences, des actes de kinésithérapie et des motifs de leur prescription ou susceptibles de le mettre en place	131
Tableau 18 : Répartition comparée des bénéficiaires dans les GIR d'après les enquêtes « établissements » et « chutes » (%).....	139

