

Rapport final de recherche

**[COORDINATIONS POUR L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE A
LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE]
[CAP-APPA : 2023-2024]**

Yves Morales MCF puis PU CRESCO UR 7419 (responsable du projet- coordonnateur de l'étude)

Delphine Azéma (post-doc) Membre associée CRESCO (UR 7419)

Jean-Paul Génolini (MCU, CRESCO UR 7419)

Philippe Terral (PU, CRESCO UR 7419)

Khaled Fezzani (MCF – UT3)

Vaddhey Ong Meang (MCF – UT3)

[30/09/2024]

Soutenu par : IRESP/INSERM

TABLE DES MATIERES

I. PARTIE SCIENTIFIQUE	4
Résumé.....	5
Abstract.....	6
Synthèse longue.....	7
ETAPE 1 : DESCRIPTION DES TERRAINS D'ENQUETE ET MODES D'ORGANISATION	10
Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)	11
Les dispositifs associatifs du secteur socio-sportif.....	12
L'Association d'APA pour la santé – Fédération Française Sport pour Tous	12
CONCLUSION GENERALE : APPORTS OU IMPACTS POTENTIELS	21
BIBLIOGRAPHIE MOBILISÉE (15 références principales)	22
Rapport scientifique complet.....	24
Préambule	26
A- Vieillissement de la population et prévention par l'activité physique.....	27
B - Une question de recherche centrée sur les coordinations d'acteurs	28
CHAPITRE I - PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE - PROJET D'AMORÇAGE	31
I. A - ENTRÉES THÉORIQUES	31
I. B - PROBLÉMATIQUE	33
I. C- MÉTHODOLOGIE:	35
I.C-a une enquête qualitative.....	35
I.C-b Opérations de recueil des données :	36
I.C-c. Modèles de traitement des données et démarche analyse.....	39
CHAPITRE II – PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	41
II. A- DESCRIPTION DES TERRAINS D'ENQUETE ET MODES D'ORGANISATION	41
II.A-a. Les centres hospitaliers et structures hospitalo-universitaires :	41
II.A-b. Les pôles de SMR au sein de cliniques privées	54
II.A-c. Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)	66
II.A-d. Les dispositifs associatifs du secteur socio-sportif	75
II. B- DES PROGRAMMES D'APA EN TENSION (ANALYSE COMPARÉE DES DIFFICULTÉS DE COORDINATION).....	90
II.B-a La mise en place des dispositifs d'activité physique visant à préserver l'autonomie des personnes âgées ... sous l'angle d'un bien commun	92
II.B-b Enjeux épistémiques/axiologiques et régimes d'action favorables à l'APA.....	101
II.B-c Modèles de mise en œuvre, ajustement des acteurs et reconnaissances de l'APA	114

II-B.d Des contraintes organisationnelles récurrentes	133
II-B.e La prise en compte des usagers dans les programmes d'APA	151
CONCLUSION GENERALE	173
BIBLIOGRAPHIE MOBILISÉE	175
II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	180

I. PARTIE SCIENTIFIQUE

Résumé

[COORDINATIONS POUR L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE A LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE (CAP APPA)]

Morales Yves (coordinateur), Delphine Azéma, Jean-Paul Génolini, Philippe Terral, Khaled Fezzani, Vaddhey Ong Meang

CONTEXTE : Les rapports relatifs au développement des programmes d'Activités physiques Adaptées (APA) à destination des publics âgés décrivent un secteur peu doté, insuffisamment adapté à l'enjeu démographique, avec des réalisations disparates sur les territoires, dont les politiques sont à redéfinir et à coordonner et qui accroît les inégalités sociales de santé.

OBJECTIFS : Face à ce constat, l'étude CAP-APPA cherche à analyser sous un angle sociologique le déploiement de programmes d'APA destinés aux 60 ans et plus, identifiés comme « pré-fragiles », « fragiles » ou « dépendants ». La question de la coordination entre acteurs impliqués dans les dispositifs proposés est centrale. Elle implique d'observer la façon dont ils parviennent à s'entendre : sur les formes d'actions menées, sur l'importance qui est accordée à l'APA dans les structures d'accueil ainsi que sur les modalités d'interventions privilégiées. L'hypothèse principale considère que le déploiement opérationnel des actions de prévention et de soin de la fragilité des personnes âgées par l'APA, est freiné par la fragmentation des cadres d'interventions proposés (animation vs action à dimension thérapeutique) et qu'il se heurte aux difficultés d'ajustement des acteurs en raison d'expertises variées, de territoires professionnels flous et d'un manque de ressources partagées tant sur un plan épistémique, axiologique, qu'organisationnel et économique.

MÉTHODOLOGIE : Sur un plan méthodologique, plusieurs terrains d'intervention ont été investigues, favorisant un regard comparatif : quatre Centres Hospitaliers, deux Centres de Soins Médicaux et de Réadaptation en cliniques, cinq EHPAD, deux associations du secteur socio-sportif et trois Maisons Sport-Santé. Le recueil de données s'appuie sur 29 entretiens qualitatifs accompagnés d'observations ethnographiques.

PRINCIPAUX RÉSULTATS : Les résultats obtenus mettent en évidence des difficultés de coordination et d'ajustement entre acteurs impliqués dans les programmes d'APA. Si, sur un plan axiologique et épistémique, l'intérêt de l'AP comme facteur de santé semble s'imposer à l'aide des recommandations de santé publique et des recherches scientifiques, les aspects financiers, matériels ainsi que les enjeux organisationnels mettent en évidence d'importants freins à leur déploiement. De ce point de vue, les structures étudiées traduisent le plus souvent des formes de coordinations minimalistes ayant pour conséquence des représentations de l'APA, envisagées sous forme d'animation ou de complément à visée de bien-être physique et social, plutôt qu'intégrées véritablement aux parcours de soin des usagers. Par ailleurs, le déploiement des programmes destinés aux personnes âgées fragiles se heurte à un secteur « APA » ou « sport-santé » hétérogène, marqué par des difficultés relatives aux luttes de territoires professionnels, à l'intersectorialité de l'action publique, voire aux particularismes géographiques, traduisant une implantation qui reste compliquée et qui peine à prendre en compte les inégalités sociales et épistémiques.

APPORTS OU IMPACTS POTENTIELS : Le projet d'amorçage CAP APPA a joué un rôle important en mettant en évidence les résultats évoqués ci-dessus, en affinant les questionnements tout en invitant au prolongement de l'étude à des fins de préconisations auprès des autorités sanitaires. Il a ainsi pu initier une recherche de plus grande envergure à travers le projet ANR APPAPA (Activité Physique et Prévention de la perte d'Autonomie des Personnes Âgées), obtenu auprès de l'ANR pour la période 2025-2029.

Abstract

COORDINATIONS FOR PHYSICAL ACTIVITY ADAPTED TO THE PREVENTION OF LOSS OF AUTONOMY (CAP APPA)

Morales Yves (coordinator], Delphine Azéma, Jean-Paul Génolini, Philippe Terral, Khaled Fezzani, Vaddhey Ong Meang

CONTEXT: Reports on the development of Adapted Physical Activity (APA) programs for the elderly describe a sector that is under-resourced, insufficiently adapted to the demographic challenge, with disparate achievements across the country, where policies need to be redefined and coordinated, and which increases social inequalities in health.

OBJECTIVES: With this in mind, the CAP-APPA study seeks to analyze from a sociological angle the deployment of APA programs aimed at people aged 60 and over, identified as “pre-frail people”, “frail” or “dependent”. The question of coordination between actors involved in the proposed schemes is central. It involves observing the way in which they reach agreement: on the forms of action taken, on the importance attached to the APA in the reception structures, and on the preferred methods of intervention. The main hypothesis is that the operational deployment of actions to prevent and care for frail elderly people through APA is hampered by the fragmentation of the proposed intervention frameworks (animation vs. action with a therapeutic dimension), and that it comes up against difficulties in adjusting actors due to varied expertise, blurred professional territories and a lack of shared resources on an epistemic, axiological, organizational and economic level.

METHODS: From a methodological point of view, several intervention sites were investigated, allowing for a comparative perspective: four hospitals, two medical and rehabilitation centers in clinics, five “EHPAD”, two associations in the socio-sports sector and three “house of Sport-Health”. Data collection was based on 29 qualitative interviews and ethnographic observations.

MAIN RESULTS: The results obtained highlight the difficulties of coordination and adjustment between the players involved in PA programs. While, from an axiological and epistemic standpoint, the value of PA as a health factor seems to have been established by public health recommendations and scientific research, the financial and material aspects, as well as the organizational stakes, highlight major obstacles to their deployment. From this point of view, the structures studied more often than not reflect minimalist forms of coordination, resulting in representations of APA that are envisaged in the form of activities or supplements aimed at physical and social well-being, rather than being genuinely integrated into users' care pathways. Furthermore, the deployment of programs aimed at the frail elderly comes up against a heterogeneous “APA” or “sport-health” sector, marked by difficulties relating to professional territorial struggles, the intersectoriality of public action, and even geographical particularisms, reflecting an implementation that remains complicated and struggles to take account of social and epistemic inequalities.

OUTCOMES OR POTENTIAL IMPACTS: The “CAP APPA” seed project played an important role in highlighting the above results, refining the questions and inviting further study or recommendations to health authorities. It was thus able to initiate larger-scale research through the ANR APPAPA project (Adapted Physical Activity and the Prevention of Loss of Autonomy in the Elderly), obtained from the ANR for the period 2025-2029.

Synthèse longue

COORDINATIONS POUR L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE A LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE (CAP APPA)

MORALES YVES, PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS – CRESCO UR 7419 – UNIVERSITÉ TOULOUSE 3 PAUL SABATIER

APPEL À PROJET BLANC 2022 (SESSION 13) – PROJET D'AMORÇAGE

Delphine Azéma (CRESCO), Jean-Paul Génolini (CRESCO), Philippe Terral (CRESCO), Khaled Fezzani, et Vaddhey Ong Meang (I2MC)

[◀ Modalité du projet](#) [Projet d'amorçage](#) [Modalité du projet ▶](#)

Messages clés du projet

- PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES PAR LES PROGRAMMES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE
- ANALYSE DES COORDINATIONS D'ACTEURS
- ANALYSE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET QUESTION DE RECHERCHE

L'étude CAP APPA s'inscrit dans le cadre d'un projet d'amorçage. Son objectif principal consiste à analyser l'implémentation des programmes d'Activités Physiques (AP) et/ou d'Activité Physique Adaptée (APA) destinés aux personnes âgées identifiées comme « pré-fragiles », fragiles » ou « dépendantes », à des fins de prévention-santé et/ou de thérapeutiques non médicamenteuses visant à réduire la dépendance.

Le travail de recherche engagé prend la mesure de l'importance accordée à la prévention de la perte d'autonomie des publics âgés devenue un des grands défis à relever (Guillemard, 2017). Si les actions de prévention dans ce secteur peuvent prendre une multitude de formes, l'étude CAP-APA se centre sur les dispositifs incluant des programmes d'activité physique (AP). Étayée par les données probantes des études épidémiologiques, l'AP est ...« *pensée à la fois comme moyen de prévention et comme thérapeutique non médicamenteuse* » (HAS, 2011). Elle trouve une place de plus en plus importante dans les dispositifs proposées aux publics en prévention et en pratiques complémentaires de soins. Elle est ainsi promue au rang de contribution essentielle « à un vieillissement sain et à l'amélioration du statut fonctionnel des personnes âgées fragiles ou en cours de fragilisation » (rapport Aquino, 2013). Le *plan triennal antichute des personnes âgées* (2022), la Stratégie Nationale Sport-Santé (2019-2024) et la Loi de démocratisation du sport (2022) confortent d'ailleurs sa mise à l'agenda politique en encourageant le développement de « Sport-santé », d'AP et/ou d'Activités Physiques

Adaptées (APA), notamment dans les ESMS et EHPAD. Bien que peu axée sur le développement de l'AP, l'actuelle *Proposition de Loi portant mesure pour bâtir la société du bien vieillir en France* mentionne également : l'importance d'intégrer des éducateurs en APA en établissements et de « *développer les activités relatives entre autres au sport-santé, cruciales pour déployer une politique de prévention de la perte d'autonomie plus ambitieuse* ». En proposant une *Décennie pour le vieillissement en bonne santé* (2021-2031), l'OMS demande d'adapter ces recommandations aux disparités de la population qui pèsent sur les inégalités sociales. En réponse à ce type de préconisations, des dispositifs incluant des programmes d'AP destinés aux publics âgés pré-fragiles, fragiles ou dépendants, sont proposés. Ils sont confortés par la Loi relative à la prescription de l'AP (D. 30/12/2016). Ils impliquent de nombreux opérateurs et intervenants des mondes du sport et de la santé, invités à engager des collaborations avec des collectivités, des mutuelles ou des ESMS, etc., (Carré & al, 2021).

Pour autant, les rapports relatifs au développement des programmes d'Activités physiques Adaptées (APA) à destination des publics âgés décrivent un secteur peu doté, insuffisamment adapté à l'enjeu démographique, avec des réalisations disparates sur les territoires, dont les politiques sont à redéfinir et à coordonner et qui accroît les inégalités sociales de santé. Face à ce constat, l'étude CAP-APPA cherche à analyser sous un angle sociologique le déploiement de programmes d'APA destinés aux 60 ans et plus, identifiés comme « pré-fragiles », « fragiles » ou « dépendants ».

UN CADRE DE RECHERCHE CENTRÉ SUR LES COORDINATIONS D'ACTEURS

Les entrées théoriques mobilisées accordent de l'importance à des formes d'analyses s'inscrivant dans « *le cours de l'action* » (Callon & Latour, 1991). Elles rejoignent une démarche de sociologie pragmatique dont les fondements permettent d'ancrer la recherche sur une attention à l'action et aux acteurs, dont il s'agit de comprendre qui ils sont et leurs raisons d'agir. Nous défendons l'idée que tous les acteurs des dispositifs étudiés sont porteurs de connaissances parvenant plus ou moins à se partager et à s'hybrider dans ce que nous appréhendons comme des réseaux sociotechniques (Akrich, Callon & Latour, 2006) plus ou moins fluides et étendus. Chaque type d'acteur, selon les dispositifs investis (CHU, clinique, EHPAD, associations d'APA, etc.,), développe sa propre acception de la fragilité des publics âgés de 60 ans et plus et des programmes d'AP sensés y remédier, en fonction de son inscription dans un univers de connaissances et de pratiques et selon son potentiel d'action. Il convient donc d'étudier les « motifs cognitifs » (Benamouzig, 2005) énoncés par ces acteurs en prenant au sérieux les savoirs qui fondent et légitiment les actions proposées. Les visions différentes qu'ils portent peuvent provoquer des luttes définitionnelles (Gilbert & Henry, 2012) et/ou exiger des formes de traduction pour rendre possible la co-construction des programmes.

La démarche d'analyse est donc attentive aux modes de coordination, entendus comme « *le souci très général d'ajustement réciproque des actions entre différents protagonistes* » (Dodier, 1993). Elle interroge le déploiement des programmes d'AP en considérant qu'ils sont soumis à des interactions complexes entre acteurs aux compétences hétérogènes et organisations diversifiées. L'étude implique donc d'observer la façon dont ils parviennent à s'entendre sur les formes d'actions menées, sur l'importance qui est accordée à l'APA dans les structures d'accueil ainsi que sur les modalités d'interventions privilégiées. Les coordinations peuvent être plus ou moins minimalistes ou maximalistes selon les interactions établies au sein des réseaux d'acteurs constitués.

PROBLÉMATIQUE

L'étude CAP APPA cherche ainsi à comprendre comment émergent et se pérennissent les dispositifs d'activité physique adaptée à destination des personnes âgées, au regard des

coordinations à l'œuvre entre les acteurs des territoires. Pour cela, il convient d'interroger les freins et les leviers à l'intégration de programme d'APA au sein de différentes institutions.

Concernant les leviers favorables, nous considérons l'importance prise par l'activité physique adaptée dans les structures de soin et dans les dispositifs accompagnant les politiques publiques de santé. Cette évolution semble pouvoir être reliée aux recommandations scientifiques et politiques favorables à la prescription de l'AP comme facteur de prévention et de soin (OMS, HAS, rapports publics, Loi sport-santé bien-être) et à la législation qui légitime les actions menées (Loi 2016 sur la prescription, etc.). Concernant les freins, il apparaît au premier abord que les coordinations entre acteurs impliqués dans le développement des programmes ne sont pas suffisamment soutenues par le partage de connaissances sur et avec les publics âgés, notamment à propos des effets de l'APA en matière de prévention et de thérapeutiques non médicamenteuses.

Ainsi, nous chercherons à montrer que les programmes mis en œuvre sont hétérogènes. Ils naviguent entre expérimentation, animation et proposition d'APA plus ou moins inscrite dans le protocole de soin des patients. Tandis que les acteurs impliqués peuvent être issus du milieu médical, associatif ou social. Nous émettons l'hypothèse que, malgré l'intérêt des structures sociales et sanitaires pour l'AP, des freins perdurent. Ils peuvent faire écho à des problématiques plus larges liées à la professionnalisation et la reconnaissance de l'enseignant en APA comme acteur du champ de la santé et aux difficultés de financement de ses activités.

Enfin, il s'agit de valider l'hypothèse selon laquelle l'introduction de l'APA accompagne avec plus ou moins de difficultés l'importance croissante accordée à la place des usagers dans le système de soins, notamment du point de vue des démarches participatives qui les impliquent dans la co-construction des programmes et de leur inscription pérenne dans des modes de vie incluant des modes de vie physiquement plus actifs.

MÉTHODOLOGIE :

Cette étude repose sur une méthodologie qualitative. Le nombre de terrains étudiés comprend un total de 18 dispositifs : 5 Centres Hospitaliers ou Centres Hospitaliers Universitaires (CH ou CHU), 2 SMR (Soins Médicaux et de Réadaptation qui remplacent désormais les SSR : Soins de Suite et de Réadaptation), 5 EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (ou équivalent) et 6 groupements associatifs incluant des Maisons sport-santé. Trois terrains d'enquête ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie, favorisant un travail collaboratif à dimension interventionnelle : un service de prévention de la dépendance – Hôpital de jour – CHU ; une structure SMR et une association gérant 3 EHPAD.

L'analyse interroge les fondements relationnels qui caractérisent les programmes, de leur création à leur déploiement sur les territoires. Elle s'intéresse aux acteurs impliqués, selon leur position statutaire et leur niveau d'expertise ainsi que les régimes épistémiques mobilisés dans la construction ou l'évaluation des programmes. Elle observe la symétrie (ou le manque de symétrie) des relations entre les acteurs concernés et les enjeux de savoir-pouvoir qui les accompagnent. Elle prête attention aux jeux d'arguments qui caractérisent les formes d'intéressement et d'enrôlement des partenaires, jusqu'à la mise en œuvre des programmes impliquant les publics. Le rôle joué par les opérateurs du mouvement sportif et des structures médicales est particulièrement étudié.

Dans cette optique, 29 entretiens semi-directifs ont été réalisés. Des observations ethnographiques poursuivent le recueil des données sur quelques dispositifs. Enfin, ces données sont complétées par une étude documentaire. Les données recueillies servent de support à l'analyse thématique du contenu sur la base d'un codage par catégorie (Bardin, 2013).

PRINCIPAUX RÉSULTATS

ETAPE 1 : DESCRIPTION DES TERRAINS D'ENQUETE ET MODES D'ORGANISATION

Les centres hospitaliers et structures hospitalo-universitaires

Le service de prévention de la dépendance – Hôpital de jour – CHU :

Ce service héberge l'APA. Son objectif est de « *retarder le processus d'entrée dans la dépendance des personnes âgées fragiles* » (site internet). Il propose une évaluation de la fragilité réalisée par une équipe pluridisciplinaire (gériatre, diététicien, kinésithérapeute, enseignante en APA, psychologue, orthoptiste, infirmière, etc.) en lien avec les soignants de ville (médecin généraliste). Le plan d'intervention est adapté à cette évaluation. Margaux, l'EAPA ayant participé à la création de ce service a un profil particulier. Elle est diplômée d'un master STAPS APA et d'un doctorat en santé publique/épidémiologie. Son profil « passerelle » entre l'épidémiologie et l'EAPA fait d'elle une personne ressource pouvant jouer un rôle important de traductrice dans les interactions entre les acteurs du monde médical et les opérateurs intervenant en AP/APA. Concernant la prise en charge en APA : deux séances sont proposées de façon hebdomadaire, sur une durée de deux mois. Les groupes se composent de 4 à 6 personnes fragiles. Suite au programme, elles sont orientées vers d'autres dispositifs d'APA ou invitées à pratiquer des exercices à domicile.

L'équipe régionale du CHU :

Ce dispositif est accompagné par l'équipe régionale du CHU. Il ne présente pas en soi de programme d'APA mais repose sur le protocole d'évaluation ICOPE (*Integrated Care for Older People*) conçu par l'Organisation Mondiale de la Santé, qui a pour objectif de retarder la dépendance en repérant précocement les facteurs de fragilité chez les séniors. L'entretien réalisé avec Mélanie, qui est à la fois enseignante en APA et doctorante en neurosciences, montre les connexions entre la démarche de dépistage de la fragilité des personnes âgées et la prévention par l'APA. Le profil de la doctorante lui permet d'établir une passerelle entre le monde de l'APA et celui des sciences médicales et, notamment, de l'épidémiologie.

Le service de prévention de la dépendance du service de gériatrie – Hospitalisation complète – CHU :

Cette structure hospitalière accueille différents services de gériatrie. Le programme d'AP proposé s'intitule « le bal participatif ». Cet atelier de danse à visée thérapeutique de rééducation naît d'une collaboration entre une cadre de santé et l'attachée culturelle de la structure. Elles ont sollicité deux secteurs du pôle gériatrie (neurocomportemental et locomoteur). Le format proposé consiste en des sessions d'un mois (durant lesquelles quatre séances de danse sont réalisées avec des patients volontaires), à raison de trois fois par an. Les professionnels de la culture mobilisés (une danseuse et un accordéoniste), sont financés par la *Fondation Hôpital Sourire*.

Le Centre Hospitalier local (CH a) :

Ce terrain hospitalier, incluant un dispositif d'APA, propose une prise en charge en gériatrie. Le public accueilli est décrit comme fragile et poly pathologique. Le programme d'APA proposé s'inscrit dans une démarche globale de rééducation et de réadaptation, dépendant d'une prescription par le médecin du service. L'EAPA impliquée dans le développement de ce programme est recrutée en tant qu'animatrice technique spécialisée. Elle travaille sur le plateau technique avec les kinésithérapeutes, propose des séances en chambre, de la marche ou des activités collectives dans la salle d'animation et la salle à manger. Des liens sont établis avec des associations pour orienter ensuite les patients.

L'étude APA en onco-gériatrie (CH b) :

Ce dispositif, implanté en Centre Hospitalier, consiste en une expérimentation en cours de validation. C'est un projet de recherche financé sur la base d'un reliquat (pris sur d'autres

projets de recherche) mobilisé par un médecin et incluant un contrat de post-doctorat, en vue de faire valoir l'intérêt de l'APA pour les patients. Le programme consiste à montrer que grâce à l'APA, les patients seront plus adhérents au traitement et plus autonomes. L'étude est réalisée par une post-doctorante qui est également titulaire d'un diplôme d'EAPA. Le modèle d'intervention consiste à sensibiliser les patients en onco-gériatrie aux exercices préconisés de façon à favoriser ensuite une pratique autonome avec un suivi à distance. Il inclut une batterie de tests confirmant l'importance des données probantes dans les structures hospitalières.

Les pôles de SMR au sein de cliniques privées

Pôle de SMR 1 :

Ce pôle de soins médicaux et de réadaptation (SMR) adossé à une clinique propose un plateau technique spécialement dédié aux Activités Physiques Adaptées. La place de l'APA au sein de l'établissement a évolué au cours du temps. Elle a débuté en 2010 sous la forme d'une activité annexe avant d'être intégrée comme Thérapeutique non Médicamenteuse depuis 2016. Elle valorise une prise en charge « innovante », à côté des thérapeutiques conventionnelles. Quatre personnes EAPA interviennent dans les programmes. Le dispositif de SMR oriente son intervention sur la rhumatologie, la chirurgie orthopédique et la neurologie concernant majoritairement des personnes de 60 ans et plus. L'APA est proposée sur prescription médicale du médecin spécialiste. Les programmes s'articulent ainsi autour d'une pathologie particulière et y répondent dans une dynamique de rééducation, de réadaptation et de réinsertion.

Pôle de SMR 2 :

La structure de SMR 2 concerne deux hôpitaux. Un hôpital de jour avec de la gériatrie et de la bariatrie et un hôpital complet qui ne propose que de la gériatrie. Au niveau de la rééducation on dénombre un ergothérapeute, une psychomotricienne et trois duos composés d'enseignants en APA et de kinésithérapeutes. Les programmes concernent des personnes âgées de plus de 60 ans identifiées comme fragile. Elles viennent pour maintenir leur autonomie en vue de rester à domicile le plus longtemps possible. Les EAPA adaptent leurs interventions aux recommandations médicales et ils individualisent les programmes selon les pathologies et les personnes. La prescription du médecin peut concerner un seul membre de l'équipe de rééducation (le plus souvent : le kinésithérapeute) ou bien inclure plusieurs membres (par exemple : le kiné, l'EAPA et la psychomotricienne).

Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

Groupe d'EHPAD Les 3 (Association gérant 3 EHPAD) :

Les trois EHPAD étudiés sont gérés par une même association (Loi 1901). Elle regroupe d'ailleurs différents établissements médico-sociaux. Avant 2021, les activités physiques proposées aux résidents des EHPAD étaient très limitées. La mise en stage d'étudiantes en master APA-S confirme un intérêt nouveau en faveur de l'APA. Il a permis d'intégrer une intervention d'APA in situ. Le programme proposé est précédé par une batterie de tests d'évaluation. Il propose 2 séances d'activité physique (en salle) par semaine. Un groupe de marche est également créé. Une collaboration avec les animatrices permet d'augmenter les animations créatives mettant en jeu l'activité physique (jardinage, randonnée, bricolage...). La démarche repose sur une approche biopsychosociale et sur la coordination des différents professionnels (infirmiers, aides-soignantes, animatrice, médecin, kinésithérapeute, psychologue...) et non professionnels (familles et aidants). Pour autant, l'intégration de l'APA reste dépendante de la volonté de la direction et des ressources obtenues. En ce sens la pérennisation des emplois d'EAPA est suspendue aux ressources limitées des EHPAD.

EHPAD II

Le programme d'APA étudié est inscrit dans le projet de l'EHPAD. Il se traduit par la mise en place d'ateliers et de suivis individuels, adaptés aux pathologies des résidents, pour

retarder la perte d'autonomie et limiter le nombre de chutes. Il propose des pratiques d'AP à l'intérieur de la structure, ou à l'extérieur dans des foyers pour personnes avec handicap (par exemple). La liste des participants aux ateliers d'APA est établie par le médecin ou l'IDEC (Infirmière en chef), mais l'EAPA peut également le faire au regard du bilan qu'il réalise. L'EHPAD propose un projet intitulé : *Bien vieillir*, financé par l'ARS. Il repose sur une collaboration entre un éducateur sportif et une psychomotricienne, sous l'autorité de la psychologue responsable du pôle social de l'établissement. Le financement permet de couvrir une partie du salaire de l'éducateur sportif et d'une animatrice. La proposition d'APA s'inscrit à la fois dans une dimension occupationnelle et dans une démarche de prévention primaire.

EHPAD III

Le programme d'APA proposé dans cet EHPAD s'inscrit dans la dynamique du projet de vie sociale et du projet d'établissement, ayant comme axe majeur en 2023 : la prévention des chutes. Le montage du projet s'est fait en équipe pluridisciplinaire, intégrant le médecin coordinateur, la cadre de santé, la kinésithérapeute, les coordinatrices de la vie sociale. Le financement de l'APA ne correspond pas à une ligne budgétaire pérenne. Il est dépendant des marges que peut s'octroyer l'établissement. Il s'agit dès lors d'obtenir pour la structure un temps d'animateur APA financé. Les intervenants, ponctuellement sollicités, sont amenés à travailler en équipe pluriprofessionnelle de l'établissement et en collaboration étroite avec la kinésithérapeute, présentée comme « kiné-expert ». L'adressage des résidents s'effectue via le médecin qui donne des recommandations en fonction de leurs pathologies.

Les dispositifs associatifs du secteur socio-sportif

L'Association d'APA pour la santé – Fédération Française Sport pour Tous

Cette association (loi 1901), que nous nommons : « Asso AP/âge », affiliée à la FFSPT, est créée en 2017 par une étudiante de Licence Professionnelle SVAPA. Elle vise à consolider l'autonomie de la personne avançant en âge ou en situation de fragilité. Elle s'implante ainsi sur le territoire en adéquation avec les recommandations sanitaires, les préconisations institutionnelles et les besoins spécifiques des participants. Elle est constituée de trois membres du bureau et d'une salariée, cadre technique et enseignante en APA. Elle collabore avec de nombreux acteurs du territoire. Ils lui permettent d'accéder à des ressources financières, provenant du conseil départemental et de la CFPPA. Les partenariats avec les mairies permettent la mise à disposition de matériel et d'installations. Les liens établis avec les pôles de SMR ou avec les Maisons Sport-Santé, orientent de nouveaux pratiquants vers l'association.

Le Comité Départemental de la Fédération Française Sports pour Tous

Ce Comité Départemental FFSPT affiche 25 associations dont « *8 associations chartées Sport-Santé-Bien-Etre, 12 associations d'arts énergétiques (taï chi, qi gong), 2 associations multi-sports (sports innovants, pétanque, rugbyflag, etc.), des associations d'activités gymniques d'expressions et d'entretien (Zumba, pilates, danse orientale, pôle danse, ect.), des associations d'activité d'extérieur comme le Parkour, marche nordique ou le roller* » (site internet). De nombreux partenariats sont mis en œuvre avec les mairies, le CDOS, des centres culturels, etc. Le CD est une « tête de réseau » pour les associations partenaires. Il apporte une meilleure visibilité à ces associations tout en œuvrant pour permettre un prix accessible au plus grand nombre. Des financements sont sollicités auprès de la CFPPA, du fonds pour le développement de la vie associative (FDVA) et du Parcours Sportif Fédéral (PSF).

La Maison Sport-Santé - UFOLEP

Le comité départemental de l'UFOLEP est à l'origine cette Maison Sport-Santé. Elle constitue l'aboutissement d'un partenariat avec un cabinet médical local composé d'un médecin et d'une infirmière Asalée. Il vise l'amélioration de l'hygiène de vie des personnes atteintes de pathologie chronique et ayant un niveau d'autonomie limitée. Le financement du projet est réalisé initialement par l'ARS puis par la CFPPA. Les propositions d'APA se basent que le

programme *à mon rythme* de l'UFOLEP. Le public accueilli rentre dans un parcours personnalisé de santé, de soins, allant du dépistage du problème de santé, à l'inclusion dans la MSS, jusqu'à l'orientation vers des associations d'AP prenant le relai.

Maison Sport Santé – CDOS :

Cette Maison Sport-Santé, reconnue depuis 2021, dépend du Comité Départemental Olympique et Sportif. Elle s'adresse principalement à des personnes éloignées de la pratique. L'objectif consiste à proposer un parcours sport-santé personnalisé et adapté à leurs besoins afin de leur permettre de s'inscrire par la suite dans une pratique d'activité physique et sportive durable, en dehors du dispositif. Le programme tremplin, d'une durée de trois mois, concerne sept villes, en collaboration avec d'autres MSS locales et des associations sportives.

Maison partagée associative pour personnes en situation de handicap ou âgées :

La maison partagée consiste en un lieu d'accueil et de vie comprenant douze chambres adaptées aux personnes à mobilité réduite et visant à promouvoir l'habitat partagée pour les personnes majeures en situation de handicap ou les personnes âgées. Elle propose des ateliers d'activité physique adaptée encadrés par une infirmière éducatrice sportive et une EAPA. La participation aux ateliers se fait sur la base du volontariat. Un seul groupe de 13 participants est constitué. Il est très hétérogène. Les ressources financières sont particulièrement limitées et dépendent des subventions et des dons.

ETAPE 2 : DES PROGRAMMES D'APA EN TENSION (ANALYSE COMPARÉE DES DIFFICULTÉS DE COORDINATION)

La mise en place des dispositifs d'activité physique visant à préserver l'autonomie des personnes âgées ... sous l'angle d'un bien commun.

Sur le terrain investi par l'étude CAP APPA, la volonté de lutter contre la fragilité des personnes âgées et la préservation de leur autonomie est un objectif communément énoncé qui confirme une mobilisation des acteurs du sport et de la santé (Morales, 2023). De fait, l'activité physique fait désormais partie intégrante de ce nouvel « *espace politique de la santé* » (Fassin, 1996) qui accompagne la lutte contre la sédentarité des populations de tout âge. Les propositions de programmes d'APA confortent l'importance du « problème public » lié à la perte d'autonomie. Les collectifs rassemblés s'impliquent ainsi au service d'une « cause mobilisatrice » et d'un impératif de santé pensé sous l'angle du « bien commun » qui confirme l'avènement d'un tournant participatif en matière de santé.

La généalogie des programmes d'AP dans les différentes structures de soins étudiées montre cependant que leur intégration a été souvent laborieuse. Les informations recueillies confirment que l'introduction de l'APA a suscité initialement des formes d'incompréhension, voire d'opposition. De fait, les voies de l'innovation, notamment dans les CHU, incluent des expérimentations pour démontrer préalablement le bien fondé des programmes. D'une manière générale - et bien que les travaux épidémiologiques soient de plus en plus documentés sur cette question - la démarche centrée sur la médecine basée sur les preuves (evidence based medicine : « EBM ») reste particulièrement opérante dans certaines structures hospitalières et hospitalo-universitaires. On comprend donc l'importance accordée aux protocoles de recherches menées dans ces établissements visant à obtenir des résultats probants concernant l'effet positifs de l'APA. Ils permettent de promouvoir sa prescription tout en engageant les démarches permettant également de financer les intervenants. Les Pôles de SMR étudiés montrent l'existence de protocoles de soins de rééducation incluant l'APA validée comme thérapeutique non médicamenteuse, présentés comme des innovations. Leur inclusion dans l'offre de service reste néanmoins variable selon les structures. Concernant les programmes d'APA en EHPAD, les données recueillies montrent que la place attribuée à l'activité physique dépend également des ressources cognitives et économiques disponibles. Cette situation a pour conséquence une

différence d'application de l'APA. Les propositions s'étendent d'une absence totale d'intégration, à une approche récréative et occupationnelle, jusqu'à une démarche de rééducation selon un modèle thérapeutique (Génolini & al., 2021). Notons que les opérateurs associatifs d'APA à destination des aînés sont particulièrement dépendants des financeurs (ARS, CFPPA, etc.) Dans un cadre « sport-santé » impliquant fortement les fédérations sportives affinitaires, telles que la Fédération Française de Sport pour Tous ou encore l'UFOLEP (toutes deux incluses dans l'étude), le mouvement sportif accompagne de façon très active le développement de programmes d'activités physiques à destination des personnes âgées. Certains de ces groupements associatifs initient des Maisons Sport-Santé, en poursuivant dans ce nouveau cadre un domaine d'activités porté historiquement par leurs politiques sportives tournées vers la dimension sociale du sport et la quête du bien-être. Ils deviennent opérateurs de santé publique et montrent que l'action publique relative au « sport-santé » se décline progressivement comme une solution collective aux risques liés à la sédentarité (Morales & al. 2018, Morales, 2023).

Ce cadre général d'implémentation de l'APA comprenant les structures hospitalières, les cliniques, les EHPAD et les opérateurs associatifs, montre de façon assez significative la diversité des modes d'intégration de l'activité physique à de fins de prévention-santé par l'exercice. Il confirme à la fois l'hétérogénéité des propositions de programmes mais aussi l'importance des dispositifs qui influent sur les programmes proposés devant s'adapter aux règles de fonctionnement de chaque contexte d'intervention.

Enjeux épistémiques/axiologiques et régimes d'action favorables à l'APA

Le levier des recommandations en matière de politiques sanitaires :

Les données recueillies, sous l'angle des justifications politiques et sociales, mettent en évidence l'effet marquant des recommandations politiques dans le cadre des actions destinées aux personnes âgées pré-fragiles, fragiles ou dépendantes, conforté par la Loi relative à sa prescription (D. 30/12/2016). La question du coût économique lié au vieillissement de la population est régulièrement mentionnée, renforçant une démarche d'action publique à dimension participative.

Sur un plan épistémique, à la fois scientifique et axiologique, les arguments exprimés en faveur de la lutte contre l'inactivité physique des populations sont désormais fondés sur des recherches reconnues (rapports Inserm, 2008 ; 2019) et validés par des préconisations politiques plus insistantes. Les entretiens réalisés montrent que les dispositifs incluant des programmes d'AP se réfèrent à ces recommandations pour justifier scientifiquement leurs propositions. Ces justifications, basés sur des données probantes renforcent les argumentaires des acteurs qui défendent la nécessité de développer des programmes en raison des bienfaits apportés tout en légitimant leurs actions afin d'obtenir davantage de ressources. Pour autant, les opérateurs de « sport-santé » regrettent un cadre de recommandation perçu comme homogène (considérant globalement l'apport positif du sport à la santé), alors que le public accueilli est hétérogène réclamant des adaptations. Ils regrettent le manque de moyens ne permettant pas de différencier et d'individualiser les interventions.

Le Rôle accordé à l'APA à travers les visées d'autonomie et de bien-être :

Il est utile de souligner que les programmes proposés varient selon les acteurs professionnels impliqués, selon les formations qu'ils ont suivies, leurs références normatives, conjuguées à leur approche pédagogique (plus ou moins techniciste), leur capacité d'adaptation aux publics et pathologies concernés, ainsi que leurs visées d'émancipation des usagers (Perrin, 2019). Cette situation met en évidence une certaine hétérogénéité des programmes proposés qui sont cependant soumis à des effets de structures.

Ainsi le cadre d'intervention en APA dans le secteur hospitalier reste marqué par une logique de soin peu ouverte au suivi des patients à long terme. Les programmes s'inscrivent

dans une approche rééducative et/ou dans une démarche multidimensionnelle. Pour ce qui concerne les pôles SMR des cliniques, le cadre d'intervention est placé directement sous l'influence du médecin prescripteur, lié à une démarche thérapeutique de rééducation associée aux pathologies identifiées. Les propositions de programmes d'APA en EHPAD sont particulièrement sensibilisées au maintien de l'autonomie et à la prévention des chutes. L'objectif de bien-être représente également un argument utilisé de façon récurrente. Rappelons que le contexte d'intervention en APA est à la fois envisagé sous le sceau de l'animation et sous celui de l'intervention thérapeutique. Cette situation accompagne le constat selon lequel l'intégration de l'APA dans le parcours de soin reste limitée dans un contexte où la coordination entre l'EAPA et les autres acteurs peut être minimaliste au vu du statut « hybride », d'animateur/enseignant, attribué. Pour ce qui concerne les opérateurs associatifs dans le domaine du sport-santé/APA, le cadre argumentaire mobilisé insiste particulièrement sur un engagement perçu sous l'angle d'une mission de service public. En ce sens les groupements étudiés (associations / Maisons Sport-Santé) deviennent de véritables entrepreneurs de santé proposant une offre de service variée face aux risques liés au vieillissement et à la sédentarité.

Modèles de pratiques / visées d'intervention :

Concernant les modèles de pratiques d'APA, les données recueillies traduisent une volonté d'adaptation aux pathologies des publics concernés. Les supports de pratiques sont variés bien qu'ils mobilisent souvent des modèles d'exercices à visée d'entretien.

L'intervention en centres hospitaliers et en SMR est particulièrement cadrée par l'exigence de protocoles de soins, bien que cela n'interdise pas de varier les supports de pratiques corporelles, pour partie inspirés d'exercices de préparation physiques adaptés aux capacités fonctionnelles des patients. Dans le cadre des EHPAD, les modèles d'AP sont partagés entre des pratiques à visées d'animation ou d'occupation, jusqu'à des pratiques ayant une visée de prévention secondaire, voire tertiaire. De ce point de vue, la question du périmètre d'intervention est souvent posée, notamment au regard des professions telles que kinésithérapeute ou psychomotricien. Pour ce qui concerne, enfin, les groupements associatifs, les propositions sont particulièrement variées en étant plus ou moins adaptées aux publics concernés selon leurs pathologies et leur degré d'autonomie, à partir d'une démarche de reprise d'activité, de découverte de nouvelles activités, de pérennisation de l'AP pratiquée, voire selon une logique d'utilité dans les gestes du quotidien.

Modèles de mise en œuvre, ajustement des acteurs et reconnaissances de l'APA

L'impératif de l'évaluation comme levier d'action publique :

Cet impératif s'affirme dans la très grande majorité des dispositifs étudiés. S'agissant de critères de fragilité, les tests mobilisés sont d'ailleurs souvent partagés par la plupart des intervenants. Cette situation apparaît comme une forme de « *gouvernement par l'évaluation* » dans la mesure ou les structures médicales, tout autant que les financeurs, imposent l'utilisation de modèles d'évaluation permettant à la fois d'adapter les interventions et de vérifier les effets des programmes d'APA. Les données chiffrées recueillies permettent de rendre compte du degré de fragilité des publics concernés tout en renforçant les échanges entre professionnels de la santé. Elles offrent aussi un gage de sérieux, de professionnalisme et de scientificité dans un contexte marqué par l'Evidence Based Medicine.

Cette situation, impliquant une évaluation maîtrisée des publics visés, est constitutive des programmes d'APA proposés dans les CH et CHU, marqués par des règles institutionnelles prégnantes et une logique du raisonnement clinique. C'est une condition à leur inclusion, comme en témoignent les recherches menées. Les savoirs épistémiques validés sont au cœur d'un enjeu de reconnaissance de l'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse, preuve que cette affirmation n'est pas jugée encore assez robuste. Les services dédiés à l'APA dans les pôles de SMR, accordent également une grande importance à l'évaluation de la santé

des patients et au rôle que peut jouer l'AP. Plusieurs bilans accompagnent les soins à différents moments de l'intervention. Les programmes d'AP proposés en EHPAD n'échappent pas à l'exigence d'évaluation instituée dans un cadre médicalisé. Dans tous les cas le médecin occupe une place prépondérante comme caution scientifique et institutionnelle. L'importance accordée à l'évaluation est d'ailleurs renforcée par les règles d'attribution des financements de l'ARS qui orientent ainsi les formes d'interventions. Le principe d'un contrôle par l'évaluation caractérise également le fonctionnement des groupements associatifs en sport-santé et/ou APA, dans la mesure où les financements dépendent de la capacité des acteurs à se conformer à ce qui est attendu d'eux, sous l'influence des ARS (imposant des tests validés et référencés). Les questionnaires et bilans de satisfaction sont également mobilisés par les intervenants des différentes structures interrogées. Ils apportent des éléments d'information permettant d'évaluer la perception du programme par les bénéficiaires eux-mêmes et de faire évoluer les programmes en fonction des réponses apportées. Notons, malgré tout, que les modalités d'évaluation mobilisées accordent assez peu d'importance aux déterminants sociaux.

APA et parcours de soin - des dispositifs à géométrie variable :

Une des questions importantes posées par l'implémentation des programmes d'APA (particulièrement dans le domaine médical et médico-social), concerne son positionnement dans le parcours de soin. Dans certains cas, témoignant d'ajustements limités entre acteurs, l'APA est périphérique au parcours de soin, en étant plus ou moins externalisée. Dans d'autres cas, sa position reste parallèle aux soins. Enfin, dans les situations les plus favorables, l'intervention en APA est constitutive de ce parcours dans un cadre assurant une coordination de tous les acteurs au sein de collectifs hybrides. Dans ce dernier cas, la coordination peut apparaître comme maximaliste, bien que l'on constate le plus souvent des asymétries nuançant l'importance accordée aux EAPA par rapport aux autres professionnels. Ainsi, le manque de reconnaissance de l'APA est très régulièrement exprimé par les personnes interrogées.

Le plus souvent, les dispositifs proposés dans les CH et CHU mobilisent l'APA de façon relativement parallèle au parcours de soin confirmant un cadre de coordination limité. Le cadre d'intervention en pôle de SMR semble plus propice à une forme de coordination étroite entre les différents intervenants, davantage intégrés à l'équipe pluridisciplinaire. Les services dédiés réclament des ajustements interprofessionnels plus fréquents, même si l'activité apparaît généralement en « complément » de celle du kinésithérapeute. La question de l'intégration de l'APA dans les parcours de soin en EHPAD est particulièrement sensible, d'autant plus qu'elle est réactualisée par la réglementation imposant les projets personnalisés des résidents et par le décret n° 2023-621 du 17 juillet 2023 « Relatif au référent pour l'activité physique et sportive en établissement social et médico-social ». Pour autant, l'activité physique en EHPAD reste envisagée souvent sous un angle occupationnel, insistant davantage sur la dimension sociale de l'APA que sur son intérêt comme thérapeutique non médicamenteuse. Les formes d'actions associatives à destination des aînés restent, quant à elles, le plus souvent périphériques et/ou complémentaires aux parcours de soin, à l'exception du rôle dévolu aux Maisons Sport-Santé. Dans ce cas de figure, les coordinations sont simplifiées à travers des liens directs entre les médecins adresseurs ou infirmières Asalée et les intervenants en APA. Les interventions reflètent néanmoins une coordination limitée où chaque partenaire reste cantonné dans son domaine d'intervention. Elles ne traduisent pas une démarche de co-construction mais plutôt une logique d'accompagnement parallèle ou de collaboration en faveur d'une offre de service à dimension préventive, inscrite en complément des prises en charge classiques des patients.

Un impératif de coordination soumis aux règles du monde médical :

L'injonction à la coordination peut être considérée comme une norme institutionnelle contemporaine. Elle représente un principe de réforme concernant particulièrement le secteur sanitaire et médico-social (Bloch & Hénaut, 2014). Ce constat se vérifie dans le cadre des structures CHU et EHPAD étudiées impliquant des collaborations interprofessionnelles jugées

indispensables. Les dispositifs proposés en pôles de SMR fonctionnent également à partir d'un cadre de coordination relativement éprouvé, impliquant un travail pluridisciplinaire rythmé par des réunions régulières. Pour autant, sur ces questions d'organisation structurelle, les EAPA de la structure sont placés sous l'autorité hiérarchique de deux cadres de rééducation.

Dans de nombreux entretiens, les EAPA soulignent que les situations vécues ne sont pas favorables à la reconnaissance de leur domaine professionnel, jugé secondaire par rapport à d'autres interventions. Cette situation asymétrique, traduit une moindre intégration dans les dispositifs étudiés. Elle conforte un statut des EAPA, encore flou, référé souvent au secteur de l'animation sportive réduisant mécaniquement la capacité de coordination d'acteurs soumis à l'autorité médicale. Dans le cadre des collaborations impliquant les groupements associatifs en AP/sport-santé, les liens avec les médecins prescripteurs sont plus ou moins effectifs. Dans certains cas, les coordinations sont avérées mais il arrive que des médecins soient réticents à l'égard de la prescription de l'APA. Parallèlement, les groupements associatifs sont confrontés à l'exigence de collaborations intersectorielles qui implique d'autres formes de traductions entre des intervenants qui ne disposent pas des mêmes connaissances et sont donc parfois en difficulté pour ajuster les actions communes.

Des contraintes organisationnelles récurrentes

Une intégration de l'APA occasionnant des tensions relatives aux profils des intervenants :

De façon générale, l'introduction de l'APA dans le système de soin (CH, CHU, SMR et EHPAD) provoque des difficultés relatives à l'insertion d'un nouveau secteur d'intervention dans un domaine considéré comme étant déjà en tension. La situation implique de définir les contours d'un nouveau territoire professionnel qui entre pour partie en concurrence avec celui des autres intervenants en santé, tels que les kinésithérapeutes, les psychomotricien(ne)s, les ergothérapeutes, voire les infirmier.e.s, etc.,.

Dans un premier temps, il faut constater que les EAPA embauchés en CH ou CHU ne sont pas institutionnellement rattachés à la grille de la fonction hospitalière prévue pour les autres intervenants en santé. Cette situation occasionne un trouble important chez les personnes recrutées, qui sont assimilés au corps des éducateurs alors même qu'elles cherchent à faire valoir leur expertise d'intervention dans un cadre de prévention secondaire et tertiaire. Cette situation floue sur le statut des EAPA en établissement médical ou médico-social se double souvent d'une méconnaissance du métier par les autres professionnels de santé. C'est en ce sens que l'APA fait généralement l'objet d'une présentation préalable aux autres professionnels avant sa mise en œuvre dans les établissements. Ce sont les EAPA eux-mêmes qui doivent expliquer aux autres professionnels de santé la plus-value de leurs interventions auprès des personnes âgées pré-fragiles, fragiles, voire dépendantes. Dans le même temps la confusion entre les Enseignants en APA et les éducateurs sportif renforce la difficulté à circonscrire précisément leur périmètre respectif d'intervention professionnelle à partir de champs compétences, qui ne sont guère perceptibles pour les autres acteurs des dispositifs de soin. Les tensions observées entre les intervenants en APA et les kinésithérapeutes sont également un frein au déploiement de l'APA. Bien que la situation tende à se normaliser, en affirmant la spécificité des formes d'intervention selon une logique de complémentarité plutôt que de concurrence, l'ordre des priorités en pôle SMR reste favorable aux kinésithérapeutes.

Freins financiers et difficultés à pérenniser les postes :

L'un des principaux freins au développement des programmes d'APA, exprimé par l'intégralité des acteurs interrogés, concerne les difficultés de financement des actions envisagées. Celui-ci renvoie autant aux difficultés de rémunération des intervenants qu'à l'obtention de moyens nécessaires à la mise en œuvre des programmes. Notons que les pôles

de SMR sont moins impactés dans un cadre intégrant l'APA comme sous l'angle de la rééducation fonctionnelle pouvant être prescrite, donc financée.

En impliquant un fonctionnement par réponse à des appels d'offre, la situation concerne les Centres Hospitaliers au même titre que les autres structures d'offre. Notons que la situation financière rencontrée dans les EHPAD étudiés est particulièrement tendue, dans un secteur déjà en difficulté du point de vue du recrutement des professionnels du secteur. Les formes d'actions menées à destination des personnes âgées pré-fragiles ou fragiles, par les groupements associatifs en APA ont pour particularité d'être dépendantes des aides octroyées par les financeurs en santé publique. Ce fonctionnement par conventions d'objectifs implique de véritables compétences managériales et gestionnaires.

Freins relatifs aux ressources logistiques :

Les freins en matière d'obtention de ressources sont nombreux. Ils peuvent être liées à des questions administratives et logistiques. Les problématiques relatives aux besoins en installations et en matériel sont les plus fréquemment exprimées. Dans les EHPAD étudiés, la situation est particulièrement délicate, traduisant une forme de concurrence renforcée par les fortes contraintes d'occupation des installations nécessaires à la pratique de l'activité physique. Bien souvent, les espaces restent à aménager, tandis que les rares salles disponibles sont partagées avec d'autres utilisateurs, tels que les kinésithérapeutes ou les animateurs. Cette problématique est également très sensible pour les groupements associatifs d'APA qui entrent en concurrence avec les acteurs du mouvement sportif en étant dépendants des installations mises à disposition par les collectivités territoriales. De ce point de vue, la question des priorités établies en matière de politiques sportives et/ou sanitaires se pose concrètement et n'est pas toujours au bénéfice des programmes de prévention santé.

Des difficultés de coordinations liées à la réorganisation nécessaire des pratiques de soin

Le cadre organisationnel est un frein important au déploiement de programmes d'APA à destination des publics âgés fragiles. Dans les structures médicalisées, leur mise en œuvre implique de réorganiser les parcours de soins ou offres de soins complémentaires en établissant des plannings d'interventions coordonnant les différentes spécialités du soin. Cette situation a comme conséquence une coordination fracturée entraînant souvent une mise à l'écart de l'APA. Dans les CH et CHU, l'enjeu organisationnel illustre une nécessité supplémentaire de coordonner les actions dans des services déjà très contraints par le nombre important d'intervenants du soin. Cette problématique organisationnelle est étroitement dépendante des priorités fixées en matière d'intervention. Le cas des EHPAD illustre parfaitement ces enjeux organisationnels et les freins relatifs aux modifications des plannings fixés. L'introduction de l'APA met en évidence une réorganisation qui dépasse la simple contrainte d'emploi du temps en remettant en cause fondamentalement la hiérarchie des pratiques de soins dans un planning journalier souvent très dense soumis à des aléas liés à l'état de santé des résidents. Le problème est donc moins épistémique ou axiologique, qu'organisationnel, bien que l'ensemble soit lié. Du côté des groupements associatifs développant l'APA, cet enjeu organisationnel s'exprime différemment. Il est avant tout lié à la bonne entente avec les partenaires des collectivités territoriales, à la qualité de l'accompagnement des programmes à destination des populations visées et aux ressources attribuées en termes d'installations et de moyens matériels.

La prise en compte des usagers dans les programmes d'APA

L'introduction de l'APA dans les différents dispositifs étudiés accompagne l'importance croissante accordée à la place des usagers dans le système de soin, notamment du point de vue de l'éducation thérapeutique qui leur est parfois proposée, des démarches participatives qui les impliquent dans la co-construction des programmes et de leur inscription pérenne dans des modes de vie physiquement plus actifs. Notons que l'analyse présentée pour

ce projet d'amorçage est moins attentive à la place des usagers, envisagée de leur point de vue (puisque nous n'avons pas pu les interroger), qu'à la façon dont les opérateurs considèrent leur implication dans les dispositifs proposant des programmes d'APA.

Les stratégies de mobilisation des usagers observées dans les dispositifs étudiés sont à géométrie variable. Elles dépendent des ressources dont disposent les opérateurs fonctionnels et des contraintes auxquelles ils sont confrontés. De ce point de vue, l'idéal de démocratie sanitaire apparaît comme un référent flottant, un espace social au sein duquel des acteurs très différents coopèrent ou luttent pour imposer leur propre vision de la place accordée aux individus et des pratiques physiques favorables à leur santé.

Des profils d'usagers hétérogènes :

Les données recueillies montrent que les programmes étudiés concernent généralement un public hétérogène. En raison des contraintes organisationnelles impliquant des groupes de personnes âgées, il apparaît difficile aux intervenants d'individualiser la prise en charge pour qu'elle corresponde au profil de chacun.

En structures médicalisées (Hôpitaux et cliniques) cette situation est régulièrement signalée. Selon les cas, les publics encadrés sont plus ou moins autonomes mais présentent des disparités sur le plan neurologique, ce qui accroît la difficulté d'une intervention homogène, impliquant chaque personne selon son pouvoir d'agir. En EHPAD, la situation est particulièrement complexe au vu de la diversité des populations accueillies en résidence, tant du point de vue, physique que psychologique ou social. Les publics visés par les groupements associatifs en APA sont également hétérogènes même s'ils sont très majoritairement autonomes, ce qui autorise une mise en œuvre de programmes de prévention plus diversifiés. Il faut souligner ici que les hommes sont souvent plus difficiles à intégrer dans les programmes, en raison des facteurs sociaux qui les éloignent des formes gymniques d'entretien corporel.

Une démarche participative, incluant les usagers, relativement restreinte

Rappelons que la participation des usagers dans les institutions médicales et médico-sociales est depuis une quinzaine d'années, promue pour être au centre de la prise en charge. Or, dans tous les cas, l'autonomisation recherchée apparaît comme dépendante d'une : « *activité d'enseignement qui vise le développement de « capacités » et l'émancipation des usagers.* » (Perrin, 2016). En plaçant à ce niveau le curseur permettant d'évaluer la participation des usagers, force est de constater que la démarche participative est plus souvent déclarative qu'effective dans la mise en œuvre des programmes d'APA. De fait, la prise en compte des usagers en tant qu'acteurs de leur prise en charge est à nuancer pour l'ensemble des dispositifs étudiés. Le niveau d'incorporation du pouvoir d'agir et des savoirs d'usage est peu pris en compte. Comme nous l'avons déjà établi, les coordinations entre acteurs professionnels ne sont pas suffisamment soutenues par le partage de connaissances sur et avec les publics concernés, notamment à propos des effets de l'APA, en matière de thérapeutiques non médicamenteuses. Pour autant, les professionnels de l'APA soulignent régulièrement leur souci du bien-être des personnes accompagnées. Ainsi, les pratiques sont souvent aménagées au regard des motivations des patients.

Les contraintes sécuritaires :

Les contraintes liées à la sécurité des personnes âgées font partie des freins régulièrement énoncés par les Enseignants en Activités Physiques Adaptées. Ils sont moins liés à l'exercice même du métier, auquel les intervenants EAPA sont normalement préparés par leur formation, qu'aux inquiétudes manifestées par les autres professionnels issus du monde médical, qui peuvent ainsi poser des limites à l'APA. C'est le cas observé en CHU dans un cadre particulièrement attentif à la balance sécurité/risque. La progressivité proposée dans les séances d'APA reste la solution la plus habituelle, adoptée en lien avec les bilans réalisés parallèlement pour vérifier l'adéquation entre le niveau de difficulté des exercices et les capacités de publics visés. Dans ce cadre, l'hétérogénéité des personnes accueillies au sein d'un

même groupe peut néanmoins poser des problèmes d'ordre motivationnel, soit en raison d'objectifs trop élevés pour certaines personnes âgées fragiles ou trop limités pour d'autres.

Il convient de signaler que, dans certains cas, les projections faites à propos des limitations des personnes âgées peuvent relever de formes d'âgisme. Celles-ci apparaissent dans les données relevées par l'étude. Elles peuvent performer dans le secteur de l'APA et ralentir le déploiement des programmes en considérant que l'effort nécessaire à l'exercice physique ne convient pas aux personnes âgées fragiles, comme l'expriment certains responsables d'EHPAD. Retenons que la plupart des acteurs interrogés mobilisent une rhétorique qui semble prêter attention à ces écueils en cherchant ainsi à se prémunir précisément contre toute forme d'âgisme.

Les freins liés aux personnes âgées /représentations :

Les freins à l'engagement sont également dépendants des représentations des personnes âgées elles-mêmes. Celles-ci expriment parfois une réelle crainte vis-à-vis de l'activité physique qu'elles confondent bien souvent avec le sport réclamant un effort intensif. En ce sens, une partie du travail réalisé par les intervenants en APA consiste à faire évoluer ces représentations en communiquant de façon à rassurer les personnes les plus éloignées de la pratique physique et les plus fragiles. Notons que cette situation s'applique à toutes les structures interrogées, que ce soit en milieu médical, médico-social ou dans le cadre des actions menées par les opérateurs associatifs d'APA. En CH, CHU et cliniques, la démarche d'information, voire d'éducation thérapeutique des patients vient parfois pallier précisément à la méconnaissance de l'APA. Les EAPA recrutés en pôle de SMR des cliniques cherchent également à favoriser l'implication des usagers en prévision de la période post-soins, afin de préparer le retour à la maison sur la base d'une pratique plus autonome. Dans ce cadre, la difficulté réside dans l'adaptation des conseils aux motivations des patients et aux connaissances dont ils disposent.

Les arguments présentés en EHPAD, sont exprimés de façon différente dans la mesure où les propos sont particulièrement centrés sur les motivations des résidents (personnes âgées dépendantes) et sensibles au déclin de leurs capacités. Cette situation renforce la nécessité d'adapter les propositions d'exercices aux fragilités relevées tout en procédant par étapes afin d'attirer puis de retenir les participants dans les programmes d'APA proposés.

La prise en compte des aspects relationnels et de la dimension sociale :

Si les facteurs biologiques sont essentiels au regard des critères de fragilité utilisés par les structures étudiées, les dimensions sociales sont parfois présentes également. Elles accompagnent le cadre des justifications mobilisé dans le déploiement des programmes d'APA. C'est un aspect qui présente une certaine spécificité en raison de la mobilisation des pratiques sportives mais aussi en lien avec l'importance accordée aux aspects relationnels qui animent les intervenants, selon les formations suivies. Une partie des acteurs impliqués dans les programmes d'APA prend en considération les aspects biopsychosociaux qui agissent sur les conduites de personnes âgées de 60 ans et plus. Cette dimension se retrouve dans plusieurs dispositifs étudiés. Cela peut déboucher sur une volonté de lutter contre les processus de déprise. L'interrogation des parcours de vie suscite ainsi une démarche attentive au ressenti des patients. On comprend alors pourquoi le plaisir et le bien-être sont particulièrement mobilisés dans arguments qui accompagnent la promotion des programmes d'APA en EHPAD. Il faut souligner, parallèlement, que la question des inégalités sociales et économiques est importante dans les rhétoriques mobilisées par les acteurs des groupements associatifs d'APA. En tant que partenaires de l'action publique, militant pour la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, ils justifient leurs actions par la volonté de corriger les inégalités, par exemple en réduisant les coûts d'adhésion, affirmant un principe de justice sociale.

Visées de capacitation :

L'objectif de maintien de l'autonomie des personnes âgées de 60 ans, associé à la prévention des chutes et à la lutte contre tous les facteurs fragilisant ces populations

s'accompagne nécessairement d'une réflexion sur les démarches de « capacitation » « empowerment ») ou « agentisation ».

Dans le domaine médical et médico-social, cette perspective implique une sensibilité à l'éducation thérapeutique des patients (ETP). Celle-ci invite à augmenter la capacité des patients à infléchir leur mode vie dans un sens favorable à leur santé, tout en développant leur pouvoir d'agir sur eux-mêmes. Bien que l'ETP ne soit pas prévue dans les cliniques et pôles de SMR étudiés, il est symptomatique de constater que les EAPA s'y emploient, en lien avec l'importance accordée au maintien d'un engagement physique des patients post-soins. La recherche à dimension interventionnelle initiée dans le groupement d'EHPAD Les 3, illustre les espoirs que suscite une démarche plus attentive à la capacitation des personnes âgées. Par exemple, apprendre aux résidents à chuter et à se relever, en sécurité, permet de leur redonner confiance et de réduire leur peur de la chute. Cela conduit à améliorer leur qualité de vie. Il n'en reste pas moins que la démarche participative et inclusive reste soumise aux conditions de faisabilité organisationnelle, longuement évoquées dans ce rapport.

Les acteurs expriment souvent une forme de croyance dans la capacité des patients (jugés informés) à modifier leurs comportements. Ils oublient l'importances des déterminants sociaux traduisant des formes d'injustices épistémiques pouvant freiner l'engagement des populations les plus faiblement dotées en capital culturel et social. L'information et la consultation font souvent office d'éducation. La responsabilisation des personnes âgées peut parfois prendre des allures de moralisation tandis que les freins liés aux déterminants sociaux sont peu perceptibles dans les propos relevés (Génolini & Morales, 2023).

Place des aidants dans les dispositifs :

La question de la place accordée aux aidants est importante. De ce point de vue, le rapport proposé est partiel puisqu'un seul aidant a été interrogé. L'analyse exprime donc plutôt l'appréciation portée par les acteurs professionnels à propos du rôle des aidants que l'expression des aidants eux-mêmes. De façon générale, les données recueillies dans les entretiens mettent en tension le rôle des aidants en soulignant à la fois les freins que leur présence induit dans la mise en œuvre des programmes et l'aide qu'ils peuvent apporter en matière d'accompagnement des publics âgés. Le premier constat relevé dans l'analyse des dispositifs médicaux et médico-sociaux met en évidence que la place des aidants tend à être davantage considérée depuis quelques années. Ainsi ils sont parfois présents dans les instances consultatives, comme c'est le cas pour certains EHPAD. L'intérêt pour les programmes d'APA manifesté par les aidants est apprécié par plusieurs intervenants. Ils évoquent une plus grande motivation des personnes âgées en présence de leurs proches. Sur un plan moins favorable, les données recueillies renvoient aux inquiétudes manifestées par les aidants au sujet de la santé de leurs parents. Celles-ci peuvent avoir comme effet de renforcer leur sédentarité par crainte d'éventuels accidents. A l'inverse, les propos exprimés sont parfois décalés de la situation réelle des aînés, ce qui se traduit par des attentes trop élevées par rapport à l'efficacité des soins prodigues.

CONCLUSION GENERALE : APPORTS OU IMPACTS POTENTIELS

L'étude CAP APPA a pu montrer que le degré d'implémentation des programmes d'APA observés varie, dans une période récente, d'une situation innovante accompagnant les premières initiatives ... à une installation opérante et relativement pérennisée dans les quelques dispositifs les plus avancés.

D'une façon générale, le rapport met en évidence, des difficultés de coordination et d'ajustement entre acteurs impliqués dans les programmes d'APA. Si, sur un plan axiologique et épistémique, l'intérêt de l'AP comme facteur de santé semble s'imposer à l'aide des recommandations de santé publique, les aspects financiers, matériels ainsi que les enjeux organisationnels font apparaître d'importants freins à leur déploiement. Ainsi, les propositions

d'activité physique sont globalement peu intégrées aux parcours de soin des personnes âgées ou se situent à leur marge. Les structures étudiées traduisent le plus souvent des formes de coordinations minimalistes ayant pour conséquence des représentations de l'APA, envisagées sous forme d'animation ou de complément à visée de bien-être physique et social, plutôt qu'intégrées véritablement aux parcours de soin des usagers. Par ailleurs, le déploiement des programmes destinés aux personnes âgées fragiles se heurte à un secteur « APA » ou « sport-santé » hétérogène, insuffisamment financé, marqué par des luttes de territoires professionnels, traduisant une implémentation qui reste compliquée et qui peine à prendre en compte les inégalités sociales et épistémiques.

De nombreuses questions ont émergées mais restent encore ouvertes au débat scientifique. Le projet d'amorçage CAP APPA a joué un rôle important en mettant en évidence les résultats évoqués ci-dessus, en initiant les questionnements tout en invitant au prolongement de l'étude à des fins de préconisations auprès des autorités sanitaires.

Il a ainsi pu initier une recherche de plus grande envergure à travers le projet ANR APPAPA (Activité Physique et Prévention de la perte d'Autonomie des Personnes Âgées), obtenu auprès de l'ANR pour la période 2025-2029.

BIBLIOGRAPHIE MOBILISÉE (15 références principales)

- Akrich M., Callon M., & Latour B. (2006). *Sociologie de la traduction – Textes fondateurs*. Paris : Mines
- Benamouzig D. (2005). *La santé au miroir de l'économie*. Paris, PUF.
- Bloch, M., Hénaut, L. (2014). *Coordination et parcours: La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod.
- Callon, M. & Latour, B. (1991). *La science telle qu'elle se fait – Anthologie de la sociologie des sciences en langue anglaise*, Paris, La découverte.
- Carré F. & al. (2021). Activité physique et maladies chroniques : quels effets et dans quel cadre ? *ADSP* 114(2) : 13-25.
- Dodier N. (1993), Les appuis conventionnels de l'action. Éléments de pragmatique sociologique. *Réseaux* 65 : 63-86.
- Fassin D. (1996). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris : PUF.
- Génolini JP, Mathieu C. & Cayla F. (2021). L'activité physique en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : alignement médical ou émancipation ?. *SociologieS* [Dossiers, mis en ligne le 28 janvier 2021. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/15773>.
- Génolini, J-P. & Morales, Y. (2023). Participation vs prescription : vers une réduction des inégalités sociales en promotion de la santé par le sport. *Revue STAPS* n°5/143, p. 41-60.
- Gilbert C, Henry E. (2012). La définition des problèmes publics. *Revue française de sociologie* 1(53) : 35-59.
- Guillemand AM. (2017). *Allongement de la vie. Quels défis ? Quelles politiques ?* Paris : La Découverte.
- Morales Y., Saint-Martin J., Travaillet Y. & Lebecq P.-A. (2018), Les Fédérations sportives face aux défis du vieillissement (FFEPGV : 1990-2017). *Gérontologie et société* 156, vol. 40 : 55-70.
- Morales, Y. (2023). Fabrique des risques liés à la sédentarité et promotion du “sport-santé” en France (1960-2022) », *Émulations* n° 45. En ligne.
- Morales Yves & al. Rapport *SeniorActifsGV* : les « ressorts de l'engagement du public senior dans une activité physique » (Décembre 2023).
- Perrin C. (2016). Construction du territoire professionnel de l'enseignant en APA dans le monde médical. *Santé Publique*, 28(1) : 141-151
- Perrin C. (2019). Logiques et modalités d'intervention en activité physique auprès des malades chroniques : approches sociologiques. *Expertise collective Inserm « Activité Physique. Prévention et traitement des maladies chroniques »*. Paris, Ed. Inserm : 49-100.

S'il s'agit d'un **projet d'amorçage, projet pilote, contrat de définition ou de soutien à la mise en place de projets européens** :

Ce projet a-t-il permis de construire un projet de recherche complet ?

Oui Non

Rapport scientifique complet

Rappel : Ce document n'est requis que pour les projets soutenus par la CNSA

COORDINATIONS POUR L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE A LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE (CAP APPA)

MORALES YVES, PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS – CRESCO UR 7419 – UNIVERSITÉ TOULOUSE 3 PAUL SABATIER

APPEL À PROJET BLANC 2022 (SESSION 13) – PROJET D'AMORÇAGE

Delphine Azéma (CRESCO), Jean-Paul Génolini (CRESCO), Philippe Terral (CRESCO), Khaled Fezzani, et Vaddhey Ong Meang (I2MC)

◀ Modalité du projet ▶ Projet d'amorçage ▶ Modalité du projet ▷

Table des matières

EQUIPE DU PROJET CAP-APPA ET PARTENAIRES AYANT CONTRIBUÉ À LA COLLECTE DE DONNÉES.....	Erreur ! Signet non défini.
CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET QUESTION DE RECHERCHE.....	26
Préambule	26
A- Vieillissement de la population et prévention par l'activité physique.....	27
B - Une question de recherche centrée sur les coordinations d'acteurs	28
CHAPITRE I - PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE - PROJET D'AMORÇAGE	31
I. A - ENTRÉES THÉORIQUES	31
I. B - PROBLÉMATIQUE	33
I. C- MÉTHODOLOGIE:	35
I.C-a une enquête qualitative.....	35
I.C-b Opérations de recueil des données :.....	36
I.C-c. Modèles de traitement des données et démarche analyse.....	39
CHAPITRE II – PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE.....	41
II. A- DESCRIPTION DES TERRAINS D'ENQUETE ET MODES D'ORGANISATION	41
II.A-a. Les centres hospitaliers et structures hospitalo-universitaires :	41

II.A-b. Les pôles de SMR au sein de cliniques privées	54
II.A-c. Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)	66
II.A-d. Les dispositifs associatifs du secteur socio-sportif	75
II. B- DES PROGRAMMES D'APA EN TENSION (ANALYSE COMPARÉE DES DIFFICULTÉS DE COORDINATION).....	90
II.B-a La mise en place des dispositifs d'activité physique visant à préserver l'autonomie des personnes âgées ... sous l'angle d'un bien commun	92
II.B-b Enjeux épistémiques/axiologiques et régimes d'action favorables à l'APA.....	101
II.B-c Modèles de mise en œuvre, ajustement des acteurs et reconnaissances de l'APA....	114
II-B.d Des contraintes organisationnelles récurrentes	133
II-B.e La prise en compte des usagers dans les programmes d'APA	151
CONCLUSION GENERALE	173
BIBLIOGRAPHIE MOBILISÉE	175

CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET QUESTION DE RECHERCHE

Préambule

L'étude CAP APPA s'inscrit dans le cadre d'un projet d'amorçage. Ce dernier a été réalisé sur une année comprenant : les prises de contacts au sein des dispositifs interrogés en vue du recueil de données ; la construction de l'appareil méthodologique permettant le relevé des informations (incluant les adaptations aux structures et profils professionnels dans les guides d'entretien) ; le croisement des données en vue de leur analyse ; puis l'analyse proprement dite. Le nombre de terrains étudiés comprend un total de 18 dispositifs : 5 Centres Hospitaliers ou Centres Hospitaliers Universitaires (CH ou CHU), 2 SMR (Soins Médicaux et de Réadaptation qui remplacent désormais les SSR : Soins de Suite et de Réadaptation), 5 EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (ou équivalent) et 6 groupements associatifs incluant des Maisons sport-santé.

Bien que non négligeables, les terrains investis sont en nombre limité, l'étude ne peut donc prétendre à l'exhaustivité et mérite donc d'être complétée.

Notons que 3 terrains d'enquête ont fait l'objet d'une analyse très approfondie favorisant un travail collaboratif à dimension interventionnelle.

Il s'agit :

- D'un service de prévention de la dépendance – Hôpital de jour – CHU qui a été investigué par le support de post-doctorat (Delphine Azéma) et par Y. Morales
- D'une structure SMR investiguée également par le support de post-doctorat (Delphine Azéma)
- D'une association gérant 3 EHPAD, qui a été investiguée sous la forme d'une recherche interventionnelle associée à des stages de master 2 recherche/professionnel en alternance : sur l'année 2022-2023 Justine Comte ; sur l'année 2023-2024 Roxane Etève, toutes deux accompagnées par Y. Morales, Jean-Paul Génolini et Delphine Azéma.

Dans le même temps, une promotion d'étudiants de Licence professionnelle « parcours Santé, vieillissement et activités physiques adaptées (SVAPA) » a été impliquée dans l'étude CAP APPA sur l'année 2023-2024, en participant au recueil de données sous la forme d'entretiens et d'analyses associées à un projet tuteuré. Leur travail a été encadré par Yves Morales.

En ce sens, le rapport présenté dispose de données variées et riches en matière de coordinations accompagnant l'implémentation de programmes d'APA et/ou de « sport-santé »¹

¹ L'Activité Physique est le terme le plus utilisé dans les programmes. L'APA est définie comme « *pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires* » Décret 30/12/2016. Le concept de « sport-santé » lui est souvent juxtaposé : « *conditions de pratique d'une discipline sportive aptes à maintenir ou améliorer la santé en prévention primaire, secondaire ou tertiaire* » (CNOSF, 2009). Cela induit une confusion que nous analyserons. Nous nous réfèrerons dans le rapport aux termes utilisés par les acteurs interrogés en cherchant précisément à présenter leur propre cadre définitionnel. Notons que le cadre d'intervention centré sur les personnes âgées fragiles implique très largement un profil d'acteurs Enseignant en APA (EAPA), donc plus favorables à l'utilisation du sigle APA.

en prévention de la perte d'autonomie des personnes de 60 ans et plus. Il s'agit d'une première étape exploratoire (cadre d'amorçage) ayant permis d'identifier les éléments de réflexions les plus saillants et représentatifs de la situation observée.

A- Vieillissement de la population et prévention par l'activité physique

Face aux projections démographiques alarmistes considérant la « *révolution de la longévité* »² (Robine, 2016 ; Robine & Cambois, 2017), les politiques publiques cherchent à développer davantage d'actions pour favoriser un gain d'espérance de vie sans incapacités. La prévention de la perte d'autonomie des publics âgés (Capuano, 2018 ; Viriot-Durandal & al, 2018) apparaît alors comme un des grands défis à relever (Guillemard, 2017). Elle fait l'objet d'une littérature abondante (*mentionnée dans le Rapport d'information du Sénat, 2021*), mettant en évidence la difficulté à en définir le périmètre au regard des multiples déterminants qui l'accompagnent (physiques, psychologiques et sociaux). De ce point de vue, les « régimes d'autonomie » envisagés pour faire face aux risques associés au vieillissement sont présentés de façon large comme : « *modalités d'organisation de l'accompagnement à l'autonomie qui découlent de discours sociaux, de normes institutionnalisées et de mesures concrètes d'aide mais aussi des pratiques quotidiennes de réalisation des tâches d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie ...* » (Projet ANR Aurélia EHESP, 2024).

Dans ce vaste secteur, la littérature médicale mobilise le concept de fragilité (Vellas, 2015). Elle est présentée comme étant le risque essentiel associé à la perte d'autonomie des personnes âgées. Au départ, exclusivement biomédicaux, les indicateurs de fragilité ont progressivement intégré des dimensions psychologiques et sociales pour appréhender la personne de manière globale. Vus sous un angle politique, ils apparaissent également comme des motifs d'action publique (Bertillon & Bloch, 2017) impliquant tout à la fois un dépistage (diagnostique) et le développement de programmes permettant de remédier au déclin physique, cognitif et relationnel des personnes âgées. Si les actions de prévention de la perte d'autonomie peuvent prendre une multitude de formes (ateliers mémoire, ateliers cuisine, soins esthétiques, aide à domicile, actions sur l'habitat, le transport, etc.), l'étude CAP-APA se centre sur les dispositifs (au sens de Demaizière, 2008) incluant des programmes mobilisant l'activité physique.

En référence à la définition exprimée par M. Foucault et mobilisée par Beuscart et Peerbaye, un dispositif est « *un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit, aussi bien que du non dit* » (2006). Ce cadre définitionnel invite à interroger les réseaux hétérogènes qui composent le dispositif dans la production des savoirs, des relations de pouvoir, des subjectivités et des objectivités exprimées.

Plus récemment, ce concept est défini comme un assemblage d'éléments hétérogènes nécessaires à l'organisation de la vie sociale correspondant à des ressources pour l'action. Selon Bruno Latour, cette notion est la plus pertinente pour présenter un programme d'actions qui correspond à des assemblages sociotechniques d'humains et de non-humains (1996). De ce point de vue le dispositif « *peut se concevoir comme un enchaînement préparé de séquences, destiné à qualifier ou transformer des états de chose par l'intermédiaire d'un agencement d'éléments matériels et langagiers* » (Dodier & Barbot, 2016, p. 431). En effet, nous verrons que les interactions entre les choix des termes employés et les ressources mobilisées contribuent

² Basées sur le constat qu'en 2035 un tiers de la population aura plus de 60 ans (INSEE 2023).

à transformer le dispositif. Le matériel et le langagier sont d'ailleurs composés de nombreux éléments. « *Les composantes langagières peuvent être de formes écrites et orales, narratives ou non narratives* » (Ibid. page 432).

Étayée par les données probantes des études épidémiologiques, l'activité physique (AP) est ...« *pensée à la fois comme moyen de prévention et comme thérapeutique non médicamenteuse* » (HAS, 2011). Elle trouve une place de plus en plus importante dans les dispositifs proposées aux publics en prévention et en pratiques complémentaires de soins (rapport ONAPS, 2018 ; Inserm, 2008, 2018, 2019). Elle est recommandée pour prévenir les chutes, les traumatismes, l'ostéoporose et la sarcopénie, en limitant le déclin fonctionnel. Elle prévient également les symptômes anxio-dépressifs et le stress. Elle favorise le bien-être, la qualité de vie, l'estime de soi et la forme cardio-vasculaire, etc.,. (Référentiel HAS, 2019). L'AP est ainsi promue au rang de contribution essentielle « *à un vieillissement sain et à l'amélioration du statut fonctionnel des personnes âgées fragiles ou en cours de fragilisation* » (rapport Aquino, 2013). Le *plan triennal antichute des personnes âgées* (2022) conforte d'ailleurs sa mise à l'agenda politique en la présentant comme « *meilleure arme antichute* ». Notons que la Stratégie Nationale Sport-Santé (2019-2024) et la Loi de démocratisation du sport (2022) encouragent le développement de l'offre de « Sport-santé », d'AP et/ou d'Activités Physiques Adaptées (APA), notamment dans les ESMS et EHPAD. Bien que peu axée sur le développement de l'AP, l'actuelle *Proposition de Loi portant mesure pour bâtir la société du bien vieillir en France* mentionne également dans son article 11 : l'importance d'intégrer des éducateurs en APA en établissements et de « *développer les activités relatives entre autres au sport-santé, cruciales pour déployer une politique de prévention de la perte d'autonomie plus ambitieuse* ». En proposant une *Décennie pour le vieillissement en bonne santé* (2021-2031), l'OMS demande d'adapter ces recommandations aux disparités de la population qui pèsent sur les inégalités sociales.

En réponse à ce type de préconisations, des dispositifs incluant des programmes d'AP (Collinet & Tulle, 2018 ; Perrin & al, 2022) sont destinés aux publics âgés pré-fragiles, fragiles ou dépendants, confortés par la Loi relative à sa prescription (D. 30/12/2016). Ils impliquent de nombreux opérateurs et intervenants des mondes du sport et de la santé (Fédérations sportives, Siel bleu, ADAL, effORMip, réseaux RSSBE, etc.,)³, invités à engager des collaborations avec des collectivités, des mutuelles ou des ESMS, etc., (Collinet & Schut, 2016 ; Carré & al, 2021).

Pour autant, selon le *rapport de la Cour des Comptes* (2021), la politique générale de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées reste insatisfaisante, avec des résultats jugés « médiocres ». Les travaux menés par Viriot-Durandal & al., sur l'adaptation des territoires au vieillissement (2018) montrent que la décentralisation renforce l'éclatement du jeu des acteurs et désemboîte les échelons consultatifs de la politique du vieillissement. Ce constat général s'applique particulièrement aux programmes d'AP/APA. Il rejoint les conclusions de la CNSA (2017-2021), décrivant un secteur peu doté, insuffisamment adapté à l'enjeu démographique, avec des réalisations disparates sur les territoires, dont les politiques sont à redéfinir et à coordonner ; et qui accroît les inégalités sociales de santé (ISS)⁴. Cette situation impose alors de « *construire une priorité partagée* » (Cours des comptes, 2021).

B - Une question de recherche centrée sur les coordinations d'acteurs

³ Par exemple : Ateliers d'équilibre (CRAM Bourgogne), Gyméquilibre®, Gymmémoire® (FFEPGV), le Programme Intégré d'Équilibre dynamique (PIED), ou D-marche (ADAL), protocole HAPPIER (Siel Bleu), et autres programmes concernant les maladies chroniques.

⁴ Les ISS sont devenues un des axes structurant de la Stratégie Nationale de Santé.

Le programme CAP-APPA est un contrat d'amorçage qui engage une recherche collaborative initiant un cadre de recherche interventionnelle en santé publique (RISP)⁵. Son objectif principal consiste à analyser l'implémentation des programmes d'Activités Physiques (AP) et/ou d'Activité Physique Adaptée (APA)⁶ destinés aux personnes âgées⁷ identifiées comme « pré-fragiles », fragiles » ou « dépendantes »⁸, à des fins de prévention-santé et/ou de thérapeutiques non médicamenteuses visant à réduire la dépendance. Il s'agit d'observer leur apport en matière de santé publique, en tant que leviers permettant d'améliorer aussi bien les aspects physiques que les dimensions mentales et sociales de la santé des populations âgées, tout en cherchant à comprendre les tensions et les freins qui empêchent leur déploiement dans les institutions concernées.

Ce programme de recherche investit ainsi plusieurs terrains d'intervention : Centres hospitaliers (CH et CHU), Centres de Soins Médicaux et de Réadaptation en cliniques (SMR, ex SSR), EHPAD et Associations du secteur socio-sportif, Maisons Sport-Santé et agents exerçant en libéral, afin de chercher à appréhender en situation les ressources mais aussi les freins à la mise en œuvre des dispositifs d'APA étudiés.

Outre le relevé des enjeux sanitaires accompagnant les interventions en faveur de la santé et du « pouvoir d'agir » des publics visés, les objectifs généraux de la recherche sont doubles.

- D'une part, il s'agit d'analyser et de travailler à la co-construction des connaissances en santé en étudiant la façon dont sont susceptibles de se coordonner les savoirs des médecins, des usagers, des administrateurs des établissements, des techniciens de l'intervention et des chercheurs dans leurs relations avec les éléments « non humains » (les divers « objets » supportant l'intervention : dispositifs d'évaluation, moyens financiers, matériel médical, infrastructures et lieux de vie, technologies de l'information et de la communication, règles juridiques, écrits...).

- D'autre part, il s'agit de comprendre comment se développent et peuvent être mobilisés des savoirs d'usagers (ou des dispositions plus ou moins favorables à l'engagement dans une activité physique) afin d'optimiser les interventions.

Dis autrement, le programme CAP-APPA cherche à comprendre la façon dont peuvent s'articuler les savoirs et ressources des différents acteurs, rassemblés autour de l'ambition de ralentir la perte d'autonomie et de réduire le processus de déprise⁹ ou de désengagement des personnes avançant en âge (Barthe, Clément & Druhle, 1988 ; Caradec, 2009), tout en identifiant les freins en matière d'organisation et de coordination des programmes d'APA qui leur sont destinés en vue de mieux les intégrer à leur parcours de soins.

⁵ Initialement prévu sous la forme d'une RISP, le projet a été restreint en raison des contraintes temporelles, la durée, étant trop réduite pour engager les interactions nécessaires et assurer une collaboration plus avancée entre les opérateurs de santé et les chercheurs. Pour autant, la participation de Charlotte Dupuy du CHU de Toulouse ainsi que l'implication de deux stagiaires M2 APAS (Justine Comte et Roxane Etève) en alternance dans une structure associative gérant plusieurs EHPAD a permis d'enclencher la dimension interventionnelle envisagée.

⁶ Comme nous l'avons signalé, l'Activité Physique Adaptée est le terme le plus utilisé dans les programmes étudiés.

⁷ Les termes « personnes âgées » ou personnes « ainées » seront utilisés de façon conventionnelle à propos des 60 ans et plus.

⁸ On trouve plusieurs acceptations de la fragilité (biomédicale, multidimensionnelle, économique et d'action publique ...). Les perspectives médicales caractérisent les personnes âgées « fragiles » ou « pré-fragiles » surtout à partir des signes du déclin fonctionnel. Les facteurs sociaux et psychosociaux de la fragilité sont plus récemment mobilisés. Il s'agit donc de déconstruire les catégories utilisées afin d'interroger les représentations de la fragilité, telles qu'elles sont mobilisées par les acteurs impliqués.

⁹ La déprise peut être définie comme le processus de réaménagement de la vie qui se produit au cours de l'avancée en âge, au fur et à mesure que les personnes qui vieillissent sont confrontées à des difficultés croissantes telles que : fatigue plus prégnante, problèmes de santé et limitations fonctionnelles, conscience accrue de leur finitude ; disparition d'une partie de leurs contemporains, encadrement surprotecteur, etc.,. Dans le cas de cette étude, nous l'envisageons sous l'angle des constants aménagements et réaménagements qui accompagnent les parcours de vie des personnes fragiles de 60 ans et plus.

Face à ces constats, l'ambition générale de l'étude CAP-APA consiste à interroger le déploiement des programmes d'AP adressés aux personnes âgées pré-fragiles, fragiles ou dépendantes, soumis à des interactions complexes entre acteurs aux compétences hétérogènes et organisations diversifiées. Cet éclatement des positions, dans un secteur concurrentiel, doit être étudié et comparé en identifiant les acteurs en interactions, leurs conceptions, les objectifs visés et formes de prises en charge ainsi que les ressources mobilisées. L'étude implique plusieurs terrains d'enquêtes correspondant à des dispositifs d'AP destinées aux personnes fragiles, âgées de 60 ans et plus. Ces terrains seront précisés dans la présentation méthodologique.

Le principal axe d'étude présenté consiste ainsi à **objectiver les régimes d'action¹⁰** accompagnant le déploiement des programmes d'AP et de bien-être proposés aux personnes âgées pré-fragiles, fragiles ou dépendantes : cadre organisationnel, ressources disponibles, savoirs mobilisés (répertoires normatifs, représentations de la fragilité, modes d'interventions à privilégier...), formes de coordination et d'ajustement entre les acteurs.

Il engage l'analyse monographique approfondie de plusieurs programmes d'AP sélectionnés en raison de leur caractère archétypique. En première intention, le relevé s'intéresse aux actions impulsées dans un cadre médical (CHU, cliniques, ESMS), aux programmes d'AP qui relèvent d'un cadre associatif et/ou qui sont établis à l'initiative des collectivités territoriales ; certains d'entre eux pouvant être organisés de façon mixte.

Il s'agit d'observer leur structuration du point de vue des institutions engagées, des ressources mobilisées et des formes d'interactions entre les différents acteurs impliqués. Cela permet de mieux saisir la façon dont des acteurs relevant de mondes sociaux variés (politiques, sanitaires, opérateurs associatifs, enseignants d'APA) interagissent et réussissent plus ou moins à se coordonner malgré des points de vue différents.

L'hypothèse principale considère que le déploiement opérationnel des actions de prévention et de soin par les AP de la fragilité des personnes âgées, est freiné par la fragmentation des interventions et les difficultés d'ajustement des acteurs en raison de la variété de leur expertise et d'un manque de ressources tant épistémiques, qu'axiologique et organisationnelles.

Les résultats obtenus permettent ainsi de produire des connaissances sur les processus et mécanismes de mises en œuvre de programmes d'AP, en observant tant les éléments favorables à leur développement que les tensions et les freins qui le ralentissent.

¹⁰ Selon Corcuff, les régimes d'action sont définis : « *comme la modélisation de l'action dans certaines situations à travers l'équipement mental et gestuel des personnes, dans la dynamique d'ajustement des individus entre eux et avec les objets, en recourant donc à des appuis préconstitués à la fois internes et externes aux personnes* » (1996)

CHAPITRE I - PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE - PROJET D'AMORÇAGE

I. A - ENTRÉES THÉORIQUES

Les approches théoriques mobilisées dans le cadre du projet CAP-APPA se rejoignent sur plusieurs dimensions concertées accordant de l'importance à des formes d'analyses s'inscrivant dans « *le cours de l'action* », « *en train de se faire* » et/ou « *telle qu'elle se fait* » (Callon & Latour, 1991). Le projet rejoint une démarche de sociologie pragmatique dont les fondements permettent d'ancrer la recherche sur une attention à l'action et aux acteurs, dont il s'agit de comprendre qui ils sont et leurs raisons d'agir, en choisissant de « « *prendre les gens au sérieux* », *c'est-à-dire de prendre appui sur leur propre version des faits pour en suivre la logique.* » (Cerutti, 1991 : 1439 ; 2008). Dès lors, le projet souscrit aux principes suivants :

« *Une revendication d'empirisme, dont la radicalité varie selon la place accordée à l'expérience et au rôle de l'enquêteur dans sa mise en récit ; l'importance de l'action, et, de manière récurrente, l'insistance sur la pluralité des logiques d'action.* » (Chateauraynaud, & Cohen, 2016 : 357).

Cette attention à l'action nécessite une inscription contextuelle forte des dispositifs et programmes étudiés. Pour comprendre et saisir les modalités de construction de ces dispositifs, il nous faut questionner le contexte matériel, humain ou encore politique. D'abord parce que ces contextes sont dynamiques : des acteurs et des moyens arrivent, partent, reconfigurant ainsi les dynamiques collectives. Les dispositifs sont ainsi impactés par la possibilité ou non de financer les actions projetées mais aussi par la capacité des porteurs de projet à capter des ressources.

Ils dépendent également fortement de la capacité des acteurs à intéresser à leur cause. Nous défendons l'idée que tous les acteurs des dispositifs étudiés sont porteurs de connaissances parvenant plus ou moins à se partager et à s'hybrider dans ce que nous appréhendons comme des réseaux sociotechniques (Akrich, Callon & Latour, 2006) plus ou moins fluides et étendus. Chaque type d'acteur, selon les dispositifs investis (CHU, clinique, EHPAD, associations d'APA, etc.,), développe sa propre acception de la fragilité et des programmes d'AP sensés y remédier, en fonction de son inscription dans un univers de connaissances et de pratiques et selon son potentiel d'action. Ces visions différentes peuvent provoquer des luttes définitionnelles (Gilbert & Henry, 2012) et/ou exiger des formes de traduction (Akrich & al., 2006) pour rendre possible la co-construction des programmes.

Il convient donc d'étudier les « motifs cognitifs » (Benamouzig, 2005) énoncés par ces acteurs en prenant au sérieux les savoirs qui fondent et légitiment les actions proposées. C'est donc en suivant la constitution de ces groupes d'acteurs, en analysant leurs configurations, en déterminant les ressources mobilisées ainsi que les stratégies et agencements de savoir et de pouvoir (Foucault, 1969), que l'on comprend mieux la structuration des programmes d'AP développés. Notons qu'autour de la fragilité se dessine un « *consensus ambigu* » (Palier, 2005) sur l'utilité de l'AP, qu'il convient de mettre à jour.

Ces interrogations animent une démarche d'analyse particulièrement attentive aux modes de coordination, entendus comme « *le souci très général d'ajustement réciproque des actions entre différents protagonistes* » (Dodier, 1993). Ces coordinations peuvent être plus ou moins minimalistes ou maximalistes selon les interactions établies au sein des réseaux d'acteurs

constitués. Cela confirme l'intérêt d'engager une lecture néo-institutionnaliste de l'action publique, attentive à l'analyse des démarches collaboratives, voire participatives en santé, telles qu'elles se construisent en situation.

Les modes de coordination sont minimalistes quand les individus s'ajustent et s'arrangent ponctuellement mais sans partager les mêmes visions du monde ou principes supérieurs communs (Boltanski & Thévenot, 1991). Ils se font plus maximalistes quand les acteurs partagent leurs conceptions, ce qui engage des accords plus solides permettant aux relations de se transporter dans le temps et dans l'espace afin de constituer des collectifs plus établis et souvent plus institutionnalisés (Terral, 2013). Il convient donc d'envisager les expertises singulières et collectives comme des constructions sociales. Ainsi, les recherches en sociologie des sciences et des techniques, et notamment les travaux inspirés par la théorie de l'acteur réseau, montrent que le passage de la science à la politique, et de la théorie à la pratique, est un processus à la fois cognitif et social (Terral & al, 2021).

Pour mieux observer et comprendre les facteurs favorables mais aussi les freins au développement des programmes de lutte contre la prévalence de la perte d'autonomie par l'exercice, il convient d'étudier les régimes d'actions ou de justifications mobilisés par les acteurs, en mettant à jour les jeux d'arguments et leur traduction en termes d'actions collectives ou individuelles (Lemieux, 2000 ; Chateauraynaud, 2015). Les dynamiques d'interactions entre les individus, basées sur la compétence ou expertise dont ils disposent, s'observent dans la dimension cognitive des rhétoriques mobilisées. Elles dépendent aussi de ce qui fonde leur engagement moral ou éthique ainsi que des modalités d'intéressement qui structurent les liens entre les acteurs et portent le collectif en termes d'utilité sociale. En croisant ces lectures avec celles relatives aux questions de savoir/pouvoir (Foucault, 1969), il apparaît que les formes de coordinations, plus ou moins « maximalistes », ainsi que les tensions plus ou moins vives qui apparaissent entre les acteurs des dispositifs concernés, peuvent être appréhendées comme résultant de phénomènes de domination (Bourdieu, 1980) mais également de justifications épistémiques divergentes. Elles traduisent des formes de relations plus ou moins symétriques qu'il convient de mettre à jour.

Nous concevons notre propre démarche collaborative et interventionnelle sur ce mode impliquant une méthodologie attentive au degré de co-construction des programmes mobilisés dans les dispositifs investis et aux enjeux plus ou moins partagés entre les acteurs. Elle gagne à être appréhendée comme un réseau fluide, où l'information circule, le plus loin possible, entre ces deux bornes que sont les formes les plus théoriques, générales, fondamentales et scientifiques et leurs aspects les plus pratiques, concrets, situés, politiques (Terral & al, 2021).

I. B - PROBLÉMATIQUE

L'étude CAP APPA cherche à comprendre comment émergent et se pérennissent les dispositifs d'activité physique adaptée à destination des personnes âgées, au regard des coordinations à l'œuvre entre les acteurs des territoires. Pour cela, il convient d'interroger les freins et les leviers à l'intégration de programme d'APA au sein de différentes institutions.

Au premier abord, nous constatons que les coordinations entre acteurs ne sont pas suffisamment soutenues par le partage de connaissances sur et avec les résidents, notamment à propos des effets de l'APA en matière de thérapeutiques non médicamenteuses. L'hybridation partielle qui en découle implique un relai moindre par des porte-paroles au sein de l'établissement. Dès lors, nous considérons les difficultés de reconnaissance des professionnels de l'activité physique adaptée au sein des structures, ce qui impacte leur pérennité au sein de celles-ci.

Ainsi, les programmes mis en œuvre naviguent entre expérimentation, animation et proposition d'APA plus ou moins inscrite dans le protocole de soin des patients ; tandis que les acteurs qui les dispensent peuvent être issus du milieu médical, associatif ou social. Les propositions d'activité physique sont globalement peu intégrées aux parcours de soin des personnes âgées ou se situent à leur marge. Les modalités d'accès aux pratiques proposées souffrent ainsi, de façon plus ou moins importante selon les structures étudiées, d'une reconnaissance limitée de leur apport au système de soin, d'un manque d'évaluation des indicateurs de la perte d'autonomie et d'une moindre prise en compte des déterminants sociaux de santé en vue de lutter contre les inégalités de santé.

Nous pouvons ainsi penser que malgré l'intérêt des structures sociales et sanitaires pour l'activité physique, des freins perdurent quant à la mise en place de l'APA dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie. Ces freins peuvent faire écho à des problématiques plus larges liées à la professionnalisation de l'enseignant en APA, comme le financement de ses activités ou sa reconnaissance comme acteur du champ de la santé. Ceux-ci impactent à la fois la priorisation de la création de dispositifs d'APA dans les établissements mais également la place accordée à ces professionnels.

L'introduction de l'APA dans le système de soin provoque des difficultés relatives à l'insertion d'un nouveau secteur d'intervention dans un mode de fonctionnement considéré déjà comme étant en tension. Il implique de définir les contours d'un nouveau territoire professionnel pouvant entrer en concurrence avec celui qui est dessiné par d'autres professionnels de santé, tels que les kinésithérapeutes, les psychomotricien(ne)s, les ergothérapeutes, voire les infirmier.e.s. Cette situation constraint à réorganiser les parcours de soins en établissant des plannings d'interventions adaptés. Elle implique de trouver les financements nécessaires en disposant également des installations et du matériel indispensables à la mise en œuvre des programmes d'APA.

Enfin, l'introduction de l'APA accompagne plus largement l'importance croissante accordée à la place des usagers dans le système de soins, notamment du point de vue de l'éducation thérapeutique qui leur est proposée, des démarches participatives qui les impliquent dans la co-construction des programmes les concernant et de leur inscription pérenne dans des modes de vie incluant des modes de vie physiquement plus actifs.

Il est important dans ce cadre d'observer la coordination des différentes expertises à l'œuvre dans la mise en œuvre des projets envisagés. Il s'agit de questionner la reconnaissance de l'expertise des enseignants en APA, au regard des modalités variées de mise en œuvre d'activités physiques au sein de ces institutions. Soulignons de nouveau qu'au-delà du travail

réalisé par les professionnels pour valoriser leurs savoirs-experts, nous envisageons également la question de la participation des patients, au regard de la considération des savoirs d'usage.

Ainsi, les résultats attendus visent, plus largement, à répondre à un besoin de connaissances concernant les processus et mécanismes sociaux qui accompagnent l'adaptation des territoires au vieillissement des populations à partir d'une focale sur l'intégration de l'APA dans les ESMS.

Le projet d'amorçage que constitue CAP APPA initie un travail de recherche plus ambitieux sur les territoires dans la perspective d'analyser l'impact des interventions construites, marquées du sceau de la collaboration et de la participation, sur les inégalités sociales et Territoriales de santé (ISTS).

Il sera réalisé dans le cadre du projet ANR déposé en 2024 par un consortium impliquant 6 partenaires universitaires. Placé sous la direction d'Yves Morales, ce projet est intitulé APPAPA (Activités physiques et Prévention de la perte d'Autonomie des Personnes Âgées). Il a été accepté et il est en cours de contractualisation pour une période de 48 mois (2025-2029).

Dans la perspective d'approfondir et d'affiner l'étude réalisée, avec une démarche plus comparative, le principe consistera à multiplier les terrains d'enquête et à porter une attention plus importante aux modèles de mobilisation des savoirs d'usagers (ou des dispositions plus ou moins favorables à l'engagement dans une activité physique) dans la mise en œuvre des interventions et leur considération dans une visée d'optimisation de celles-ci.

I. C- MÉTHODOLOGIE:

I.C-a une enquête qualitative

L'étude CAP APPA repose sur une méthodologie qualitative permettant d'analyser les programmes d'activité physique adaptée à des fins de prévention de la perte d'autonomie, de façon approfondie et comparative. L'ancre de cette enquête dans une sociologie compréhensive nous amène à prêter une attention particulière aux acteurs et à leurs manières d'agir (Dumez, 2016). Il s'agit alors de montrer « *les intentions, les discours et les actions et interactions des acteurs, de leur point de vue et du point de vue du chercheur* » (Ibid., p.13).

Cette attention spécifique aux acteurs n'empêche cependant pas un travail d'analyse plus macrosociologique (Barthe & al., 2013) visant à comprendre les fonctionnements institutionnels et leurs retombées sur les dispositifs d'APA. Quant à la dimension comparative de cette recherche, elle s'inscrit plutôt dans une recherche des freins et des leviers transversaux à la mise en œuvre de dispositifs d'APA. L'enquête vise ainsi à considérer ces derniers au regard des contraintes auxquels ils font face dans le cadre de leur intégration dans des institutions plus ou moins figées.

Pour cela, nous ciblons différents terrains d'enquête, correspondant à des structures variées : CHU, cliniques, EHPAD, opérateurs associatifs, etc. Notre ancrage au sein de la Faculté des sciences du sport et du mouvement de Toulouse et notre statut de chercheurs et formateurs dans la filière APA, facilite la connaissance du territoire et des projets d'APA à destination des personnes âgées. Ce réseau d'appui est renforcé par les interventions des étudiants en stage au sein de ces dispositifs.

Nous avons sélectionné les établissements au regard de la variété de leurs missions et de leurs statuts (public, privé, etc.). De plus, nous avons veillé également à opter pour des terrains au sein desquels la mise en œuvre de dispositifs d'APA est différente, à la fois en termes d'organisation, mais également en termes de temporalités dans leur structuration, de façon à mieux observer la variété des dispositifs et des programmes proposés. Notons que le degré d'implémentation des programmes d'APA observés varie, depuis une période récente, d'une situation innovante accompagnant les premières initiatives ... à une installation opérante et relativement pérenne.

Au-delà des trois terrains principaux d'investigation (CH/CHU, cliniques SMR et EHPAD), nous choisissons également d'ouvrir l'enquête à d'autres structures (groupements associatifs d'APA et MSS), afin d'obtenir une vision plus globale des dispositifs d'APA sur le territoire. Pour ces terrains complémentaires, nous réalisons une enquête moins systématique, étayée par un (ou deux) entretiens avec des professionnels en APA, dans une visée d'ouverture à de nouvelles organisations qui pourront être analysées de façon plus approfondie ultérieurement.

Pour ces différents terrains, nous cherchons à comprendre le fonctionnement institutionnel, au regard des modes de coordination à l'œuvre entre les différents professionnels de la structure. En cela, le travail de reconstitution des organigrammes ou de compréhension des espaces d'échanges et des instances de décision, nous permettent de mieux saisir les variabilités en termes de collaboration. Dans le cadre de notre enquête, cette analyse institutionnelle facilite la mise en évidence des différences concernant la place des enseignants en APA dans les organisations, ainsi que l'impact des types de structure sur la prise en charge proposée aux personnes âgées.

I.C-b Opérations de recueil des données :

Des entretiens semi-directifs sont réalisés, avec différents professionnels du secteur sanitaire et social, afin de mieux comprendre les freins et les leviers présents dans la mise en œuvre d'un dispositif d'APA (cf. Annexes : guides d'entretiens).

Pour chaque terrain principal, nous cherchons à interroger plusieurs parties-prenantes des dispositifs, en contactant à la fois les professionnels mettant en place des programmes d'activité physique, mais également leurs collègues ou leur hiérarchie. L'objectif de ces entretiens est double. D'une part, il vise à obtenir une meilleure représentation de l'organisation de la structure autour des dispositifs d'APA. Sur ce point, il s'agit de comprendre qui sont les acteurs qui intervennent auprès des personnes âgées, les ressources mobilisées ou mises à disposition pour ces activités, le cadrage institutionnel de l'intervention, l'historique du montage du projet, etc. D'autre part, nous cherchons à comprendre la place du professionnel en AP/APA, ainsi que ses pratiques spécifiques vis-à-vis des personnes âgées. Dans cette perspective, il s'agit d'étudier la prise en compte par les professionnels des besoins et des savoirs des personnes âgées concernant l'activité physique, les outils mobilisés pour l'intervention, en termes d'évaluation ou d'animation des séances, ou encore l'adéquation entre les recommandations de santé publique et les propositions d'activité physique. Pour cela, nous favorisons l'entretien semi-directif.

Cette méthode permet de favoriser le discours de l'enquêté, tout en ciblant l'entretien sur des questionnements au plus près de notre problématique.

La grille d'entretien se découpe en deux parties. La première partie vise à recueillir des éléments sur le parcours professionnel et de formation de l'enquêté. Elle permet également d'obtenir des informations concernant le statut, le rôle et la place du professionnel au sein de la structure étudiée. La seconde partie se centre sur le dispositif d'APA mis en œuvre, depuis les étapes de sa conception aux limites rencontrées lors de l'intervention. Elle centre aussi le propos sur les pratiques professionnelles et les choix effectués concernant les outils et les modalités de l'intervention, en questionnant la place des personnes âgées dans celle-ci.

Les enquêtés sont recrutés au regard des liens pouvant être mis en place avec ces professionnels et leurs structures. Préférentiellement, nous sollicitons d'abord les enseignants et autres intervenant en activité physique adaptée ; et par la suite nous nous entretenons avec d'autres acteurs, notamment les responsables des structures enquêtées ou leurs représentants.

Dans certaines structures, c'est notamment le cas pour le dispositif de la Clinique (SMR 1), les professionnels se sont révélés relativement « frileux » vis-à-vis des entretiens individuels semi-directifs. Pour faciliter leur participation à l'enquête, nous avons ainsi adapté le dispositif méthodologique en proposant un entretien collectif, basé sur une grille similaire à celle mobilisée dans les autres structures.

Dans un cadre qui reste celui de l'amorçage d'une enquête ultérieure plus ambitieuse, nous ne cherchons pas à être exhaustif, ni à nous centrer sur un seul type de professionnel (cadre, paramédical, médecin, etc.) mais plutôt à explorer différentes pistes pour mieux saisir les différentes formes de dispositifs favorables au développement de programmes d'AP en relevant les ressources mobilisées et les difficultés rencontrées. En cela, nous suivons notre objectif de travail exploratoire en examinant des pistes multiples. Cette approche nous permet de mettre en évidence la complexité de la mise en œuvre des dispositifs d'APA et la multiplicité des acteurs et des ressources intervenant dans ce processus. Au regard des préférences des professionnels interrogés, les entretiens sont réalisés en face à face, en visio ou par téléphone.

Cette dernière modalité constitue une solution et un compromis dans le cas où les enquêtés font face à des contraintes temporelles importantes.

Une volée d'entretiens a été réalisée par des étudiants en licence professionnelle Santé, vieillissement et activités physiques adaptées pour compléter l'enquête. Cela permet d'obtenir des entretiens avec différents acteurs dont les profils et les structures d'exercice correspondent aux modèles repérés, mais cela nous a conduit également à ouvrir d'autres pistes à partir de nouveaux terrains concernant la mise en place d'AP/APA à destination des personnes âgées.

Le tableau ci-dessous récapitule l'ensemble des entretiens menés dans le cadre de ce projet. Pour précision, l'anonymat des enquêtés est maintenu, d'abord en changeant leurs prénoms et en le remplaçant par un pseudonyme, puis en supprimant et/ou modifiant le nom de la structure. Si des précisions nécessaires sont maintenues, concernant le type de structure, de zone géographique ou de population accueillie, les éléments permettant d'identifier les enquêtés sont néanmoins supprimés des retranscriptions et de l'analyse.

Enquêtées	Structure	Profession	Date	Enquêteurs-trices
Centres hospitaliers				
Margaux	Hôpital de jour - CHU	EAPA / Docteure en épidémiologie	2023	AZEMA - Post-doctorante
Mélanie	Équipe régionale - CHU	EAPA / Doctorante en neurosciences	2023	AZEMA - Post-doctorante
Mégane	Services gériatrie - CHU	Cadre de santé / ergothérapeute	2024	MALHERBE – Étudiant LP SVAPA
Clémence	Centre Hospitalier a	EAPA / Licence professionnelle SVAPA (Santé, Vieillissement et Activités Physiques Adaptées)	2024	BONEAU – Étudiant LP SVAPA
Eva	Centre Hospitalier b	Post doc – ingénierie de recherche	2024	PILALAS – LP SVAPA
Centre de soins médicaux et de réadaptation (SMR, ex SSR) en cliniques				
Grégory	Clinique – SMR1	EAPA/Master ES	2024	AZEMA – Post-doctorante
Corentin	Clinique – SMR1	EAPA/ Master Ingénierie rééducation	2024	AZEMA – Post-doctorante
Pauline	Clinique – SMR1	EAPA/ Licence APA	2024	AZEMA – Post-doctorante
Mathias	Clinique – SMR1	EAPA/Master ES	2024	AZEMA – Post-doctorante
Quentin	Clinique – SMR 2	EAPA et Technicien d'information médicale / Licence APA	2024	LAPICOREE – Étudiante LP SVAPA
EHPAD				
Victorine	EHPAD Le C	Animatrice	2023	COMTE – M2 APA
Lucile	EHPAD Le V	Animatrice	2023	COMTE – M2 APA
Bénédicte	EHPAD ML	Cheffe de service	2023	COMTE – M2 APA
Bruno	EHPAD (les 3)	Directeur d'établissement	2023	COMTE – M2 APA
Tania	EHPAD (les 3)	Médecin coordinatrice	2023	COMTE – M2 APA

Ines	EHPAD Le V	Psychologue	2023	COMTE – M2 APA
Lola	EHPAD (LC et ML)	Psychologue	2023	COMTE – M2 APA
Annette	EHPAD ML puis LV	Animatrice	2024	ETEVE – M2 APA
Brigitte	EHPAD Le C	Animatrice	2024	ETEVE – M2 APA
Christine	EHPAD Le C	Aide-soignante	2024	ETEVE – M2 APA
Daniel	EHPAD (les 3)	Représentant aidant (cadre associatif)	2024	ETEVE – M2 APA
Jérôme	EHPAD – II	EAPA / Licence EM	2024	MATELSKI – LP SVAPA
Éloïse	EHPAD – III	Directrice adjointe	2024	AMIEL – LP SVAPA

Associations du secteur socio-sportif

Anne-Marie	Association AP/âge	EAPA	2024	ETCHENAGUCIA – LP SVAPA
Marion	Comité Départemental de la Fédération « Sport pour Tous »	Assistante technique départementale / EAPA LP SVAPA	2024	PILALAS – LP SVAPA
Alix	UFOLEP / Maison sport santé	Délégué départemental UFOLEP / BTS Comptabilité et LP entreprise et développement	2024	PY – LP SVAPA
Pierre	Maison sport santé / Groupement d'Employeurs des Sports Collectifs (GESCO)	EAPA	2024	PY – LP SVAPA
Lucie	Maison sport santé / CDOS	Coordinatrice départementale sport santé / M2 APAS	2024	TOCON – LP SVAPA
Dany	Asso Maison partagée (accueil soins palliatifs)	Infirmière Asalée en libéral	2024	SAULIÈRES – LP SVAPA

Des observations ethnographiques complètent le recueil des données : D. Azéma pour le CHU hôpital de jour, J. Comte et R. Etève pour les EHPAD Le C, Le V ou ML (et « Les 3 ») dans un cadre de recherche interventionnelle. Cette méthode offre l'opportunité d'analyser les pratiques des acteurs dans leur contexte quotidien d'exercice. Ces observations s'appuient sur les ateliers d'activité physique adaptée proposés dans les structures étudiées ainsi que sur la participation à des réunions d'organisation des programmes au sein des structures. Elles visent à mettre en évidence les modalités de construction des séances, les messages véhiculés par les professionnels, ou encore les interactions avec les patients, les adaptations au regard des capacités de chacun, ou, enfin, les interactions entre les différents professionnels de la structure autour de ces dispositifs.

Les notes prises durant ces observations sont répertoriées au sein d'un cahier de terrain, afin de relever les données pertinentes pour nos analyses et d'ajouter des éléments supplémentaires dans la restitution des données.

Enfin, ces données sont complétées par une étude documentaire. Le recueil des documents est non exhaustif car dépendant de la bonne volonté des structures interrogées. En effet, les sources sélectionnées sont directement liées au travail des professionnels interrogés. Ils permettent néanmoins d'obtenir des supports d'évaluation, des extraits de programmes, des flyers, etc., dans le cadre d'échanges avec ces derniers. Ainsi, les documents collectés reposent sur une demande systématique d'accès lorsque les professionnels les évoquent au cours des entretiens ou des observations. Ces sources sont de différentes natures : extraits de pages des sites internet, flyers, documents de promotion des structures, compte-rendus accompagnant les réunions, grille d'évaluation, etc..

I.C-c. Modèles de traitement des données et démarche analyse

L'analyse interroge les fondements relationnels qui caractérisent les programmes, de leur création à leur déploiement sur les territoires. Elle s'intéresse aux acteurs impliqués, selon leur position statutaire et leur niveau d'expertise ainsi que les régimes épistémiques mobilisés dans la construction ou l'évaluation des programmes. Elle observe la symétrie (ou le manque de symétrie) des relations entre les acteurs concernés et les enjeux de savoir-pouvoir qui les accompagnent. Elle prête attention aux jeux d'arguments qui caractérisent les formes d'intéressement et d'enrôlement des partenaires, jusqu'à la mise en œuvre des programmes impliquant les publics. Le rôle joué par les opérateurs du mouvement sportif et des structures médicales est particulièrement étudié.

Cette méthodologie permet de mettre en lumière non seulement les systèmes et dispositifs participatifs, mais aussi les coopérations ou les tensions entre acteurs, qui ont un impact sur les modalités d'implication (et/ou de participation sociale) des aînés. Il s'agit alors d'explorer les voies de réduction des inégalités sociales concernant les personnes âgées, non seulement à partir de contextes matériellement favorables et accessibles, mais à partir des relations existantes entre les individus et les organisations qui façonnent les rapports sociaux de classes dans le fonctionnement même des programmes d'activités physiques.

Pour les besoins de l'enquête, les entretiens sont systématiquement enregistrés et intégralement retranscrits. Ces retranscriptions servent de support à l'analyse thématique du contenu (Bardin, 2013) que nous réalisons. Nous nous appuyons sur un tableau d'analyse, permettant de croiser les enquêtés avec les différents axes thématiques et ainsi de mettre en évidence les récurrences entre les projets et dispositifs d'APA étudiés.

Comme déjà indiqué, pour approfondir l'analyse des entretiens, nous mobilisons une étude documentaire des documents recueillis. Ces derniers sont traités non pas de façon systématique, mais plutôt dans une visée compréhensive, afin d'apporter des éléments supplémentaires d'exemples concernant les modalités du travail autour de ces dispositifs d'activité physique, ou de comprendre les ressources mobilisées par les professionnels et les patients. Certaines données constituent autant d'acteurs non-humains (grille d'évaluation, recommandations, planning d'interventions des professionnels, etc.) qui entrent en jeu dans la mise en œuvre de l'APA auprès des personnes âgées fragiles.

Enfin, nous croisons ces analyses avec celle des observations ethnographiques. A partir des notes collectées dans les carnets de terrain, nous alimentons notre compréhension des dispositifs, à travers l'analyse des interactions observées.

Pour exploiter les données recueillies et les croiser, nous opérons un codage thématique par catégories (Bardin, 2013). Il permet de créer des familles de codes en lien avec les thèmes abordés, puis de créer des sous-codes permettant de caractériser les thématiques parentes.

CHAPITRE II – PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L’ÉTUDE

II. A- DESCRIPTION DES TERRAINS D’ENQUETE ET MODES D’ORGANISATION

II.A-a. Les centres hospitaliers et structures hospitalo-universitaires :

II.A-a.1 : Le service de prévention de la dépendance – Hôpital de jour – CHU

Le service d’évaluation de la fragilité et de prévention de la dépendance qui représente la structure dans laquelle est hébergé l’APA, fait partie du CHU. Il s’agit d’un hôpital de jour structuré à partir de deux équipes : en médecine générale et en gérontologie. Son objectif est de « *retarder le processus d’entrée dans la dépendance des personnes âgées fragiles* » (site internet du CHU). Le service étudié est présenté comme étant le premier créé en France. Il est l’instigateur d’un projet d’ampleur qui a permis à 200 services similaires d’émerger sur le territoire national. Sa spécialisation en gériatrie et son rattachement à un pôle plus important de gérontologie donne à la structure une visibilité internationale, portée notamment par un service développé de recherche.

Ce service propose une évaluation de la fragilité réalisée par une équipe pluridisciplinaire (gériatre, diététicien, kinésithérapeute, enseignante en APA, psychologue, orthoptiste, infirmière, etc.) en lien avec les soignants de ville (médecin généraliste notamment). Cette évaluation vise à proposer un plan d’intervention personnalisé à la personne fragile afin de lutter contre le risque accru de dépendance.

Les critères d’évaluation portent sur les différentes dimensions de la fragilité, telles que définies au CHU : mémoire, nutrition, activité physique, équilibre, vision, audition, autonomie, notamment. Elle permet de mettre à jour les points sur lesquels les patients peuvent être en difficultés. Le plan d’intervention est ensuite adapté à cette évaluation et réalisé en collaboration avec les besoins des patients. Le plan peut notamment inclure des propositions de pratiques physiques à domicile, mais également des recommandations de modes de vie, ou des orientations vers d’autres spécialistes pour des évaluations ou des prises en charge plus avancées.

Les conditions d’accès au service pour les patients impliquent de présenter un ou plusieurs signes de fragilité, sans pour autant être dépendants ou souffrir d’une pathologie aigüe spécifique. Les critères mobilisés pour évaluer l’autonomie se réfèrent en grande partie aux critères de Fried. Le service est :

« *destiné aux patients âgés présentant des critères de fragilité (perte de poids involontaire (4 ou 5 kg en un an), sensation subjective d’épuisement rapporté par la personne elle-même, diminution de la force musculaire, vitesse de marche lente (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres), activité physique réduite (grande sédentarité)), mais dont l’autonomie dans les activités de base de la vie quotidienne sont maintenues.* » (Site internet du CHU)

PROGRAMMATION HOPITAL DE JOUR D'EVALUATION DES FRAGILITES ET DE PREVENTION DE LA DEPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL ≥ 5 /6), à distance de toute pathologie aigüe.

REPERAGE

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⇒ **Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :**

Votre patient vous paraît-il fragile: OUI NON

Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

Figure : Outil de repérage de la fragilité à réaliser par le médecin traitant afin de permettre l'hospitalisation

Suis-je concerné ?

Vous avez 65 ans ou plus, et au cours de ces derniers mois :

	Oui	Non
> Vous avez perdu du poids involontairement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Vous vous sentez plus fatigué ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Vous avez plus de difficultés pour vous déplacer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Vous vous plaignez de votre mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Vous marchez moins vite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous répondez «oui» à au moins une de ces questions :

*Parlez-en
à votre médecin traitant!*

Vous êtes peut-être concerné.

Les patients sont ainsi adressés à l'enseignant en APA par le médecin traitant ou suite à une hospitalisation, que ce soit au sein du CHU ou d'un centre de SMR par exemple. Ils sont décrits comme « *M. et Mme Tout le monde* », par l'EAPA (Margaux, nom d'anonymat), en cela qu'ils sont plus ou moins autonomes et souffrent d'autres problématiques de fond, comme du diabète ou de l'arthrose. Ce public fragile est tout particulièrement visé par le système de prévention mise en place dans la perspective de préserver l'autonomie des patients afin de les maintenir à domicile.

La place de l'APA dans le dispositif :

Margaux, l'EAPA du service a un profil particulier qui correspond bien aux attendus d'un CHU, notamment lorsqu'il s'inscrit dans une démarche de recherche/innovation. En effet, elle est diplômée d'un master STAPS APA, à la suite duquel elle a réalisé un master en santé publique/épidémiologie, puis un doctorat dans cette même discipline. Elle peut donc assurer des interventions à dimension professionnelle tout en pouvant également s'engager dans des protocoles de recherche à des fins de connaissances mais aussi de captation de ressources financières. Notons que Margaux suit également, en parallèle, une formation en DU (nutrition appliquée au sport) et se forme à l'ETP (niveau de formation des 40h).

Son implication dans un programme de lutte contre la dépendance, portant un versant activité physique, a débuté dès son master en épidémiologie. Elle en fait son sujet de recherche, puis son métier. Durant sa thèse, elle a publié trois articles scientifiques portant sur la sarcopénie. Le programme expérimental sur lequel elle a travaillé a été construit en collaboration avec des équipes nord-américaines (canadiennes et états-unies). Il sert de support au développement du service et passe finalement dans les soins courants :

« c'était, on va dire, une espèce de projet-pilote qui après est devenu presque un soin courant. Alors après, pour pouvoir fonctionner, on répond quand même à un appel d'offres tous les ans pour avoir l'argent et pouvoir payer les personnes qui interviennent sur l'atelier. » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour)

Parallèlement, des demandes de financement sont régulièrement réalisées afin d'assurer la pérennité du dispositif. Pour exemple, durant notre enquête le programme est financé par le Conseil Départemental.

Margaux défend ainsi un double statut de chercheure et d'enseignante en APA, bien qu'elle privilégie désormais cette dernière activité. En ce sens son profil « passerelle » entre l'épidémiologie et l'EAPA fait d'elle une personne ressource pouvant jouer un rôle de traductrice dans les interactions entre les acteurs du monde médical et les opérateurs intervenant en AP/APA : « *je suis chercheure. Donc quand il y a des projets de recherche autour de l'activité physique, je travaille dessus.* » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

Notons, à ce titre, que le travail réalisé durant sa thèse se poursuit au travers du programme actuel qu'elle a aidé à développer, mais également par de nouveaux projets de recherches notamment sur la mémoire ou encore sur l'activité physique (projet européen sur les recommandations en termes d'AP dans le cadre de la fragilité).

L'introduction de l'APA au sein du dispositif dépend ainsi dès le départ de la présence de Margaux, notamment en raison de son double profil de chercheure et d'EAPA. Le projet qu'elle a porté a ensuite été intégré sous la forme d'un programme multi-domaine (AP/nutrition) :

« On est une équipe pluridisciplinaire et on a monté un programme multi-domaine pour prévenir la perte d'autonomie. Donc l'idée est qu'ils aient une heure d'activité physique et une

heure de nutrition pendant deux mois, à raison de deux séances par semaine » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

Suite à la recommandation du médecin en charge du service puis à l'évaluation réalisée, l'équipe pluridisciplinaire propose ainsi un plan d'intervention qui peut notamment inclure une proposition d'ateliers d'APA à réaliser au sein la structure, au sein d'un programme multi-domaine de prévention de la perte d'autonomie (il ne s'agit pas d'un programme d'ETP, par ailleurs). Concernant la prise en charge en APA : deux séances sont donc proposées de façon hebdomadaire et ce durant deux mois. Ces ateliers sont couplés avec des interventions de la diététicienne. Les groupes se composent de 4 à 6 personnes fragiles (contre 8 avant le COVID), qui participent à ces deux ateliers, se déroulant sur des matinées. Plusieurs outils sont mobilisés, comme des cartes, des jeux, mais également du matériel d'activité physique (petit matériel comme des échelles, des plots, des ballons etc., ou plus gros matériel comme des machines pour le cardio ou le renforcement musculaire).

Les ateliers comportent une partie diététique, puis une partie APA. La proposition d'APA s'articule autour d'une phase d'échauffement, qui peut être réalisée à l'extérieur, puis une phase de cœur de séance, organisée en circuit-training, suivie d'un retour au calme. Le circuit-training consiste en une proposition d'alternances entre plusieurs activités (par ateliers), permettant d'une part de travailler différentes capacités corporelles dans la même séance, et d'autre part de n'avoir qu'une personne par activité à la fois sur chaque atelier. Cette organisation facilite également le travail sur d'autres dimensions, comme la mémoire (concernant l'ordre des ateliers ou les consignes de chaque pratique), ou la sociabilité (entraide entre les personnes sur les modalités de réalisation).

Suite au programme, les personnes fragiles sont orientées vers d'autres programmes et propositions d'AP proches de leur lieu d'habitation ou se voient proposer des activités à réaliser à domicile.

II.A-a.2 : L'équipe régionale du CHU

Le dispositif, mentionné dans notre étude à travers l'entretien réalisé avec Mélanie (nom d'anonymat), est accompagné par l'équipe régionale du CHU. Il ne sera pas développé dans la mesure où il ne présente pas en soi de programme d'APA.

Il repose sur le protocole d'évaluation ICOPE (*Integrated Care for Older People*) conçu par l'Organisation Mondiale de la Santé, qui a pour objectif de retarder la dépendance en repérant précocement les facteurs de fragilité chez les séniors.

L'entretien réalisé avec Mélanie, qui est à la fois enseignante en APA et doctorante en neurosciences impliquée dans le programme ICOPE, montre les connexions qui peuvent s'établir entre la démarche de dépistage de la fragilité des personnes âgées de 60 ans et plus, les capacités intrinsèques dépistées chez ces personnes et la prévention par l'activité physique adaptée. En cela, il apporte des éléments de réflexions utiles. Le double profil de Mélanie lui permet d'établir une passerelle entre le monde de l'APA et celui des sciences médicales et, notamment, de l'épidémiologie.

II.A-a.3 : Le service de prévention de la dépendance du service de gériatrie – Hospitalisation complète – CHU

La structure hospitalière étudiée ici accueille différents services de gériatrie du CHU notamment les unités de soins longue durée (140 lits) et de soins de suite et de réadaptation (40 lits). Elle se présente comme ouverte sur le quartier et promeut la qualité de l'environnement proposée, d'une part par son architecture effectivement ouverte et d'autre part par son implantation près du fleuve et au sein d'un parc arboré. La direction du pôle gériatrie insiste aussi sur l'attention portée à la sociabilité et « *au maintien du lien social* ». De fait, elle propose différents espaces communs permettant aux personnes âgées accueillies de participer à différentes activités : espace loisir culture avec salle d'animation, salle de spectacle avec équipement vidéo et informatique, salle de culte et de recueillement poly-confessionnel, espace coiffure, soins esthétiques et de confort, bibliothèque ouverte pour les résidents.

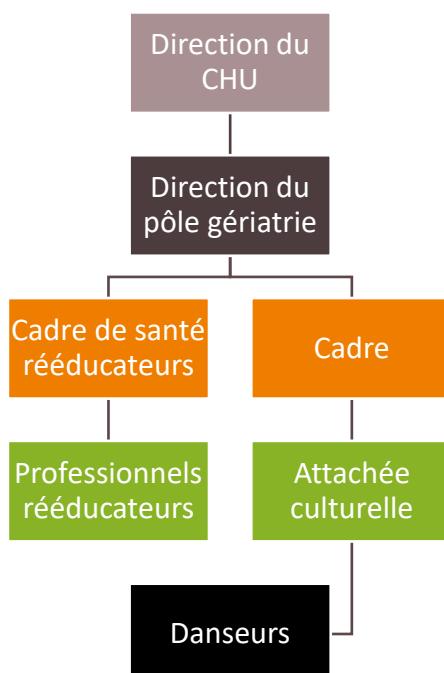
Cette structure défend également une conception humaniste des patients autour : « *de valeurs fondamentales telles que le respect des patients et de leur dignité, l'écoute de la personne et de sa famille, l'égalité des traitements, l'indépendance et l'autonomie, la qualité des soins et de l'accompagnement* » (extrait de la plaquette d'information de l'hôpital).

L'hôpital précise également qu'il respecte la charte des Droits et Libertés des Personnes Âgées Dépendantes établie par la Commission des Droits et Libertés de la Fédération Nationale de Gérontologie (<https://solidarites.gouv.fr/charter-des-droits-et-des-libertes-de-la-personne-agee-en-situation-de-handicap-ou-de-dependance>).

De la même façon, il propose une approche intégrée croisant : parcours de soins, parcours de vie et parcours culturel. La place des associations ainsi que les partenariats établis avec des structures culturelles de la ville, y sont considérés comme importants.

Ces liens particuliers permettent de mettre en œuvre le projet d'activité physique adaptée de danse intitulé « *bal participatif* » que nous étudions plus précisément dans CAP-APPA.

De façon générale, la structure dépend du CHU et l'organisation interne est donc similaire à celle des CHU. L'organigramme, ci-dessous, en reprend les principaux éléments :



Le projet de danse - « le bal participatif » :

Ce projet naît d'une collaboration interne au sein de l'hôpital entre la cadre de santé des rééducateurs, que nous appellerons Mégane, (nom d'anonymat) et l'attachée culturelle de la structure.

Mégane est donc cadre de santé, responsable des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, orthophonistes et aides-soignants de rééducation. Elle a une certaine expérience dans la mise en place d'activité physique. Durant ses précédents emplois, en tant que formatrice à l'école d'ergothérapie ou d'ergothérapeute, elle a participé à la mise en place de différentes activités physiques adaptées comme la randonnée, le cirque ou le ski de randonnée. Elle-même pratiquante de sports de raquette et entraîneure pour les enfants en tennis et badminton, elle possède à la fois une expérience et un intérêt certain pour l'activité physique et sportive. Concernant l'activité de danse, Mégane a également eu l'occasion de proposer ce type d'activité par le passé auprès de personnes ayant eu un accident vasculo-cérébral (AVC).

L'attachée culturelle, également impliquée dans le projet, organise des animations et ateliers au sein de la structure, comme des spectacles de cirque ou de magie, mais elle fait également intervenir des danseurs dans les chambres des patients.

Les échanges initiaux entre ces deux actrices ont abouti à une proposition consistant à créer un atelier de danse dans un objectif thérapeutique de rééducation. Leurs précédentes expériences leur ont permis de proposer le dispositif intitulé : « bal participatif » incluant des ateliers associés. Elles ont alors sollicité deux secteurs du pôle gériatrie (neurocomportemental et locomoteur), et ont présenté ce projet aux équipes médicales. Plusieurs réflexions ont pu émerger pour préciser le projet, le profil de patients visé et les conditions de réalisation, etc.

« On a ciblé les patients, que le profil de patients qu'on avait envie, on a défini les objectifs de ce travail, on a monté ce projet. On a travaillé sur la programmation » (Mégane, cadre de santé CHU).

Finalement le format proposé consiste en des sessions d'un mois (durant lesquelles quatre séances de danse sont réalisées), à raison de trois fois par an. Ainsi, le projet permettait d'avoir des phases de travail, espacées de trois mois sans atelier, durant deux ans. Il est organisé dans des salles proposées au CHU permettant de disposer d'un espace suffisant pour la pratique.

« Donc, on est parti sur l'idée de faire des sessions d'une heure, à raison de quatre séances qui faisait du coup une session, et on a fait trois sessions par an dans tu avais pendant un mois. Toutes les semaines, on faisait une pause de trois mois, on faisait au moins de trois mois et on a fait ça pendant deux ans. » (Mégane, cadre de santé CHU).

Le projet est financé par la *Fondation Hôpital Sourire*, suite à une sollicitation de l'attachée culturelle, ayant l'habitude de travailler en partenariat avec cette association. Ainsi, les professionnels de la culture, mobilisés durant les ateliers, une danseuse et un accordéoniste, sont financés par la dotation de la Fondation.

Le « bal participatif » mobilise également les équipes médicales, selon leurs souhaits de participation. Sur les deux secteurs cibles, plusieurs professionnels rejoignent le projet : des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des aides-soignants de rééducation et une psychologue. La première séance est coanimée par Mégane afin de lancer la dynamique, mais par la suite ce sont les professionnels volontaires qui prennent le relai et participent aux ateliers, à raison de deux professionnels de santé pour trois patients environ. Les proches des patients, notamment les aidants ou les conjoints, sont également invités à participer.

Le projet vise à la fois à proposer une pratique d'activité physique à visée rééducative mais également à promouvoir la prise en charge gériatrique de façon générale. En effet, pour Mégane, il s'agit d'une part d'améliorer la santé des patients, mais également de lutter contre les préjugés « âgistes » en proposer des activités « diversifiées », qui « changent des pratiques courantes et habituelles », pour « donner envie » et montrer « qu'on fait des trucs super sympa en gériatrie » et « qu'on peut s'amuser » (Mégane, cadre de santé CHU).

Une démarche de valorisation du projet est présentée notamment au travers du travail de mémoire animée par une ergothérapeute en formation. Au cours de son stage de master dans la structure, elle a été sollicitée par Mégane afin de travailler sur le bal participatif. Elles ont ensuite réalisé des entretiens avec les professionnels ayant participé à la première année du projet et ont produit un poster. Elles l'ont présenté en congrès scientifique et ont reçu deux prix pour le projet.

**Danse et personne âgée « le bal participatif » :
retour d'expérience des équipes de rééducation**

Introduction
 En France, les instances ressources dans le parcours de soin de la personne âgée, s'accordent pour proposer un accompagnement qui tend vers un maintien des capacités physiques et cognitives, une amélioration de l'autonomie et une limitation de l'isolement social de cette population fragile au travers d'activités innovantes en interdisciplinarité.
 Mené par une danseuse et un accordéoniste professionnels l'atelier a été mis en place auprès des patients des secteurs de Soins Médicaux et de Réadaptation Neuro-Locomoteur et de l'Unité Cognitivo-Comportementale grâce au financement d'hôpital Sourire.
 En partenariat avec kiwi production.

Objectif
 Identifier les **effets** d'un atelier danse auprès des personnes âgées hospitalisées en SSR NL et UCC, sur l'**accompagnement** en rééducation.

Méthodologie
 Hypothèses : amélioration de compétence, amélioration de la relation soignant-soigné, donner du sens à sa pratique
 Entretien : Kinéthérapeute, Ergothérapeute, Psychologue, Aide-soignante rééducation
 Analyse : IRaMuTeQ

Saison 1
 Septembre : 3 séances (1 atelier) = 1 séance
 Novembre : 3 séances (1 atelier)
 Janvier : 3 séances (1 atelier)

Organisation :
 • préparé en amont;
 • adapté lors des situations de danse;
 • analysé après la séance.
 • groupe « semi-ouvert »

Résultats
 Bienveillance, Emotions, Mouvement, Connaissance, Innovant, Danse, Musique, Intéressant, Rythme, Empathie, Accordéon, Riche, Partage, Plaisir, Joie, Complicité, Evasion, Magique, Satisfait, Communication, Découverte, Rythme, Professionnalisme, Parenthèse, Sérenté, Contente

Conclusion
 Les ateliers danse « bal participatif » permettent aux personnes âgées de se rencontrer et d'expérimenter une activité physique inhabituelle dans ce moment suspendu.
 Cette parenthèse hors des soins est l'occasion pour les rééducateurs d'apprendre le travail en équipe avec un nouveau regard porté sur le patient. C'est pour eux un autre moyen de trouver du sens dans l'accompagnement de la personne âgée. Un étonnement constructif, vecteur d'amélioration des pratiques, qui bouscule la place et le rôle de chacun et qui redonne du souffle à la relation avec l'autre.

La saison 2 est déjà programmée !

Sabrina MAUREL-TECHENE & Morgane MASURIER

Charles, C. (2014). Reprend l'ordinaire en milieu hospitalier : quand la danse contemporaine entre à l'hôpital. *Société, 126*, 109-113. <https://doi.org/10.3917/soc.126.0109>

Koenig, L. (2013). L'heure d'un atelier de danse pour des personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer (Doctorat dissertation).

Lauzon, B., Houle Goulet, C., Poncet, F., Swaine, B., St-Jean, A. et Demers, I. (2018). Danse thérapie en déficience physique. Montréal: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, 27p.

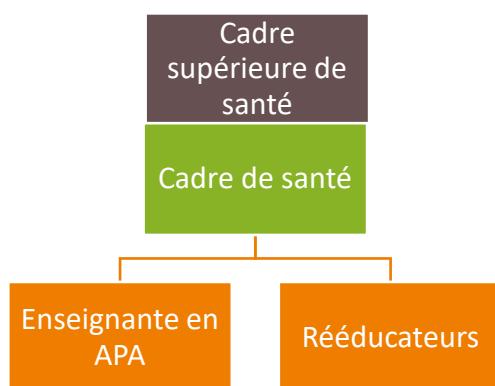
Léveillé, A., Tuchowski, F. & Rolland, Y. La danse, une thérapie pour la personne âgée. Revue de la littérature, can. année geronto. 7, 177-187 (2015). <https://doi.org/10.1007/s12612-015-0471-5>

Winkelmair, A., & Giannadda, R. (2005). Une activité physique novatrice pour les personnes âgées. *Gérontologie Pratique*, 4, 52-55.

II.A-a.4 : Centre Hospitalier local a (CH a) – « dispositif public fragile et polypathologique »

Ce terrain hospitalier, incluant un dispositif d'APA, est situé dans une ville d'un peu moins de 10 000 habitants à environ une heure de route de la métropole régionale. Le centre propose une prise en charge en gériatrie, à la fois en hospitalisation (complète ou de jour) en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), et en hébergement à destination des personnes âgées dépendantes. Le centre hospitalier dans son ensemble dispose d'une capacité de 266 lits dont 51 en SMR. Il propose également des consultations de médecins spécialistes, salariés d'un Centre Hospitalier Universitaire inter-communal (CHU), qui se déplacent sur site sur certains créneaux horaires.

L'organigramme présenté montre que l'enseignante en APA de la structure est incluse dans l'équipe de rééducation du SMR en étant directement placée sous la responsabilité de la cadre de santé de façon parallèle à l'équipe des kinésithérapeutes, rééducateurs.



L'entretien a été réalisé avec Clémence (nom d'anonymat) qui est EAPA au CH a.

Prénom	Formation initiale	Formation en APA	Lieux d'exercice précédents
Clémence	<ul style="list-style-type: none"> - Animatrice (première expérience en gériatrie) - Aide-soignante (première reconversion) - Assistante de soins gérontologique (formation continue) 	<ul style="list-style-type: none"> Licence professionnelle SVAPA (seconde reconversion) 	<ul style="list-style-type: none"> - Association de promotion de l'APA - Centre hospitalier

Le public accueilli dans les séances d'APA est décrit par Clémence comme un public fragile et polypathologique. La fragilité n'est pour autant pas mesurée au travers d'un score, mais correspond plutôt dans ce cadre à une fragilité liée à l'accumulation de pathologies et du vieillissement, tels que décrits à la suite des consultations en gériatrie.

« Les patients que l'on accueille au sein du service SSR sont des personnes âgées polypathologiques, c'est-à-dire qu'elles ont plusieurs pathologies, essentiellement cardiovasculaires, des maladies dégénératives comme la maladie de Parkinson ou des démences apparentées à la maladie d'Alzheimer etc. Ensuite il y a beaucoup de prothèses de genoux, des fractures du col du fémur, des fractures liées à des chutes, fracture de l'humérus

par exemple. Donc c'est quand même assez lourd on va dire. C'est des personnes quand même fragiles, il y a vraiment une surveillance particulière à mettre en œuvre » (Clémence, EAPA CH a).

Le projet d'APA :

Au sein du Centre Hospitalier, l'APA est portée par Clémence qui occupe la fonction d'enseignante en APA du service. Le CH lui a financé ainsi une reconversion en l'a aidant à suivre une licence professionnelle SVAPA, ce qui lui a permis de rester au sein de la structure pour exercer cette nouvelle activité. Le financement de l'activité au sein du CH passe donc d'une part par le financement de la formation de l'intervenante (initialement animatrice et aide-soignante dans la structure) puis par son embauche en tant qu'EAPA.

En application du projet porté par le CH, l'APA s'inscrit directement dans une démarche globale de rééducation et de réadaptation. Elle est dépendante d'une prescription par le médecin du service. Elle a été présentée ainsi aux cadres de santé et aux autres professionnels intéressés (médecins, infirmières, etc.) par Clémence, notamment au travers d'une communication et d'un support PowerPoint afin d'expliquer son intérêt en gériatrie : « *on [la cadre] m'a demandé de faire un PowerPoint où j'ai présenté vraiment les missions de l'APA, la définition* » (Clémence, EAPA CH a).

Au sein de la structure, Clémence est recrutée en tant qu'animatrice technique spécialisée tout en ayant le diplôme d'enseignante en APA (EAPA). Elle regrette d'ailleurs une situation juridique qui empêche l'introduction des EAPA sur les grilles de la fonction hospitalière. Elle participe à l'intégration de l'APA dans la structure et prend part aux différentes tâches organisationnelles visant à favoriser sa prise de poste.

« Le métier n'était pas connu sur l'établissement et donc voilà. Il a fallu aussi commander du matériel, tout définir, le planning des interventions des différents services. Enfin, on a tout construit avec les cadres de santé. » (Clémence, EAPA CH a).

L'EAPA travaille en majorité sur le plateau technique avec les kinésithérapeutes, bien qu'elle propose également des séances en chambre, de la marche au sein de la structure ou des activités collectives dans la salle d'animation et la salle à manger. Le matériel à disposition correspond à des équipements classiques de rééducation motrice que ce soit en termes de gros matériels (pédaliers, vélos, verticaliseurs, rollators) ou de plus petits (barres parallèles, obstacles, ballons). Clémence regrette le manque de matériel plus innovant ou plus ludique, mais déclare qu'elle « *s'adapte aux moyens du bord* » (Clémence, EAPA CH a).

Pour elle, l'objectif de rééducation de l'APA implique de « *travailler sur l'entretien, la motricité des personnes et la revalidation à la marche* » et à « *soulager les douleurs* ». Néanmoins, elle explique également que son activité vise d'autres objectifs plus ancrés dans la réadaptation : « *aider les personnes à se sentir mieux dans leur corps et à gagner plus en autonomie* » et dans le bien-être global des patients dans la durée : « *d'apporter aussi un côté ludique, un côté bien être, sport-santé, d'essayer qu'il y ait une continuité à la sortie d'hospitalisation* », « *de créer du lien social* » (Clémence, EAPA CH a).

Elle mène une activité sur l'ensemble des services qui permet aux cadres de constater « *les bénéfices sur la pluralité des services puisqu'au début, j'intervenais même un peu au service Alzheimer et dans la maison de retraite. Dans tous les services où il y avait des besoins spécifiques* » (Clémence, EAPA CH a). Son intervention dans la quasi-totalité des services du CH permet donc d'assoir l'intérêt de l'APA d'une part en démontrant de sa pertinence dans le

cadre de différentes situations et prises en charge, mais également en démontrant de ses effets pour les patients.

Par ailleurs, Clémence considère comme majeur le travail sur l'autonomie des patients réalisés en APA et justifie notamment de la pertinence de son intervention au regard des retombées positives de celle-ci sur l'ensemble des activités des soignants : « *plus le patient va être autonome et plus il pourra être acteur de ses soins. Donc ça soulagera aussi l'équipe des soins* » (Clémence, EAPA CH a).

Les propositions d'APA sont présentées comme étant adaptées aux besoins des patients, comme nous le verrons par la suite, mais également aux capacités physiques de ces derniers. Clémence insiste également sur l'importance de cadrer l'intervention par rapport aux risques liés à la pratique, en proposant par exemple pour « *un patient qui a des problèmes cardio-respiratoire on va faire une surveillance avec le saturomètre, on ne va pas faire n'importe quoi. On va vraiment adapter à la maladie, à tout un ensemble de paramètres* » (Clémence, EAPA CH a).

Le travail de Clémence s'inscrit également dans une dimension plus globale de prévention et de promotion de la santé, caractéristique du travail d'EAPA. Dès lors, elle propose des séances d'éducation thérapeutique ou du travail autour de la prévention des chutes. Elle présente par exemple des ateliers avec des supports imagés à l'aide de PowerPoint pour travailler sur les représentations de l'activité physique et favoriser la motivation des patients à s'inscrire dans une activité régulière:

« *On va travailler aussi sur la prévention, ce qu'il peut aménager chez lui justement en prévention des chutes. C'est tout un ensemble de choses. On peut faire de l'éducation thérapeutique.* » (Clémence EAPA CH a).

En plus des propositions d'APA faites au sein du CH, Clémence s'inscrit dans l'objectif de favoriser l'activité physique sur la durée, en recherchant des relais sur le territoire. Elle souhaite ainsi faciliter l'inscription des patients dans des dispositifs d'activité physique adaptée, à leur sortie du CH. Elle réalise un travail de recensement des offres d'AP existantes et crée des liens en se mettant en réseau avec les dispositifs portés par les municipalités ou avec les EAPA exerçant dans d'autres structures du territoire :

« *J'ai essayé de constituer un carnet où j'ai noté toutes les adresses des associations aux alentours de sports adaptés. On essaye de créer quand même, de maintenir un réseau avec la mairie, la ville, des associations pour après l'hospitalisation. Je suis aussi en contact avec les autres APA [du CHIC] qui est plus gros établissement donc après c'est à nous d'essayer de travailler le réseau.* » (Clémence EAPA CH a)

II.A-a.5 : l'étude APA en onco-gériatrie du CH b

Ce dispositif, implanté en Centre Hospitalier b, ne sera pas développé ici de façon importante dans la mesure où il s'agit d'une expérimentation en cours, et donc en attente de validation. Il consiste en un projet de recherche financé sur la base d'un reliquat (pris sur d'autres projets de recherche) mobilisé par un médecin et incluant un contrat de post-doctorat en vue de faire valoir l'intérêt de l'APA pour les patients. Le programme consiste précisément à montrer que grâce à l'APA, ils « sont plus adhérents au traitement, ils sont plus autonomes moins de dépendance, donc sur le long terme ça va vous faire gagner de l'argent, grossso modo » (Eva, EAPA et post-doc CH b).

L'étude a comme base initiale une expérimentation antérieure menée par Eva (nom d'anonymat de la post-doc recrutée), dans le cadre de ses études doctorales préalables au Canada. Notons qu'elle est également titulaire d'un diplôme d'EAPA obtenu antérieurement. « *...on a co-construit nos outils, donc quand j'étais au Canada on a mis en place le projet puis après on s'est assis avec eux : on leur a dit qu'est-ce que vous avez aimé, qu'est-ce que vous n'avez pas aimé, qu'est-ce que vous auriez voulu avoir en plus en moins. Donc on a vraiment co-construit avec des APA, des kinés il y avait des médecins, donc on était tous autour de la table et on a essayé de faire quelque chose qui essayait de répondre aux besoins du patient* » (Eva, EAPA et post-doc CH b).

La place de l'APA

Le modèle d'intervention inclus dans la recherche actuelle s'appuie sur une batterie de tests : « *On fait des tests, on fait le SPPB ; donc il y a le test de marche, L'XXX (illisible) au bout de 30 secondes et la force de préhension. Et en fonction du coup, il y a des seuils qui sont validés dans la littérature là* ». Selon les résultats des tests, des séances d'APA sont proposées :

« *en fonction des seuils, je sais où est-ce qu'ils en sont et je leur donne des exercices adaptés, sachant que nous on met quand même des exos SP, membres INF et équilibre. On travaille un petit peu la mobilité du dos mais les membres sup ... on travaille quand même pas trop trop. On est vraiment plus focalisés sur les membres inférieurs et l'équilibre* » (Eva, EAPA et post-doc CH b).

Les exercices sont présentés comme étant relativement simples, de façon à pouvoir être reproduits facilement à leur domicile par les patients :

« on fait pas de matériel, parce que justement il faut que tout le monde puisse savoir faire chez eux. Donc on fait vraiment tout sans matériel. Donc pas d'élastiques pas de balles : c'est vraiment du fonctionnel parce que voilà ils sont sous chimio, donc ils sont très, très fatigués et en plus en général fragiles, donc c'est vraiment du fonctionnel. Je peux prendre, je vais mettre, comment on fait ... où ils doivent se baisser, soit assis, soit debout en fonction de comment ils sont. C'est pour les aider par exemple s'ils doivent faire leur lacet, ou ... debout pour les transferts. On est vraiment dans de l'aide à l'autonomie de tous les jours et pas dans du renforcement musculaire avec ces types de patients. » (Eva, EAPA et post-doc CH b).

La démarche consiste à sensibiliser les patients en onco-gériatrie aux exercices préconisés de façon à impulser une pratique autonome, puis à assurer ensuite un suivi à distance. Néanmoins, comme l'exprime la post-doctorante le protocole reste perfectible : « *C'est pas suffisant parce que l'idéal, ce serait qu'ils viennent le faire en personne, parce que là voilà on fait une séance ensemble mais après ils repartent ils font en autonomie donc moi je les appelle pour voir si tout va bien.* » (Eva, EAPA et post-doc CH b).

Notons, que l'étude engagée vise principalement à disposer de résultats en vue d'obtenir des financements permettant le recrutement d'enseignants en APA à plus long terme : « *on est obligé de passer par cette étape là pour dire il faut que vous embauchiez quelqu'un sur l'unité parce que là il n'y a qu'une kiné mais elle se partage les trois étages* » (Eva EAPA et post-doc CHU).

En ce sens, elle confirme le besoin de données probantes, envisagées comme motifs cognitifs de l'action (*Benamouzig, 2005*), manifesté dans le cadre des structures hospitalières.

II.A-b. Les pôles de SMR au sein de cliniques privées

II.A-b.1 Pôle de SMR 1 en banlieue d'une métropole :

La première structure SMR en clinique présentée est située en zone péri-urbaine. L'établissement, créé dans les années 60, a une capacité de 603 lits. Il est certifiée A par la Haute Autorité de Santé (HAS)¹¹ et se compose de différentes structures : une clinique médico-chirurgicale, un centre de radiologie et d'imagerie médicale, un pôle psychiatrie, un pôle de soins médicaux et de réadaptation (SMR) et une maison médicale de garde. Ces structures peuvent accueillir différents services et spécialités, pour exemple la chirurgie concerne à la fois à la chirurgie thoracique, de l'obésité, gynécologique, digestive, plastique ou vasculaire.

Le pôle de SMR est notre objet d'étude. Son objectif est de « *prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion* » (site internet de la structure). Si le pôle de SMR vise au départ tous les publics de patients, il se spécialise de plus en plus vers la prise en charge de la personne âgée. De plus, le pôle de SMR accueille à la fois des personnes suite à des opérations chirurgicales menées dans la clinique par exemple, mais il propose également des hospitalisations de jour et des hospitalisations complètes (avec une capacité de 80 lits) pour les troubles de l'appareil locomoteur et les troubles neurologiques (post-AVC par exemple).

Au sein du pôle SMR, le plateau de rééducation se compose de 4 plateaux techniques. Le premier plutôt généraliste, est majoritairement utilisé par les masso-kinésithérapeutes, qui ont par ailleurs un deuxième plateau plus spécialisé notamment pour les troubles neurologiques. Le troisième plateau est occupé par les ergothérapeutes et intègre notamment un appartement thérapeutique afin de préparer la réinsertion en milieu classique. Les ergothérapeutes travaillent majoritairement avec les patients atteints de troubles neurologiques, périphériques ou centraux, mais également dégénératifs. Les séances se déroulent en individuel ou en groupes.

Enfin, le quatrième plateau technique est spécialement dédié aux Activités Physiques Adaptées. Il comporte une grande salle équipée en appareils permettant la réadaptation cardio-respiratoire (vélo d'appartement, vélo à bras, etc.), d'appareils de musculation (presses, etc.) ainsi que de petits matériels (table de ping-pong, tapis, etc.). Le plateau inclut également une balnéothérapie permettant de mettre en place des activités aquatiques.

Une vidéo promotionnelle met en scène ces différents espaces et matériels sur le site internet de la clinique. L'objectif de réhabilitation se centre sur la lutte contre la sédentarité et le réentraînement à l'effort, mais les professionnels peuvent également proposer des activités visant à retrouver les capacités d'équilibre ou de coordination.

¹¹ La certification HAS a pour rôle de « *mesurer et d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé et en médecine de ville et la qualité des accompagnements dans les établissement et services sociaux et médicaux-sociaux* » (Haute Autorité de Santé, 2018).



Image : activité de balnéothérapie (vidéo promotionnelle)

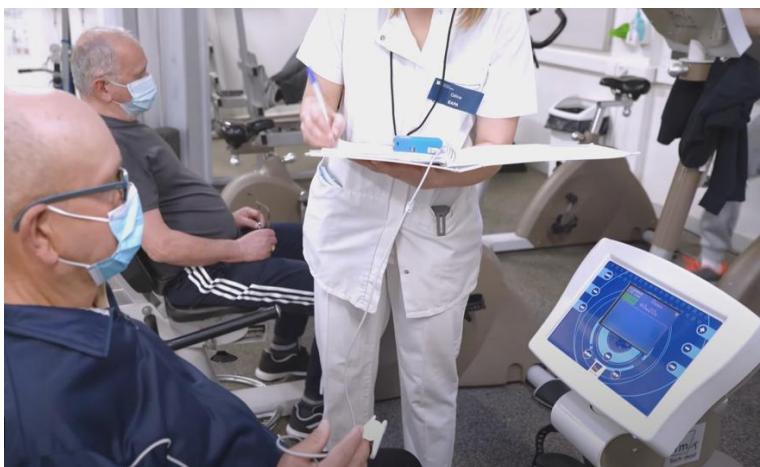


Image : activité de réentraînement à l'effort (vidéo promotionnelle)



Image : activité de tir à l'arc adapté (vidéo promotionnelle)

D'autres professionnels de santé interviennent également en rééducation au sein du pôle de SMR, comme une neuropsychologue, ou interagissent avec le pôle dans le cadre de l'hospitalisation (infirmières, médecins, etc.).



Image : présentation des professionnels intervenant dans le SSR/SMR (extrait du site internet de la clinique)

La place attribuée à l'APA

La place de l'activité physique adaptée au sein du pôle de SMR a évolué au cours du temps. Elle a débuté dans la période 2010-2014 environ¹². Au départ, elle s'installe comme activité annexe sur le plateau de rééducation : « *ils n'avaient pas de plateau, rien du tout, les premiers qui étaient là avant nous. [L'ancien EAPA de la structure] quand il est arrivé, il faisait sa séance, dans le coin d'un plateau* » (Mathias, EAPA SMR 1). Néanmoins, la dynamique autour de l'APA prend de plus en plus de place, notamment grâce à un travail des enseignants en APA de valorisation de leur travail et d'une démarche pro-active, visant à prendre en charge de nouveaux patients.

La place actuelle de l'APA dans la structure confirme cette dynamique rapide et montre une installation désormais pérennisée dans la structure de soin. Par ailleurs, cette présence forte de l'APA dans les programmes de prise en charge proposés semble être un argument important validant la reconnaissance épistémique du sport comme Thérapeutique non Médicamenteuse. L'APA devient une proposition légitime, ce qui se traduit notamment par sa place systématique dans les thérapeutiques proposées dans les livrets de description des programmes. Dès lors, elle apparaît comme un outil permettant valoriser une prise en charge « innovante » proposée par la structure, en dehors des thérapeutiques conventionnelles.

Quatre personnes interviennent dans les programmes d'Activité Physique Adaptée au sein du plateau technique. Ils viennent de cursus de formations en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) différents et se sont peu à peu spécialisés dans la prise en charge de patients dans des centres de rééducation accueillant divers publics dont des personnes âgées de 60 ans et plus. Durant notre enquête, une des enseignantes a bénéficié d'un congé maternité et a été remplacée par Pauline (nom d'anonymat), titulaire d'une licence APAS, que nous avons interrogé.

¹² Dans le temps imparti, nous n'avons pas pu interroger les anciens enseignants en APA de la structure, ni des responsables ayant accès à des informations plus précises sur la question d'intégration initiale de l'APA.

Deux des professionnels interrogés, Grégory et Mathias (noms d'anonymat), n'ont pas suivi la filière traditionnelle Activité Physique Adaptée et Santé, malgré leur ancrage dans un cursus STAPS et leur activité en tant qu'enseignants en APA. Ils précisent néanmoins que leur Master en filière Entraînement Sportif intégrait des enseignements sur le vieillissement, orientant les étudiants vers un cadre d'intervention dédié à cette population spécifique. Ce sont les 2 EAPA les plus anciens de l'équipe, en poste depuis 8 et 5 ans respectivement. Ils sont actuellement en contrat à durée indéterminée. Corentin (nom d'anonymat) quant à lui, est spécialisé dans la rééducation, puisqu'il a suivi, suite à sa licence APA, un master Ingénierie de la rééducation. Il est pour l'instant dans un statut de remplaçant, suite au départ d'un collègue pour une autre structure. Il espère être embauché en CDI à terme.

Pseudo	Licence	Master	Expérience professionnelle précédente	Statut actuel	Ancienneté dans la structure
Grégory	Licence ES	Master ES, préparation physique et mentale, optimisation de la performance	ITEP principalement	CDI	8 ans
Mathias	Licence EM	Master ES, préparation physique et mentale, optimisation de la performance	Hôpital et clinique, en rééducation	CDI	5 ans
Corentin	Licence APA-S	Master APAS : Ingénierie rééducation, handicap et performance motrice	SMR dans différentes cliniques + un remplacement en ergothérapie	Remplaçant	1,5 ans
Pauline	Licence APA-S	non	Première expérience	Remplaçante	6 mois

Le dispositif de SMR de la clinique n'est pas spécialisé dans la prise en charge de la personne âgée, mais il oriente son intervention sur la rhumatologie, la chirurgie orthopédique et la neurologie. De fait, de nombreux patients, voire la quasi-totalité, sont des personnes de 60 ans et plus. Elles sont suivies non pas pour des troubles directement liés au vieillissement, mais plutôt suite à des évènements provoquant des pathologies invalidantes ou affaiblissantes. Cette particularité liée à l'âge des patients entraîne des conditions de santé spécifiques : notamment une pluri-pathologie, la présence d'une ou plusieurs maladies chroniques, ou encore des troubles cognitifs. Notons que les patients vus par Corentin dans le service psychiatrie sont majoritairement des personnes âgées venant pour des troubles de l'humeur ou de la mémoire. Dans ce service, qui ne dépend pas du pôle de SMR, la prise en charge est beaucoup plus ciblée sur le public des aînés et la prévention de la dépendance.

« *Si ... moi je fais de la psychiatrie aussi. Là par contre c'est beaucoup plus personnes âgées. Et là on fait beaucoup plus de prévention de chutes, de reprise pour retrouver de l'autonomie, des trucs comme ça ! renforcement musculaire pour des activités x ou y de la vie quotidienne, quoi. Là c'est vraiment plus vieillissement parce que le groupe c'est à partir de 60 ans. Donc c'est 90% de dépressifs. Et après c'est... d'autres pathologies... mais. Voilà. En psychiatrie on a plus de gériatrie. »* (Corentin, EAPA SMR 1).

De fait, si l'orientation de la clinique n'est pas centrée sur ce public âgé, il reste largement majoritaire au sein de la patientèle. Le site internet précise ainsi que « *Les SMR polyvalents de la Clinique [...] s'orientent de plus en plus vers la prise en charge du patient âgé, compte tenu du vieillissement de la population* ». De la même façon, les enseignants en APA interrogés précisent que malgré le fait que l'entrée se fasse plutôt par les pathologies, nombres d'entre elles concernent directement la personne âgée. Ainsi, les patients en post-opératoire du pôle de SMR viennent suite à des interventions de prothèse de hanche ou du genou, qui concernent majoritairement cette catégorie de personnes.

« *Mais quand t'es en clinique, 90% des personnes c'est des personnes âgées, donc c'est comme ça que tu y viens ! Au final automatiquement. (...) Oui, ou alors ça va être plus par pathologie, par truc... mais bon ! Beaucoup de pathologies sont liées au vieillissement donc forcément !* » (Corentin, EAPA SMR 1).

Mathias précise néanmoins que « *c'est pas vraiment des séjours à visée purement gériatrique* », et qu'ils n'interviennent pas au sein du service gériatrie de la clinique. Néanmoins, cette spécialisation a pu exister par le passé. Comme nous le verrons par la suite, la dépendance des programmes d'APA aux médecins référents des services, fait que certaines prises en charge existantes n'ont plus cours.

« Mathias : *Il y eu une partie gériatrie où il y a eu quelques années*

Grégory : *Des groupes même prévention de chute !*

Mathias : *Mise en place de prévention de chutes, etc. sur la gériatrie. Parce qu'il y a un médecin gériatre.*

Grégory : *Il y a un médecin gériatre ouais.*

Mathias : *Et ça s'est tombé à l'eau ! Je crois quand il est parti...*

Grégory : *Non ! Je crois qu'il y ait parce qu'il voulait relancer un groupe Alzheimer.* » (Entretiens groupé EAPA, clinique SMR)

Deux des professionnels exerçant en APA dans la clinique sont effectivement des enseignants en APA de formation, et ont suivi la licence (Pauline et Corentin) ainsi que le Master (Corentin). Ils précisent que, dès la licence, ils ont été sensibilisés aux questions de vieillissement, qui est constitutif de la formation. Pour Corentin, le master est également l'occasion d'approfondir ses connaissances et compétences sur cette population spécifique : « *c'était pour du vieillissement, pour être un peu plus spécialisé sur le terrain et sur toutes les pathologies liées au vieillissement, du coup.* » (Corentin, EAPA SMR 1).

Les deux autres intervenants en APA, Mathias et Grégory, viennent d'un master entraînement sportif (ES), autre parcours de la filière STAPS moins orientée initialement sur les questions de santé. Pour autant, ils précisent que dans une université ne proposant pas de master APAS, le choix de cette filière ES ne semble pas en contradiction avec le métier qu'ils exercent. En effet, ils précisent que le master qu'ils ont obtenu comprends de nombreuses unités d'enseignement proposant des contenus en lien avec les questions de santé. Il faut souligner que, dans une recherche de valorisation de la formation et d'amélioration de l'employabilité des étudiants, de nombreuses formations proposées en STAPS sont orientées vers des contenus à dimension plus thérapeutique, et pour ES, plus éloignées des ambitions initiales de performance sportive. Les stages réalisés par Mathias et Grégory au cours de leur master s'inscrivent ainsi dans le domaine de la « rééducation », intégrant une logique de « sport-santé », selon une approche d'APA à visée thérapeutique.

« Dans notre formation on avait un cours sur le vieillissement avec les profs de fac. Moi j'ai fait mon stage de mémoire aussi en SSR, gériatrique. Donc à la base c'était quelque chose qui m'intéressait. Et après le fait de bosser dans une structure ici, ça ouvre aussi plus de champs, plus de domaines. Divers publics, donc ça reste quand même un truc intéressant. À la base oui, c'était les personnes âgées qui m'intéressaient quand j'étais sur Tarbes. [...] Mais après comme Samuel en fait au master, moi j'ai fait tous mes stages en réeduc' [...] Et orientés, santé, vieillissement. [...] c'est une sorte d'équivalence [au master APAS] » (Grégory EAPA SMR 1).

« On voit un petit peu... plusieurs types de publics et de pathologies, mais on... on nous dit dès le Master on nous dit que ça fait partie de... possiblement, du public avec lequel vous avez travaillé, surtout que quand même, il n'y a pas beaucoup de débouchés non plus... et là... voilà... là où il va y avoir le plus de travail, c'est sûrement avec cette population-là. Donc on a préparé de... dès le master. » (Mathias, EAPA SMR 1)

Corentin précise que les stages permettent effectivement de se confronter à ce public, même au sein de structures de soins généralistes, en cela que ce sont les personnes ayant le plus de besoin et constituant la patientèle majoritaire des établissements : « Après, globalement quand tu vas en stage clinique, tu as surtout des personnes âgées. C'est là où t'es amené à travailler le plus avec eux. » (Corentin, EAPA SMR 1)

Le modèle de prise en charge :

Pour plus de précision sur l'APA en SMR, on peut se référer aux modèles de prise en charge proposés sur le site internet de la structure. Il évoque un ensemble de problématiques de soins qui représentent chacune un programme spécifique :

« Rachis (Restauration fonctionnelle du rachis, rachis adapté), Parkinson, Réadaptation à l'effort post chirurgie bariatrique, Réadaptation à l'effort dans le cadre d'une maladie chronique (diabète, syndrome cardiological, syndrome pneumologique), Réadaptation post-covid, Prise en charge des patients amputés, Se préparer avant une chirurgie orthopédique (prothèse totale de la hanche / prothèse totale du genou) » (site internet SMR 1)

Le site internet explicite chaque programme qui renvoie à un suivi, composée a minima de deux prises en charge thérapeutique, comme l'explique Grégory :

« En principe, il y a... il faut, deux prises de charge minimum pour être en SSR. Donc ils ont... Quasiment 95% des gens ici ont de la kiné. Et après, ils complètent avec soit l'ergo, l'APA, l'orthophoniste, la neuropsy ! C'est en fonction des demandes du médecin et des besoins du patient. » (Grégory, EAPA SMR 1) :

L'APA est proposée sur prescription médicale du médecin spécialiste de la pathologie concernée. Les programmes s'articulent ainsi autour d'une pathologie particulière et proposent un arsenal thérapeutique permettant d'y répondre dans une dynamique de rééducation, de réadaptation et de réinsertion. Les patients intégrés dans ces protocoles enchaînent ainsi les thérapeutiques dans leur journée, de façon intensive, sur une période d'environ un mois a minima :

« Quand ils viennent à la demi-journée, ils enchaînent une heure avec le kiné, une heure avec l'APA, une heure avec la balnéo, s'ils font de la balnéo, une heure avec les ergos, si ils ont de l'ergo. A chaque fois, c'est des créneaux d'une heure. [...] Ils viennent tous les jours de la

semaine. Pour un séjour de quatre semaines au minimum. Et c'est reconductible après en fonction de l'évolution de chacun. [...] Les groupes, c'est un peu le même principe. Sauf qu'eux ils suivent le même emploi du temps à la demi-journée également. » (Grégory, EAPA SMR 1).

Deux options de prise en charge sont donc proposées, soit individuelle soit collective. Ces deux modalités sont relativement semblables en termes de fonctionnement et de type de thérapeutiques proposées, mais lors du programme de groupe, les participants vont ensemble sur les différents plateaux de rééducation et pratiquent en groupe. Néanmoins, les programmes collectifs sont tout de même adaptés en fonction des besoins de chacun, et le nombre de séances sur chaque « pôle » n'est pas forcément égal entre les membres du groupe. Ces programmes de groupes sont conçus de façon pluridisciplinaire au sein de l'équipe du pôle de SMR et se fondent sur des échanges collectifs, donc sur des coordinations plus étroites. Les différentes réunions permettent ainsi à chacun de proposer une thérapie adaptée aux problématiques de la pathologie choisie et d'arbitrer les décisions en répartissant le temps accordé à chacune. Les différents rééducateurs et professionnels de santé proposent donc des protocoles, des objectifs pour ces programmes et ceux-ci sont validés par les médecins référents.

« A chaque début création, un petit peu de groupes. On fait... Donc il y a quelques réunions pour orienter, ben ce qu'on va mettre dans le programme. Qu'est-ce qu'on a envie de mettre ? Combien d'APA, combien de kiné... déjà combien d'intervenants. Et puis, voilà, on travaille chaque de notre côté sur établir un protocole en fonction des recommandations, ce qui est possible de faire dans les grandes lignes, vraiment. Et là-dedans, on est libre de l'organiser comme on veut, sur la planification, sur les activités qu'on fait faire aussi. Voilà, globalement, et on se voit plusieurs fois avec les autres thérapeutes, de temps en temps le médecin. Et après, une fois que tout est validé, le groupe se lance. [On établit] le protocole, les objectifs, la communication globale, comment ça se passe, qu'est-ce qu'on le fait ou qu'est-ce qu'on le fait, pas surtout. » (Mathias, EAPA SMR 1).

Néanmoins, si les programmes permettent d'avoir des lignes directrices plutôt solides et de proposer une prise en charge similaire à l'ensemble des groupes, des adaptations peuvent être réalisées à la marge, en fonction des besoins du collectif : « *Ça dépend des groupes aussi. Après on s'adapte. Moi, par exemple, j'ai des parkinsons, je peux avoir des objectifs, quand même, assez différents.* » (Mathias, EAPA SMR 1).

La mise en œuvre des programmes peut aussi révéler des problématiques non anticipées initialement par les rééducateurs qui adaptent par la suite le programme prévu. Les freins rencontrés amènent des adaptations qui sont proposées et validées en réunion, et notamment par le médecin afin de modifier le programme de façon pérenne.

« Après, on peut revoir aussi les protocoles, une fois qu'on a lancé les groupes, c'est arrivé, moi, sur les COVID-long. On s'était basé sur le groupe de pneumo. Et en fait, les problématiques étaient différentes. Donc, on a rajouté des bilans neuropsy, on a rajouté de la psy. On a prolongé le séjour de deux semaines aussi parce qu'il y avait un gros pic de fatigue, au bout de 3-4 semaines. Et après, le séjour durait 4 semaines, donc on les lâchait... on les lâchait pile au moment... où ils avaient besoin. Donc, les protocoles, soit sur le papier, ils sont écrits, mais après, ils peuvent être bougés si besoin. » (Grégory, EAPA SMR 1).

Concernant les modalités de répartition du travail entre les professionnels en APA sur ces groupes, il s'agit d'un système de « référent » par groupe. Ainsi un seul EAPA suit les groupes autour d'un programme spécifique, en fonction de sa spécialité.

En parallèle de ces actions thérapeutiques collectives, les prises en charge individuelles persistent. Elles sont moins cadrées que les précédentes mais les EAPA du service ont également rédigé des protocoles en fonction des pathologies ou problématiques pour lesquelles le patient est hospitalisé. Ils s'appuient pour cela sur des recommandations générales de santé publique ainsi que sur celles émises par les médecins du service. Elles servent de guide pour la prise en charge, sans formaliser pour autant les séances. Les EAPA précisent qu'elles servent aussi d'appui pour les remplacements en assurant une continuité et une sécurité dans les soins.

« Il y a un peu [de cadrage] pour les patients individuels, on a des protocoles qui sont faits classiquement... on se sert de ceux qui sont faits par les chirurgiens, de reprise, d'appui, de renforcement musculaire en chaîne ouverte, etc. On s'appuie plutôt là-dessus. Et nous, on s'est fait, entre nous et les APAS, on s'est fait des protocoles... à partir de combien de temps on fait faire du vélo, mais... c'est cela parce que quand il y a des remplaçants qui arrivent, qui n'ont pas forcément... travaillé avec ces pathologies ou qui n'ont pas l'habitude de faire comme ici. Donc on met cela dans un cadre et après, là-dedans, tout le monde fait un petit peu comme il veut. Comme des lignes directives. » (Mathias, EAPA SMR 1).

Les prises en charge proposées au sein du pôle de SMR reposent sur une double modalité : d'abord elles s'organisent soit en programmes collectifs ou en suivis individuels, comme nous l'avons vu ; mais elles concernent également des patients en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour. L'hospitalisation complète concerne différentes populations de patients. Elle est à la fois proposée aux patients autonomes mais habitant loin de la clinique ; mais également aux patients en post-opératoire ou dépendants. Pour les autres, l'hospitalisation de jour est proposée et encouragée. Elle permet un retour des patients au domicile le soir pour la nuit. Ainsi, ils ne viennent à la clinique que pour participer aux thérapeutiques qui leur sont proposées.

« Mathias : Tous ceux qui sont dans les 50 kilomètres, et qui ont des possibilités d'être autonomes à la maison, ils viennent en hôpital de jour. Sinon, ceux qui habitent plus loin, beaucoup, ils viennent [en hospitalisation complète] parce qu'ils habitent plus loin.

Grégory : Ou parce qu'ils ne sont pas autonomes

Mathias : Ou juste parce qu'ils sont en post opératoire » (Entretiens EAPA SMR 1)

Au regard des différentes modalités de prise en charge proposées au sein de la clinique, les propositions d'APA s'adaptent aux contraintes temporelles, médicales et des programmes. Les enseignants en APA précisent ainsi qu'ils effectuent à la fois des séances de renforcement musculaire, de réentraînement à l'effort, de balnéothérapie ou d'activités plus sportives et ludiques. Ces propositions peuvent être collectives, soit dans des activités de groupe, mais également dans des activités individuelles proposées en parallèle. Des séances de circuit training, durant lesquelles les patients tournent sur divers ateliers de pratiques sont également proposées.

Concernant l'évaluation, les enseignants en APA la proposent selon trois temps de la prise en charge. Le premier se réalise en initial, durant le bilan d'entrée du patient, afin d'adapter par la suite les propositions. En bilan intermédiaire, afin d'évaluer la progression du patient, de le motiver ou de réorienter la prise en charge dans le cas où les résultats ne seraient pas satisfaisants. Enfin, la dernière phase de test correspond à la sortie du patient, à la fin de son hospitalisation. La semaine qui précède les EAPA font passer de nouveau les évaluations afin de juger de l'amélioration de l'état de santé des patients et de faire un bilan de leur séjour. Pour

les enseignants en APA ces évaluations facilitent la prise en charge, en leur permettant de cibler les déficiences fonctionnelles et de travailler spécifiquement sur celles-ci. Dans le cadre de cette clinique, la pratique d'APA s'inscrit donc directement dans un travail de rééducation.

Les évaluations proposées sont de façon générale le TM6, le relevé de chaise et l'équilibre unipodal. Ensuite, certains tests sont réalisés de façon spécifique au regard de la pathologie prise en charge : « *Les rachis on va tester tout ce qui est gainage. Et chez les neuro on va faire aussi test transfert, marche, marche rapide sur 2-3 mètres.* » (entretiens EAPA, SMR 1). Néanmoins, les EAPA précisent que dans certains cas, pour les patients en post-opératoire (suite à une prothèse de genou ou de hanche), ils n'effectuent pas ces évaluations. Il semble que ce choix soit la résultante d'une déficience évidente liée à la reprise de fonction suite à l'opération. Dès lors, le programme se centre uniquement sur cet aspect et les EAPA ne conçoivent ainsi pas la nécessité de l'évaluation dans ce cadre.

« Enquêteuse : *Donc vous les faites à tout le monde, les tests ?*

Grégory : *Ça dépend des pathologies.*

Mathias : *Pas post-op, genoux, etc. ça sert à rien !*

Grégory : *Il n'y a pas d'intérêt. Mais rachis, rachis, neuro, pneumo...*

Mathias : *Oui.*

Grégory : *sauf pour le post-op, tout le reste on fait des tests.* » (Entretiens EAPA SMR 1)

Concernant les propositions d'APA, deux autres pratiques sont régulièrement mises en œuvre. D'abord, le suivi de la pratique s'effectue par la délivrance de « livret ». Il permet de retracer leur parcours d'activité physique et de proposer une poursuite de celle-ci à domicile par des indications de pratiques, des exemples d'exercices, etc. :

« *Et ce qui est bien, c'est que pour quasiment tous les groupes, on leur donne un petit livret à la fin. Pour qu'ils aient une trace de tout ce qu'ils ont fait, tout ce qu'ils peuvent faire à l'extérieur... Bon du renforcement musculaire, sur l'endurance et sur les activités physiques sportives...* » (Corentin, EAPA SMR 1).

Ces conseils d'hygiène de vie et de pratique d'activité physique s'intègrent dans une attention globale à l'éducation des patients. S'ils n'ont pas de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) validés par l'ARS, au sein du SMR, les enseignants en APA proposent quand même des ateliers éducatifs : « *dans nos groupes, on fait toujours une séance de théorique* » (Mathias, EAPA SMR 1). Ils visent à apporter des connaissances sur la pathologie et les conditions de pratiques physiques adaptées. L'ensemble des EAPA de la structure sont formés à l'ETP, et ils adaptent ainsi leurs propositions éducatives au regard des besoins des patients et de leurs pathologies.

« *Moi, je sais que sur le groupe de COVID long, là, j'en fais un petit peu. J'en fais... [...] On a été formés. On en fait plus ou moins avec les groupes. Les gens individuels, on va les conseiller sur les pratiques.* » (Grégory, EAPA SMR 1).

De plus, les EAPA précisent que ces temps éducatifs émergent également des questionnements des patients. Dès lors, ces séances sont plus informelles et consistent à apporter des réponses à des interrogations individuelles à l'ensemble du groupe, favorisant la dynamique de circulation des informations.

« *Et puis, indirectement, les patients, ils posent eux-mêmes des questions. [...] Il suffit que... qu'il y en a un dans le groupe qui s'intéresse un peu plus... Et puis, à côté, ça va écouter. Et du coup, en fait, on fait tout le monde collectivement... »* (Grégory, EAPA SMR 1).

En effet, il semble que les propositions éducatives des EAPA du pôle de SMR consistent plus en une transmission de savoir que de savoir-faire, qu'ils travaillent peut-être plus directement au cours des séances d'activité physique. Néanmoins, afin de formaliser le travail éducatif réalisé, et de favoriser la création d'un espace spécifique sur ces questions éducatives, un des EAPA de la structure construit actuellement une séance dédiée à ces apprentissages :

« *Et là, je suis en train de mettre en place pour tout le monde, pour tous les patients qui passent de leur faire un petit ETP d'une heure, en début de prise en charge, pour expliquer un peu les effets du sport, des activités physiques, etc. Qu'est-ce qu'ils peuvent faire, qu'est-ce qu'ils pourront faire à l'extérieur, et puis voilà, oui.* » (Corentin, EAPA SMR 1)

Au moment de notre enquête, les EAPA précisent qu'il existait précédemment un programme d'ETP validé par l'ARS, sur la psychiatrie, et qu'un autre vient d'être validé, en addictologie, pour les patients tabagiques. Néanmoins, il n'est pas encore diffusé et réalisé au sein du pôle de SMR.

II.A-b.1 Pôle de SMR 2 dans un village proche d'une ville moyenne

La structure de SMR 2 que nous avons étudié se trouve dans un village en périphérie d'une ville moyenne. Elle concerne deux hôpitaux. Un hôpital de jour avec de la gériatrie et de la bariatrie et un hôpital complet qui ne propose que de la gériatrie. On y retrouve différents intervenants selon la composition classiques dans ce type de structure (médecins, infirmiers, aides-soignants, secrétaires, assistante sociale, psychologue...). Au niveau de la rééducation on dénombre un ergothérapeute, une psychomotricienne et trois duos composés d'enseignants en APA et de kinésithérapeutes. Quentin (nom d'anonymat), l'EAPA interrogé, est titulaire d'une licence APA obtenue en 2011. Il intervient depuis 2013 dans la structure de SMR. Il est également Technicien d'Imagerie Médicale (TIM).

Le public accueilli dans ce dispositif est composé de personnes âgées de plus de 60 ans identifiées comme fragile.

L'hôpital de jour reçoit des personnes de 60 ans et plus qui vivent encore chez elles. Elles viennent pour maintenir leur autonomie en vue de rester à domicile le plus longtemps possible. Il reçoit également un public « bariatrique » avec des personnes de tous âges.

En hospitalisation complète le public accueilli est un public fragile qui 60 ans et plus avec un problème particulier (par exemple : une fracture...) ou une autre forme de pathologie invalidante.

Pour Quentin, il n'y a pas de programme d'APA proprement dit (c'est-à-dire basé sur un protocole spécifique qui serait reproduit à l'identique selon chaque pathologie). Les EAPA adaptent leurs interventions aux recommandations médicales et ils individualisent les programmes selon les pathologies et les personnes.

« Il faut que nos patients soient vus par deux professionnels dans la journée, on reste libre de notre euh de notre intervention. On a un cadre qui est de prendre les patients idéalement tous les jours mais après sur la construction de notre prise en charge c'est un peu euh un peu carte blanche. Toujours bien sûr en se référant à l'avis du médecin, du chirurgien ou du médecin adresseur sur les capacités et contre-indication de euh de certaines pratiques du patient ». (Quentin, EAPA SMR 2)

Le cadre général du programme de soins de la structure est réalisé avec une équipe pluriprofessionnelle. L'objectif de cette équipe est le retour à domicile et le retour à l'autonomie des personnes accueillies pour l'hospitalisation complète ainsi que le maintien de l'autonomie et du bien-être pour les personnes inscrites à l'hôpital de jour.

Le travail d'équipe est très important pour la bonne mise en place de ces programmes qui évoluent constamment. La démarche est dépendante de la prescription du médecin. Celle-ci peut concerner un seul membre de l'équipe de rééducation (le plus souvent : le kinésithérapeute) ou bien inclure plusieurs membres (par exemple : le kiné plus l'EAPA plus la psychomotricienne). Généralement, le premier intervenant assurant la prise en charge de patient est le kiné qui peut indiquer dans un second temps que le patient a besoin d'une prescription en APA, par exemple.

Le budget provisionné est calculé dès le début de l'année par la structure pour tous les membres de l'équipe de rééducation. Il est prévu un suivi des patients avec des bilans réalisés par chaque membre de l'équipe de rééducation et un suivi commun associant tous les membres de la rééducation avec des échanges dans le cadre de réunions régulières.

II.A-c. Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

II.A-c.1 Groupe d'EHPAD Les 3 (Association gérant 3 EHPAD) ...

Les trois EHPAD étudiés conjointement ici sont gérés par une même association (à but non lucratif). Elle regroupe d'ailleurs différents établissements médico-sociaux : foyers d'hébergement, foyers d'accueil médicalisés, foyers de vie, établissements et services d'aide par le travail, maisons d'accueil spécialisées et EHPAD.

Avec le vieillissement des personnes accueillies par les dispositifs initiaux, l'association ouvre un premier EHPAD en 2011 pour un public en situation de handicap mental, cœur de cible de l'association. Puis elle intègre deux autres EHPAD traditionnels de la région en 2016 et 2022. Les trois EHPAD sont implantés dans un milieu semi-rural à rural.

Ce dispositif a fait l'objet d'une étude longitudinale sur 2 années consécutives et a impliqué 2 étudiantes de Master 2 APAS en stage recherche/professionnel. Cette situation permet de disposer d'un recueil de données conséquent incluant 11 entretiens, des données documentaires, des observations ethnographiques dans le cadre des activités menées, y compris sous l'angle d'une recherche interventionnelle.

Victorine	EHPAD Le C	Animatrice	2023	COMTE – M2 APA
Lucile	EHPAD Le V	Animatrice	2023	COMTE – M2 APA
Bénédicte	EHPAD ML	Cheffe de service	2023	COMTE – M2 APA
Bruno	EHPAD (les 3)	Directeur d'établissement	2023	COMTE – M2 APA
Tania	EHPAD (les 3)	Médecin coordinatrice	2023	COMTE – M2 APA
Ines	EHPAD Le V	Psychologue	2023	COMTE – M2 APA
Lola	EHPAD (Le C et ML)	Psychologue	2023	COMTE – M2 APA
Annette	EHPAD ML puis LV	Animatrice	2024	ETEVE – M2 APA
Brigitte	EHPAD Le C	Animatrice	2024	ETEVE – M2 APA
Christine	EHPAD	Aide-soignante	2024	ETEVE – M2 APA
Daniel	EHPAD (les 3)	Représentant aidant (cadre associatif)	2024	ETEVE – M2 APA

L'analyse proposée repose donc sur l'étude conjointe des trois EHPAD (Le C, Le V et ML) gérés par cette association.

Au sein de ces établissements, les salariés forment des collectifs hybrides, en cela qu'ils se divisent en plusieurs champs professionnels distincts : d'abord une équipe soignante, composée d'un médecin coordinateur, d'une psychologue, d'infirmiers, d'aides-soignants et d'aides médicaux-psychologiques ; la deuxième équipe, de vie sociale, fait référence aux animateurs ; la troisième équipe soutient l'hébergement en regroupant des cuisiniers, des lingères, des personnels d'entretien ; enfin la quatrième équipe correspond à l'administration de la structure et regroupe les responsables des ressources humaines, comptables et directeurs des établissements.

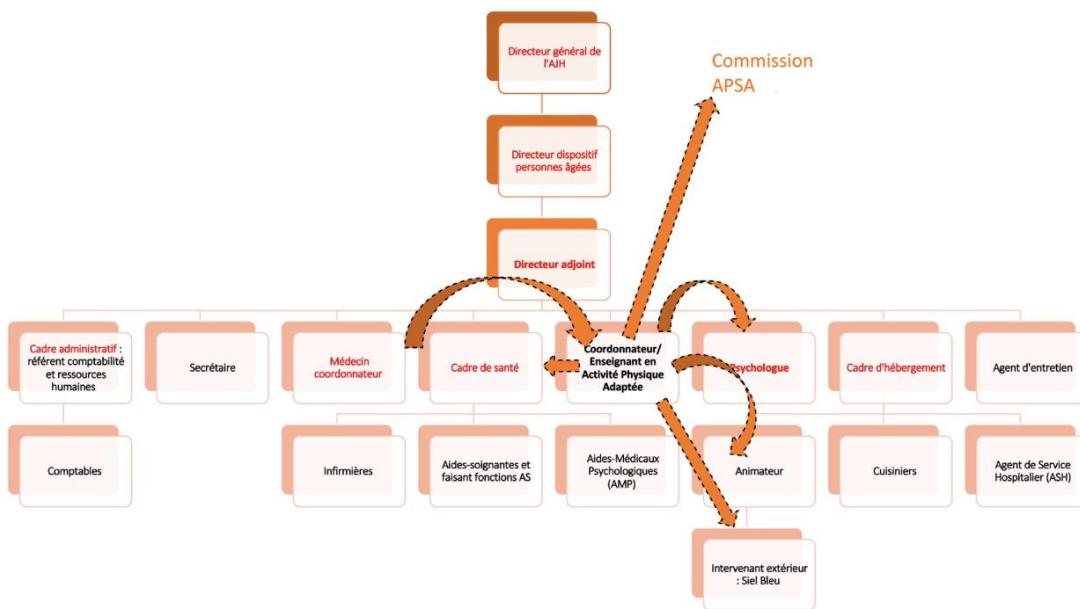


Figure : Organigramme de l'EHPAD

Place de l'APA :

L'association étudiée est créée en 1957. Elle prône rapidement les bienfaits des APSA au sein de ses établissements (*qui n'incluent pas d'EHPAD avant 2011*). En effet, le directeur général recrute en 1988 un premier éducateur sportif suivie de quelques autres les années qui suivent jusqu'à ce jour, avec la présence de neuf éducateurs sportifs répartis sur l'ensemble des établissements. Ces derniers se sont rapidement investis avec le soutien de la direction générale pour intégrer les APSA dans le projet associatif. Les éducateurs sportifs créent ensuite une association sport, culture et loisirs afin de pouvoir participer à des compétitions de sport adapté et faire des demandes de subventions. Pour autant, ces éducateurs sportifs sont impliqués dans les ESMS incluant les populations les plus jeunes et n'interviennent pas avec les publics âgés des EHPAD.

L'investissement en faveur du sport s'exprime également par la création en 2020 d'une commission APSA afin de valoriser et encourager les actions inter-dispositifs en lien avec ces pratiques. Lors des réunions de la commissions les neuf éducateurs sportifs sont présents, accompagnés d'un représentant associatif et de deux représentants du comité de direction. La stagiaire EAPA y sera inclue en 2023.

Cet intérêt pour les APSA apparaît également dans le projet d'établissement d'un des EHPAD depuis peu. Un des axes de ce document porte sur le développement des activités physiques afin de : « *promouvoir l'activité physique et sportive pour permettre une avancée en âge en préservant les capacités physiques. Avec comme objectif de maintenir les capacités des personnes accueillies et de prévenir les chutes* » (Bruno, directeur EHPAD les 3)

Le « dispositif personnes âgées » est créé récemment à partir d'une dynamique interne à l'association pour promouvoir les activités physiques adaptées dans les EHPAD. Le directeur des trois EHPAD reconnaît l'implication de l'association gestionnaire des EHPAD concernant ce domaine : « *pour [l'association] le sujet est totalement intégré depuis des années* » (Bruno, directeur EHPAD les 3).

En réalité, avant 2021, les activités physiques proposées aux résidents des EHPAD restent très limitées. L'essentiel des initiatives recensées dans l'un ou l'autre des trois EHPAD repose sur l'engagement des animatrices proposant de la « gym douce » et des pratiques de marche. De ce point de vue, les pratiques mobilisées prennent la forme d'une animation ou « pratique occupationnelle » (Feillet, 2018), éloignée de toute ambition thérapeutique.

Parallèlement, on recense les interventions d'un opérateur d'APA, reconnus au plan national, intervenant durant quelques années à raison d'une fois par semaine dans l'EHPAD Le C :

« on avait à l'époque (opérateur) qui intervenait une fois par semaine et ensuite je pense que la gym douce ça fait partie des animations importantes et récurrentes chaque semaine c'est un peu ancrée dans l'animation que ce soit la gym douce faite par l'animatrice ou (opérateur) » (Victorine, animatrice EHPAD le C).

La mise en stage de Justine Comte en master 1 (étudiante EAPA) en 2021-2022 a permis d'intégrer une intervention d'APA in situ. Celle-ci a conduit à favoriser ensuite un premier contrat d'apprentissage en alternance de Master 2 APAS impliquant toujours Justine Comte (2022-2023) puis un second contrat d'apprentissage en alternance de Master 2 APAS impliquant Roxane Eteve (2023-2024). Ces 2 étudiantes ont été parallèlement incluses dans le projet CAP-APPA. Des contacts ont été noués pour intégrer les 3 EHPAD à l'étude CAP APPA dans le cadre d'une recherche à dimension collaborative et interventionnelle.

Notons que la mise en stage, rémunérée sur les moyens de la formation continue, de ces étudiantes coïncide avec l'arrêt du contrat d'intervention de l'opérateur initial. Elle s'accompagne d'un intérêt nouveau en faveur de l'APA, comme l'indique Bruno, le directeur de l'association :

« un regard attentif de par la valeur ajoutée aussi bien pour les résidents que pour les salariés donc voilà je pense que c'est une fonction qui à totalement sa place dans l'organigramme d'un EHPAD et mon regard envers cette profession est très bienveillante » (Bruno, directeur EHPAD les 3).

Pour autant, toujours selon Bruno, l'APA n'a pas été intégrée aux projets d'établissement des trois EHPAD : *« aujourd'hui on n'a pas mis à jour les projets d'établissement depuis un certain temps clairement il n'y pas eu de mise à jour en 2022 donc non ça n'a pas été intégré »* (Bruno, directeur EHPAD les 3).

Il n'en reste pas moins que l'APA proposée par les EAPA en stage d'alternance semble avoir suscité l'adhésion d'une partie des personnels : *« [...] le sport adapté, fin l'activité physique adaptée, pour moi c'est quelque chose d'hyper important »* (Brigitte, Animatrice EHPAD Le C) :

« pour moi elle est vitale je le dis très sincèrement, elle est vitale je pense que si on pouvait pérenniser ta présence et ton poste (Justine) je signe vraiment, ça serait vraiment chouette si tu pouvais toi ou la fonction quoi venir au moins une fois par mois comme fait l'animatrice ça serait vraiment bien faire un point sur les capacités physiques, travailler davantage avec les kinés et tu vois comme tu m'avais parlé des PPA et d'intégrer les APSA j'ai de suite créé l'encadré donc oui c'est crucial » (Inès, psychologue EHPAD Le V)

Soulignons, cependant, que l'absence d'espace dédié à cette pratique dans les trois établissements impacte la mise en œuvre de l'APA tant pour les séances que pour le

professionnel impliqué. Ainsi, les activités se déroulent dans des salles non adaptées à ce type de pratique, ce qui influe sur la sécurité des participants. Les séances se déroulent dans la salle d'animation, dans la salle de kinésithérapie ou dans un salon, selon l'EHPAD concerné (LC, LV ou ML).

Les formes de pratiques d'APA :

Les propositions d'activités physiques ont varié dans le temps en fonction des intervenants : animatrices ou aides-soignantes, EAPA venant d'associations extérieures et stagiaires en master APA :

« Les aides-soignantes par exemple faisaient marcher 3 fois par jour minimum les résidents, il y avait des groupes, il y avait un atelier rando ils partaient à l'extérieur sur des sentiers il y avait des flashmobs en plein centre-ville, de la zumba [...] on est passé de ça à prévention des chutes par l'animatrice (rires), donc tu peux comprendre que des membres des équipes anciens l'ont bien de travers » (Inès, psychologue EHPAD LV).

Les propositions d'APA ont été davantage formalisées, ces deux dernières années au sein des EHPAD, à partir de projets construits dans le cadre des stages en alternance de Justine et Roxane.

Dans sa version la plus récente, le programme est précédé par une batterie de tests d'évaluation : test d'équilibre du “Short Physical Performance Battery” (SPPB) - test de marche de 6 minutes sur une distance de 4 mètres et sur une durée de 2 minutes puis test “deux minutes sur place” issu du Séniior Fitness Test - le test de flexion de bras issu du Séniior Fitness Test - test du gratté-dos pour évaluer la souplesse des membres supérieurs et le test de souplesse du tronc.

Le programme d'APA prévisionnel, quant à lui, est prévu sur une durée 8 mois (de novembre à juin). Il propose 2 séances d'activité physique (en salle) par semaine et par groupe. Les groupes sont constitués selon les besoins, les capacités, les envies et les spécificités de chacun. Un groupe de marche est créé en plus des groupes de séances en salles. Un travail en collaboration avec les animatrices est réalisé en parallèle du programme, afin d'augmenter les animations créatives mettant en jeu l'activité physique (jardinage, randonnée, bricolage...). La démarche repose sur une approche biopsychosociale et sur la coordination des différents professionnels (infirmiers, aides-soignantes, animatrice, médecin, kinésithérapeute, psychologue...) et non professionnels (familles et aidants). L'insertion dans le dispositif repose aussi sur le projet de vie et de soin de la personne. Ces éléments favorisent ainsi la pérennisation de l'adhésion de la personne au programme d'APA en lien avec le Projet Personnalisé d'Accompagnement proposé à chaque résident par l'équipe pluridisciplinaire.

Les objectifs du programme sont les suivants : - Apprendre et comprendre les postures. Développer les capacités d'attention lors de la réalisation d'une double tâche. - Développer le lien social. - Maintenir et développer (si possible) l'équilibre statique. - Maintenir et développer (si possible) l'équilibre dynamique. - Ralentir la perte musculaire induite par le vieillissement.

Pour autant, l'intégration de l'APA reste très dépendante des moyens disponibles, de la volonté de la direction et du type de professionnel mobilisé sur la pratique. En ce sens la pérennisation des emplois d'EAPA reste suspendue aux investissements consentis et aux moyens obtenus dans ces EHPAD :

« c'est important il faudrait que tu restes voilà qu'il y ait un poste comme celui-ci, après je ne sais pas ce qui est possible mais en tout cas si demain tu n'es plus là ça va manquer les résidents le réclameront ils en ont besoin mais au moins si ça devient un poste pérenne bah je pense que ça faciliterait l'intégration de la pratique parce que là on ne sait pas trop la suite donc c'est vrai que c'est compliqué de s'engager totalement la dedans » (Inès, psychologue EHPAD LV).

II.A-c.2 EHPAD II – situé dans une petite ville (<2000 habitants)

L'EHPAD II comporte 83 lits destinés aux personnes âgées dépendantes en hébergement en chambres individuelles, dont 3 sont réservées pour des séjours temporaires. Il dispose de deux unités d'accompagnement spécifiques : une Unité Alzheimer de 13 places et un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés de 14 places. Il fait partie d'un réseau d'EHPAD porté par une association qui défend « *la dignité et la citoyenneté en œuvrant à la fois pour leur complet épanouissement individuel et leur meilleure inclusion dans la cité en conformité avec les valeurs fondatrices de la laïcité* » (site internet de l'association).

Il est implanté dans une petite ville de moins de 2000 habitants, située dans les Pyrénées, et développe un partenariat avec la mairie, pour favoriser des actions à destination des résidents et des habitants de la commune, par exemple avec « *la réalisation d'un parcours d'équilibre sur un terrain mis à disposition et aménagé par la commune* » (Jérôme, éducateur sportif EHPAD II), destinés aux habitants et résidents.

Proposition d'APA :

Le programme d'APA répond au projet de l'EHPAD et se traduit par la mise en place d'ateliers et de suivis individuels, en fonction des problèmes de santé des résidents, de leurs pathologies, afin de retarder au maximum la perte d'autonomie et de limiter le nombre de chutes. Pour cela, il vise à proposer des pratiques d'AP à l'intérieur de la structure, ou à l'extérieur, dans des foyers pour personnes avec handicap par exemple. La liste des participants aux ateliers d'APA est établie par le médecin ou l'IDEC (Infirmière en chef), mais l'EAPA peut également intervenir en faveur de la participation d'un.e résident.e seul.e, ou proposer une orientation vers la kinésithérapeute, au regard du bilan qu'il réalise.

L'EHPAD a la particularité de proposer parallèlement un projet intitulé : « *Bien vieillir* » visant le maintien de l'autonomie chez les personnes âgées dépendantes (ou non), financé via une réponse à un appel à projet de l'ARS. Ce programme ouvre des ateliers à la demi-journée ou à la journée, pour des personnes habitants à moins de 15 km de la commune, ayant plus de 65 ans et autonomes (ou ayant droit à des aides à domicile).

Ce projet « bien vieillir » repose sur une collaboration entre l'éducateur sportif en APA (nom d'anonymat : Jérôme) et la psychomotricienne, sous l'autorité de la psychologue, responsable du pôle social au sein de l'établissement. Cette dernière est, elle-même, sous la responsabilité de la directrice de l'établissement. Le financement de ce projet par l'ARS permet de couvrir une partie du salaire de l'éducateur sportif de l'EHPAD et de celui d'une animatrice.

Cet éducateur sportif est ainsi embauché dans l'établissement en CDI à 3/4 temps en tant qu'éducateur en APA, en octobre 2022 suite à une annonce parue sur Pole Emploi. Son salaire est versé à 50% par l'ARS et à 50 % par l'établissement. Les actions proposées sont le lancement du projet « *Bien Vieillir* » (50% du temps) et le développement d'un autre programme en interne pour les résidents (50% du temps).

L'Éducateur sportif travaille également en collaboration, en interne, avec le médecin coordinateur, avec les soignants de l'EHPAD et avec l'animatrice. En externe, il collabore avec la kinésithérapeute intervenant sur l'établissement.

L'équipe du projet APA (concernant les 2 publics accueillis) se réunit environ tous les 2 mois pour discuter des projets d'entrée et de sortie des personnes extérieures, des animations, pour faire le point sur les patients, sur les freins et les améliorations à apporter au dispositif.

Des transmissions sur logiciel sont enregistrées pour indiquer les ateliers suivis par les résidents, leur degré de participation, et pour rappeler les consignes à suivre pour chaque patient (nécessité ou pas d'un fauteuil, besoin d'un déambulateur etc..).

La proposition d'APA s'inscrit à la fois dans une dimension occupationnelle (temps de détente) mais également de prise en charge préventive afin de favoriser l'autonomie des résidents. Jérôme suit ainsi les patients en individuel, avant de composer des petits groupes permettant des séances collectives. Les créneaux horaires des séances sont fixés selon les disponibilités des patients et les contraintes de leur emploi du temps au sein de l'institution (toilettes, repas, sieste, visites, etc.,.)

Les activités proposées s'ancrent d'abord dans une « gym douce » et des jeux d'adresse, permettant des adaptations et des pratiques sécuritaires en intérieur. Par ailleurs, des activités de marche sont organisées, notamment les jours du marché afin d'inciter les résidents à se déplacer jusqu'à ce pôle d'activité.

Les activités en intérieur sont réalisées dans la salle de kinésithérapie. Cette salle comprend des barres parallèles, un espalier, 2 vélos ergocycle, des élastiques, et des mobiles en bois pour simuler la marche. De plus, la salle de bibliothèque peut également être utilisée pour les séances de gym douce. Des aides en termes de transport, comme un bus ou une voiture, peuvent également être mises à disposition par l'EHPAD lors des sorties programmées en extérieur.

La pratique de la marche en extérieur est adaptée aux capacités des personnes incluses dans le protocole. Elle est dépendante de l'évaluation initiale réalisée par le médecin. Le score Gir est mobilisé afin de juger des possibilités de participations des résidents.

Des évaluations individuelles portent également sur l'autonomie et sur la marche dès l'arrivée des résidents au sein de l'EHPAD. Ces tests sont effectués dans un premier temps par la psychomotricienne. L'éducateur sportif effectue ensuite des tests complémentaires qui lui permettent de définir la préemption, la force musculaire, la force des épaules, les relevés de chaises, l'amplitude des bras derrière le dos. Toutes les données sont enregistrées et conservées pour d'éventuels contrôles.

L'évaluation de la marche repose sur plusieurs critères comme le temps de marche, la nécessité ou pas d'utiliser des aides techniques, etc. Notons que sur l'ensemble des résidents, seules 3 ou 5 personnes sont en mesure de profiter actuellement de cet atelier marche.

II.A-c.3 EHPAD III – au sein d'une ville moyenne

Le troisième EHPAD étudié est établi dans une ville moyenne, comptant environ 15 000 habitants sur la municipalité et environ 30 000 sur l'agglomération.

Place accordée à l'APA

Le programme en Activité Physique Adaptée mis en place s'inscrit dans la dynamique du projet de vie sociale et du projet d'établissement, ayant comme axe majeur sur l'année 2023 : la prévention des chutes. Lors de la rédaction du projet d'établissement, l'axe de travail centré sur la fragilité associe les propositions d'APA et les interventions concernant la nutrition et la dénutrition. L'établissement porte ainsi le programme et le met directement en lien avec des problématiques propres aux résidents, tout en prenant également en compte les interventions professionnelles déjà existantes.

Le montage du projet se réalise en équipe pluridisciplinaire, permettant d'intégrer les différents professionnels de l'établissement et de bénéficier des compétences de chacun dans la construction du programme. Le médecin coordinateur, la cadre de santé, la kinésithérapeute, les coordinatrices de la vie sociale, constituent une partie des acteurs présents lors des différentes réunions préparatoires. Ces échanges permettent d'offrir des espaces de légitimation du programme APA, en l'intégrant parmi les autres pratiques professionnelles et en faisant appel aux différentes expertises pour répondre aux besoins des résidents.

Pour la directrice adjointe de l'EHPAD 3, Éloïse, ce travail permet de « *présenter à chaque fois les objectifs de l'APA* » afin de « *créer le projet et mettre en œuvre de l'APA sur l'EHPAD* », afin que les professionnels « *se sentent concernés par le projet* ». Notons que dans cette phase de construction du programme, l'établissement ne dispose pas de professionnels de l'APA pérennes, qui ne participent donc pas à son élaboration.

Le financement de l'APA n'est pas initialement fléché et ne correspond pas à des lignes budgétaires attribuées. La directrice adjointe explique ainsi que « *c'est un financement sur les marges que peut s'octroyer l'EHPAD* ». Néanmoins, elle précise que l'APA s'inscrit dans une tentative de pérennisation, notamment sur la base « *d'une fiche action dans le CPOM [contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens] qu'on va signer prochainement avec l'ARS et le conseil départemental* ». Ainsi, un travail de valorisation de l'APA est engagé par l'EHPAD, visant à « *montrer tous les bénéfices* » que l'APA peut « *apporter aux résidents* ». Il s'agit dès lors d'obtenir pour la structure « *un temps animateur APA financé* ». Par ailleurs, concernant le matériel pour l'APA, la directrice adjointe précise que « *sur les installations sportives, [l'EHPAD] bénéficie de dons de plusieurs associations qui ont financé des outils* » ... et des espaces comme le jardin thérapeutique.

L'objectif du programme d'APA consiste à diminuer le nombre de chute, à maintenir l'autonomie et à retarder les conséquences de la mobilité réduite et leurs effets sur l'altération de l'état général des résidents. De façon globale, il s'agit de lutter contre la dépendance et la perte d'autonomie en réaction aux recommandations nationales (Plan national de prévention des chutes, 2022). Les séances d'activité physique sont réalisées les lundis et permettent une régularité dans les activités. Le programme constitue également pour la directrice adjointe « *un temps convivial* » pour les résidents « *tout en travaillant certaines de leurs capacités* » (Éloïse, directrice adjointe EHPAD III).

Les intervenants en APA actuellement sollicités par la structure sont amenés à travailler en équipe pluriprofessionnelle de l'établissement, mais également en collaboration étroite avec

la kinésithérapeute, intervenant au sein de celui-ci. Cette dernière, présentée sous le titre de « *kiné-expert* » par la directrice adjointe, intervient une fois par mois. Durant le temps passé au sein de l'EHPAD, des « *réunions de points entre les différents intervenants sur l'APA* » sont organisées afin de « *réajuster le contenus, les groupes* », en fonction des « *différents bilans qu'elle établit suite à ses interventions* ». L'ensemble des professionnels participe à la rédaction de comptes-rendus partagés permettant ensuite « *d'adapter* » les activités d'APA.

Les résidents de l'EHPAD ont été informés du programme d'APA « *par le biais des comités milieu de vie et des conseils de vie sociale* ». Dans ces instances, les professionnels peuvent présenter leur projet et notamment leurs propositions pour « *développer la prévention des chutes* ». Selon la directrice adjointe, les résident « *ont été réceptifs* » car « *leurs besoins étaient la mobilité, de marcher, de bouger et de maintenir encore leurs capacités qu'ils leur restent* ».

L'adressage des résidents en activité physique s'effectue via « *le médecin qui donne des recommandations en fonction des pathologies des résidents et qui fait une évaluation au moment de l'entrée du résident et qui après réévalue tout au long de leur séjour* ». Le médecin évalue l'autonomie au regard de la grille ADL, de la grille GIR, du test de l'UP AND GO ou de la vitesse de marche ; bien que, comme le rappelle la directrice : « *le fait que la personne soit rentrée en EHPAD, au niveau de l'échelle de la fragilité, elle est déjà au niveau maximum et à la limite de la dépendance* ».

L'objectif est donc de « *travailler le reste des capacités* » dans une démarche de prévention. De plus, la kinésithérapeute effectue également des « *bilans de chute* ». Au regard de ces évaluations, mais également des différentes caractéristiques des résidents telles que leurs capacités physiques et cognitives, ou encore ...« *l'humeur du jour, les contenus établis par la kinésithérapeute* » (Éloïse, directrice adjointe EHPAD III), les interventions en APA sont adaptées :

« *Le public n'est pas homogène, chaque résident à ses propres pathologies et ses propres fragilités donc c'est pour cela que parfois l'activité physique adaptée est aussi individuelle.* » (Éloïse, directrice adjointe EHPAD III)

Pour la suite du programme, la directrice adjointe souhaiterait « *travailler un peu plus sur les contenus, acheter plus de matériel pour l'APA* », mais également proposer de nouvelles activités, comme : « *des sorties en extérieur qui pourraient être intéressantes pour travailler autrement, dans un environnement différent* » (Éloïse, directrice adjointe EHPAD III).

II.A-d. Les dispositifs associatifs du secteur socio-sportif

II.A-d.1 Association d'APA pour la santé – affiliée à la Fédération Française Sport pour Tous

L'association (loi 1901) étudiée ici, que nous nommerons : « Asso AP/âge » (nom d'anonymat), est créée en 2017 par une étudiante de Licence Professionnelle SVAPA, dans le prolongement de son projet de mémoire. Elle est affiliée à la Fédération française Sport pour Tous et s'inscrit dans une dynamique territoriale.

L'objectif de l'association « *est de promouvoir les activités physiques et sportives comme vecteur de santé à tous les âges et dans tous les milieux. Plus généralement, il s'agit de mettre en place des activités adaptées aux besoins du public concerné dans un but de détente, de bien être, de socialisation et de prévention* » (site internet de l'association). Plus spécifiquement, l'association promeut l'activité physique adaptée afin de « *consolider l'autonomie de la personne avançant en âge ou en situation de fragilité* ». Pour cette population, l'association vise plus particulièrement à :

« *promouvoir la pratique d'une activité physique raisonnée, régulière et raisonnable au service de l'autonomie de la personne* », à « *proposer une offre de pratique physique adaptée aux besoins des personnes avancées en âge au plus près de leur territoire de vie* », à « *assurer un continuum de pratique physique adaptée via le numérique, avec un programme spécifique de visioconférence* », et à « *lutter contre l'inactivité physique des seniors et des seniors les plus fragiles* » (Anne-Marie, nom d'anonymat, enseignante en APA Asso APO/âge).

L'association s'implante ainsi sur le territoire en occupant progressivement un créneau à l'interface entre la prise en charge médicale, institutionnelle et de l'AP de loisirs dans les clubs sportifs traditionnels et en cherchant à proposer une démarche singulière répondant à un besoin politique et social non satisfait. Sa démarche s'inscrit en adéquation avec les recommandations sanitaires, les préconisations institutionnelles, les besoins spécifiques des participants et une offre de services qui n'existe pas jusqu'à présent sur le territoire.

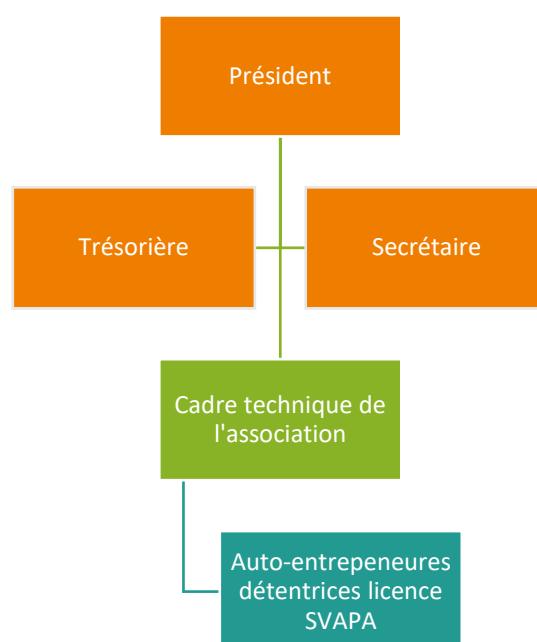


Figure : Organigramme de l'association

L'association est constituée de trois membres du bureau (président, trésorière et secrétaire) et d'une salariée, cadre technique et enseignante en APA, Anne-Marie (nom d'anonymat). Celle-ci gère les différentes interventions en APA et l'activité des auto-entrepreneurs sollicités. Ce sont des personnes venant d'horizons professionnels différents (psychomotricienne, éducatrice sportive, infirmière) mais toutes sont détentrices d'une licence professionnelle SVAPA. Ce critère est important pour l'association - elle-même créée par une ancienne étudiante de cette licence - et qui valorise la formation pour attester des compétences des intervenantes.

L'association collabore avec de nombreux acteurs du territoire. Elle crée et entretient des contacts divers et variés avec de nombreux acteurs sur le département, au carrefour du sport, de la santé et du social. Ces différents partenaires lui permettent d'accéder d'une part à des financements, notamment grâce au conseil départemental qui est le principal financeur, par le biais de la conférence des financeurs pour la prévention de la perte de l'autonomie (CFPPA). Les partenariats avec les mairies permettent notamment la mise à disposition de matériel et de lieux pour la pratique physique.

D'autres partenariats, comme ceux impliquant les cliniques, notamment avec les pôles de SMR ou les maisons sport-santé (MSS), permettent d'orienter de nouveaux pratiquants vers l'association. Dans le cadre des MSS, cette collaboration permet de poursuivre les objectifs de ce type de structure puisqu'elles n'ont « *pas vocation à garder les personnes, les pratiquants, mais à les orienter et à suivre leur parcours pendant deux ans* » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge) :

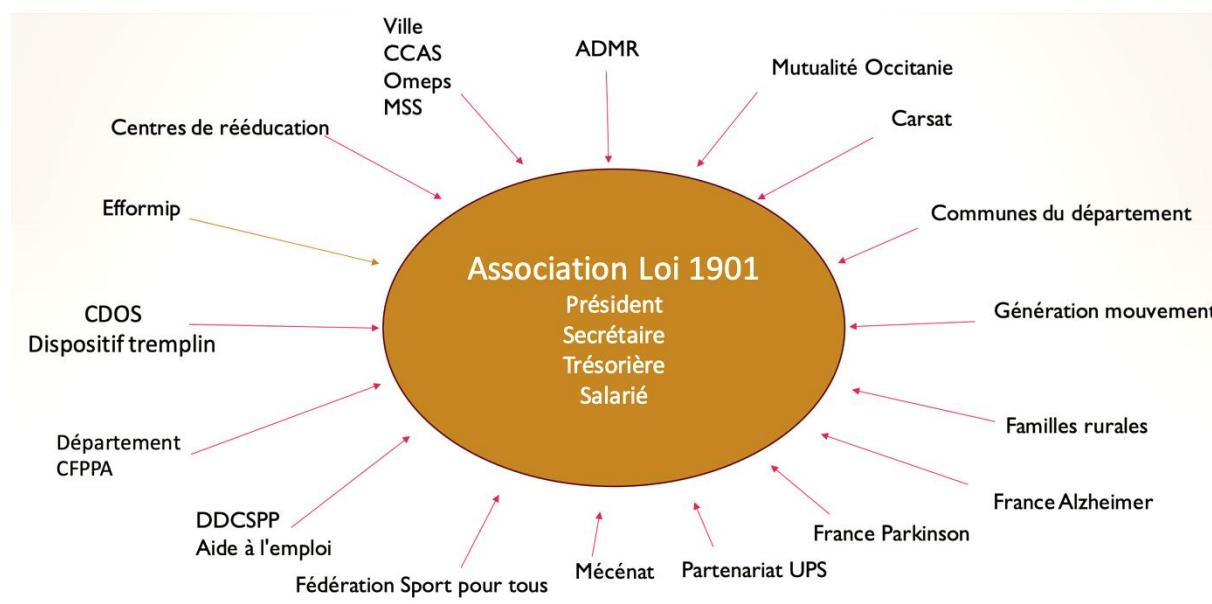


Figure : Les partenaires de l'Association

Proposition d'APA :

Les programmes d'APA proposés sont construits par les intervenants « *dans le respect des conseils et recommandations de votre médecin* » (site internet de l'association), sur des durées variables (activités ponctuelles, trimestrielles, annuelles), dans des lieux « *au plus près* » des zones d'habitation des participants.

L'association s'implique selon trois grands domaines d'intervention : sensibilisation, découverte et pérennisation. De ces trois domaines découlent des programmes « *adaptés aux capacités* » des participants, incluant : « *des mouvements d'échauffement, d'étirement, de renforcement, d'assouplissement, de relâchements spécifiques qui génèrent du bien-être* » mais permettant également « *une prise de conscience de sa posture, un apprentissage de la respiration abdominale, un renforcement des muscles profonds* » (site internet de l'association). Ces domaines ont néanmoins des objectifs sensiblement différents.

La sensibilisation vise « *à donner envie de pratiquer* » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge). Cela a constitué le domaine majeur des débuts de l'association, puisqu'il lui a permis de se faire connaître et de constituer un réseau, à la fois de partenaires mais surtout de pratiquants. Les activités de sensibilisation comprennent la promotion des activités physiques auprès de ce public et des partenaires par la participation à des évènements (salons, conférences, manifestations fédérales etc.).

La découverte est le deuxième domaine d'action de l'association et vise à permettre à chaque participant d'être « *acteur de sa pratique* » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge). Ce pôle d'activité se compose de courts programmes de 4 à 6 semaines, permettant aux participants, suite à une évaluation initiale, de découvrir des activités physiques. Cette « *initiation à l'activité physique adaptée* » vise à convaincre les participants de l'intérêt de ces propositions afin qu'ils s'engagent ensuite dans « *un programme plus pérenne* » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge). Ces programmes découvertes sont régulièrement proposés à la demande de partenaires institutionnels, comme le CDOS ou les caisses de retraite, dans une dynamique de promotion de la santé. Ces programmes courts permettent également de tester de nouvelles propositions, telles que le projet d'activité physique par visioconférence. Ce « *prototype* » a par exemple été testé gratuitement pendant deux ans, avant qu'il ne soit institutionnalisé et financé par les participants. Ainsi, l'ensemble des programmes de l'association passent par ce « *compartiment découverte* ».

Enfin, le dernier domaine est celui de la pérennisation, destiné aux personnes installées dans une pratique régulière. Il constitue le pôle majeur de l'association, avec environ 300 pratiquants par semaine, répartis sur une vingtaine de programmes.

L'association bénéficie d'un public fidélisé qui revient depuis plusieurs années, mais également de nouveaux pratiquants :

« *Il y a des nouveaux, c'est-à-dire qu'on pérennise, non seulement on pérennise, on repart sur le territoire. Il y a forcément des gens qui arrêtent pour des raisons de santé ou personnelles. Mais on intègre chaque fois de nouveaux, puisqu'on est en hausse d'effectifs* » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge).

L'évaluation des publics faite par l'association recouvre d'abord des indicateurs de fragilité selon les critères de Fried, puis des tests de capacités physiques : équilibre unipodal, SPPB, time up and go, EFES1, échelle de Borg pour l'intensité à l'effort, talking and walking. Par ailleurs, une attention particulière est portée au risque de chute au travers d'un questionnaire.

Les séances proposées sont collectives, menées en grande partie par l'auto-entrepreneure EAPA et dispensées dans des installations mises à disposition par les mairies. Les EAPA mobilisés proposent au cœur des séances des adaptations au regard des capacités des patients :

« On va mettre par exemple trois niveaux de difficulté par exercice : j'écarte une jambe, je fais glisser, je tiens sur la pointe, je peux aussi me tenir sur la chaise, ensuite, je lâche la cuisse de la chaise, je garde la cuisse au sol, et je décolle le sol, quasiment, pour aussi me tenir » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge).

Les programmes dispensés à l'année visent une certaine progressivité. Ils sont ainsi divisés en trois trimestres. Le premier cherche à permettre à la personne de prendre confiance en ses capacités (repérer, reconnaître, ressentir ses capacités). Le deuxième permet d'augmenter le niveau de complexité mais également les interactions (matériel et/ou partenaire). Enfin, le troisième s'ancre dans la dynamique d'échange et favorise l'aspect ludique de la pratique. Le plaisir pris dans la pratique doit faciliter la consolidation des acquisitions réalisées durant l'année.



Figure : Photographie d'une séance proposée par l'association (site internet)

II.A-d.2 – Comité Départemental de la Fédération Française Sports pour Tous

Le Comité Départemental étudié dépend de la Fédération Française Sports pour Tous (FFSPT), qui est une fédération multisport, prônant « *l'accessibilité aux activités physiques pour tous* » (site internet du CD FFSPT).

En 2023, le CD affiche 25 associations affiliées sur le territoire départemental, dont « *8 associations chartées Sport-Santé-Bien-Etre, 12 associations d'arts énergétiques (taï chi, qi gong), 2 associations multi-sports (sports innovants, pétanque, rugbyflag, etc.), des associations d'activités gymniques d'expressions et d'entretien (Zumba, pilates, danse orientale, pôle danse, ect.), des associations d'activité d'extérieur comme le Parkour, marche nordique ou le roller* » (site internet du CD FFSPT).

Notons que la charte Sport-santé-Bien-être est créée par la Fédération Française Sports pour Tous afin « *d'identifier les clubs adhérents comme experts dans l'accueil des publics sédentaires ou présentant des pathologies* » (site internet du CD FFSPT). Il s'agit, au travers d'un ensemble de critères à remplir pour les clubs, de pouvoir garantir une proposition d'AP adaptée aux besoins et capacités des personnes. Ces critères portent sur la qualification des animateurs de séance, sur l'adaptabilité des séances, ou encore sur l'inclusion sociale.



Figure : Critères de la charte club Sports Santé Bien-être (site internet de la fédération)

Le CD FFSPT s'ancre en effet dans des actions à visée plus sociale, en promouvant la pratique d'AP au travers « *d'actions Sports-Santé-Social dans les Quartiers prioritaires et les Zones Rurales pour des publics fragiles* », poursuivant divers objectifs comme « *lutter contre la sédentarité, développer le lien social, maintenir l'autonomie des aînés* » (site internet du CD).

Pour cela, de nombreux partenariats sont mis en œuvre afin de pouvoir proposer des AP (sport-santé et/ou APA) sur l'ensemble du territoire départemental. Ces collaborations s'effectuent notamment avec les mairies, le CDOS, des centres culturels, etc. Le CD est une « tête de réseau » pour les associations partenaires. Il permet de proposer une meilleure visibilité à ces associations et celles-ci ouvrent des cours à un prix accessible pour le plus grand nombre.

Par exemple, les séances de gyrokinésis proposées par Marion (nom d'anonymat), assistante technique département au CD, sont ouvertes au tarif de 230 euros par an avec des tarifs fixés à 11 euros pour les personnes en difficultés financières. Ces cours permettent de faciliter l'inscription de nouveaux licenciés mais également de favoriser la fidélité des adhérents.

Les propositions d'AP du CD s'organisent autour de plusieurs pôles (site internet du CD FFSPT) :

- Le premier pôle s'intitule « activités gymniques d'entretien et d'expression ». Ces activités sont considérées par le CD comme « *très accessibles, capables de s'adapter au niveau de chacun et très diversifiées* » et donc « *comme la porte d'entrée vers toutes les pratiques de la Fédération* » (site internet du CD FFSPT). Ce pôle intègre trois « techniques », soit trois catégories d'activités : le cardio « *cours chorégraphiés* », « *endurance et coordination (LIA, STEP, Marche Nordique, etc.)* » ; le renforcement musculaire « *préparation physique* » pour améliorer « *la vie quotidienne de chacun* » ; les techniques douces « *privilégiant souplesse et récupération* » et favorisant « *la conscience corporelle (Stretching, Arts énergétiques, Expression corporelle, etc.)* »
- Le deuxième pôle s'articule autour des activités physiques et sportives de pleine nature (APPN) considérées comme « *complémentaires aux pratiques en salle* ». Le CD prône ainsi que « *la découverte de soi passe aussi par celle de la nature* » et propose des activités de randonnées et d'orientation (à pied, ou à vélo ou roller), mais également des activités « *en environnement spécifique (escalade, canoé...)* ».
- Le troisième pôle concerne les « jeux sportifs et jeux d'opposition ». Ces activités sont présentes depuis la création de la fédération par l'ancrage des associations sportives adhérentes dans ces pratiques. Ces jeux « *regroupent des activités telles que les jeux de raquettes, les activités d'oppositions et arts martiaux ou encore les sports collectifs* ».
- La fédération propose également des activités plus innovantes, comme par exemple le Speedball, l'Indiaca, le Flag rugby ou l'Ultimate.

Selon le CD FFSPT : « *de par le jeu et la confrontation, ces activités sont particulièrement éducatives et sociales* » (site internet du CD FFSPT).

Certains projets d'AP/sport-santé/APA sont portés par le CD de la Fédération. Marion, assistante technique département au CD, coordonne ainsi un projet pour le public senior visant à proposer 27 h de cours d'APA sur l'équivalent d'une année scolaire (de novembre à juin) dans les communes de chaque association partenaire.

Des financements sont ainsi sollicités auprès de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, ainsi qu'un cofinancement auprès de la FDVA (fonds pour le développement de la vie associative) et du PSF (Parcours Sportif Fédéral). Ces financements permettent notamment de travailler sur la communication via la création d'affiches, la circulation de l'information autour des associations, afin de recruter des clubs potentiellement intéressés. Le financement d'environ 7000 € permet de mettre en œuvre ce programme et ainsi de recruter 100 nouveaux licenciés au sein de la Fédération.

II.A-d.3 Maison Sport-Santé – UFOLEP

L’UFOLEP (Union Française des Œuvres Laïques d’Éducation Physique) est créée en 1928 au sein de la Ligue de l’enseignement (mouvement d’éducation populaire). Il s’agit de la première fédération sportive multisports affinitaire de France. L’UFOLEP garde un héritage politique fort et « *s’inscrit dans les fondamentaux politiques et idéologiques de la Ligue de l’enseignement pour contribuer à une meilleure prise en compte des enjeux et problématiques de société* » (site internet UFOLEP). Ainsi, l’UFOLEP au niveau national revendique plusieurs objectifs : « *la diffusion des savoirs, de l’expertise, concernant les problématiques et les thématiques de société telles que : citoyenneté en actes, défense du principe de laïcité, lutte contre les discriminations, lutte contre le racisme, promotion de l’égalité Hommes Femmes, promotion de la parité entre les genres, lutte contre l’homophobie...* » (site internet UFOLEP).

L’UFOLEP développe ses Maisons Sport-Santé sur les territoires, en proposant notamment un dispositif associé sous la forme des M3S : Maison Sport-Santé-Société, consistant en « *des espaces de prise en charge et d’orientation des personnes à la recherche d’une activité sportive adaptée* » (site internet UFOLEP).

De façon générale, l’UFOLEP est particulièrement investi dans les missions de sport-santé, et considère que « *la dimension sanitaire de l’activité physique et sportive, valorisée tant dans ses aspects physiques que psychiques, constitue ainsi l’un des piliers de son action* » (site internet CD de l’UFOLEP). Elle propose notamment un système de labellisation des clubs, le « label santé », mais également des outils pour favoriser la mise en place de ces activités de sport-santé au sein des associations sportives, comme le passeport « bien-être actif » et la mallette « sport-santé ».

Le comité départemental UFOLEP étudié est investi depuis 2018 dans la création des M3S, et propose notamment plusieurs programmes d’AP, sur trois temporalités différentes (3 mois, 6 mois et 1 an), afin de travailler à la fois des logiques sportives et sociales.

Lorsque les MSS ont été structurées et promues par l’État, l’UFOLEP a souhaité s’engager dans ces nouveaux dispositifs. Le CD s’investit alors dans la création d’une de ces structures « Maison Sport-Santé » sur le territoire étudié. Alix (nom d’anonymat), délégué départemental du CD UFOLEP explique :

« *A la suite de ça, sont arrivées les maisons sport santé. Et donc, étant donné qu'on avait déjà réfléchi à faire une M3S, on s'est dit pourquoi pas faire une M2S avec les 2 ministères : le Ministère des Sports et le Ministère de la Santé. Donc sur la partie technique ça s'est passé comme ça après on était une des premières en France à se créer.* » (Alix, Délégué départemental MSS UFOLEP).

Ce comité départemental situé en territoire plutôt rural s’inscrit donc très tôt dans le projet d’ouverture d’une Maison sport-santé (MSS). Cette dernière est installée au sein d’une petite ville d’environ 3 000 habitants, située à proximité d’une ville moyenne d’environ 15 000 habitants. La MSS constitue l’aboutissement d’un partenariat entre le comité départemental de l’UFOLEP et un cabinet médical local composé d’un médecin et d’une infirmière Asalée (Action de Santé Libérale en Équipe).

Le projet naît de la volonté exprimée par l’UFOLEP et d’une rencontre avec plusieurs acteurs sur le territoire, notamment le responsable sport-santé de la SDJES (Service Départemental à la Jeunesse, à l’Engagement et aux Sports) et l’infirmière Asalée du cabinet médical. Dans ce cadre, comme le précise Alix, délégué départemental du CD UFOLEP : « *en*

définitive on s'est mis autour de la table pour faire de l'activité physique pour les patients du cabinet médical et moi j'ai pris le rôle de coordonnateur de l'ensemble du projet et surtout le chercheur au niveau des financements ».

Un autre acteur important du projet est Pierre, EAPA au sein du GESCO (Groupement d'Employeurs des Sports Collectifs) qui participe à l'élaboration du programme d'APA au sein de la MSS. Son implication advient dans un second temps, après le travail sur la construction de la MSS en elle-même.

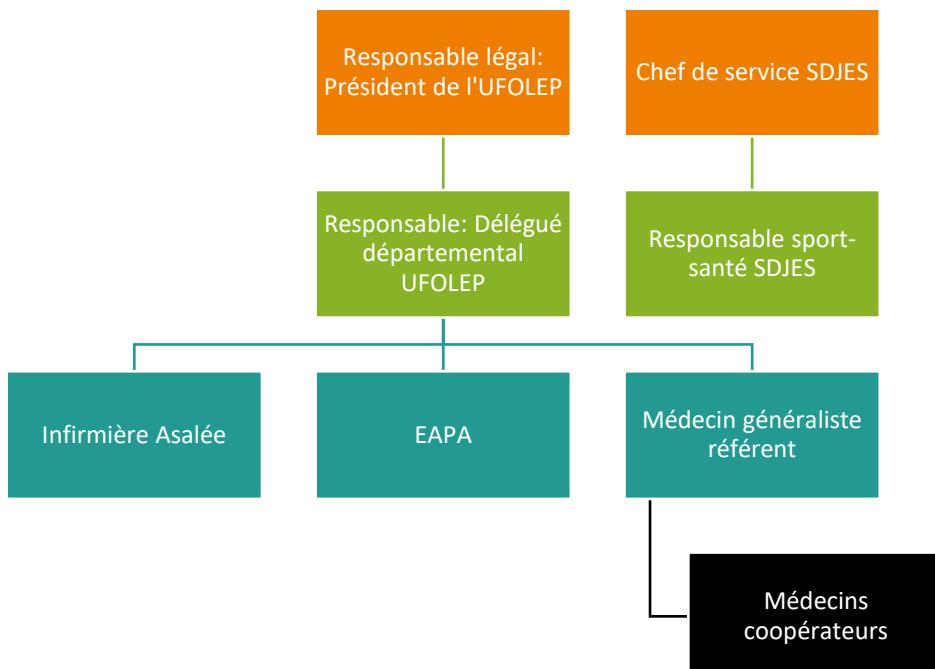


Figure : Organigramme de la MSS – CD UFOLEP

Pour Alix, délégué départemental du CD UFOLEP, le projet de MSS vise à « favoriser l'amélioration de l'hygiène de vie des personnes atteintes de pathologie chronique ou au niveau d'autonomie limitée, des personnes aussi quand des difficultés économiques » sans restriction en termes d'âge ou de territoire d'action. A terme, Alix envisage que ce système permette « de limiter la prise de médicament et le nombre de rencontre médecin-patient ».

Interviewé dans un journal local, Alix explique qu'il s'agit « d'un dispositif d'accompagnement à l'activité physique pour les personnes les plus éloignées de la pratique et les patients pour lesquels la pratique d'activité physique adaptée est prescrite par le médecin. En fait, elle permet l'accès à une activité physique et sportive au quotidien à tous les moments de la vie » (extrait presse).

Le financement du projet est réalisé par l'ARS la première année. Puis la deuxième année, les acteurs se tournent vers la CFPPA (Conférence des Financeurs de la Prévention et de la Perte d'Autonomie). L'année suivante, l'ARS finance à nouveau le projet. Ces recherches de financement constituent le socle du projet et l'essentiel du travail réalisé par Alix. Il explique : « c'est mon job d'aller chercher des financeurs les plus importants possibles pour mettre en place un maximum d'actions le comité départemental dépense aussi de l'argent dans ce projet-là ». La mairie supporte aussi le projet par la mise à disposition d'infrastructures sportives à titre gracieux.

Proposition d'APA :

L'objectif de la proposition d'APA au sein de la MSS consiste en « *l'amélioration des conditions physiques [des patients du cabinet médical] en essayant d'atténuer un peu les problèmes liés à leur maladie* » au travers « *d'un accès gratuit à une activité physique adaptée régulière et sécurisée* » (Pierre, EAPA MSS UFOLEP). Les médecins du cabinet médical adressent ainsi des patients en vue de les inclure dans les programmes d'APA, avec l'aide de l'infirmière Asalée qui réalise les premiers entretiens motivationnels. Pour Pierre, le rôle des médecins consiste en « *un repérage des patients* » puis il implique de les enrôler ... « *essayer de leur en parler et peut être de les convaincre* » afin qu'ils participent au programme.

La difficulté à disposer de ce type de médecins proactifs en matière de prescription et d'orientation des patients vers le programme est souligné par Pierre. Notons que tous les 6 mois, un nouveau contingent de patients entame le programme d'APA.

Pierre (EAPA MSS UFOLEP), construit ses propositions d'APA à partir « *du programme à mon rythme de l'UFOLEP* » puisque « *l'UFOLEP avait déjà son programme dans les maisons, les M3S* » au sein duquel « *un travail était fait sur des rubans pédagogiques, sur quel type d'activité physique proposer en fonction de différentes pathologies* ».

Le principe retenu par Pierre, pour un public qui est encore « *autonome* », consiste à proposer des APA variées, en mobilisant différents supports, afin d'utiliser « *ce que les différentes activités physiques ont de bon pour travailler sur différents aspects de la condition physique mais aussi sur des aspects plus liés à du cognitif, du psychique et du social* ».

L'évaluation des personnes bénéficiaires des programmes est réalisée selon 3 temps du programme : à l'entrée, à mi-parcours et à la fin du parcours. Elle permet de tester 5 aspects : les capacités cardiorespiratoires (test de 6 minutes de marche), la force musculaire (test de préhension et lever de chaise), la souplesse (test de flexion), l'équilibre (équilibre unipodal), la mobilité générale (Get up and go). La fragilité n'est plus évaluée par l'EAPA qui considère que le test apporte peu d'éléments supplémentaires sur les capacités des patients et permet peu d'orienter les propositions d'APA.

Les propositions d'APA se déroulent dans des salles mises à disposition par la mairie. Pierre mobilise du petit matériel (plat, pastilles, bâtons de marche, enceintes pour la musique). Il s'inspire de différentes activités physique (danse, pilate, street racket, basket, foot) mais également d'activités d'entretien (ateliers mémoire, jeux réflexifs, etc.).

Pierre se fonde également sur les recommandations de la HAS et des publications scientifiques concernant les modalités d'APA (aérobic, renforcement musculaire, souplesse), à mettre en œuvre au regard des pathologies, bien qu'il précise ne pas pouvoir adapter précisément ses contenus à chaque pathologie au vu de l'hétérogénéité des groupes accueillis. Il insiste alors sur les autres aspects travaillés par l'APA :

« *Certes on n'est peut-être pas aussi pointu sur du physiologique et des aspects liés vraiment à la santé en relation avec les pathologies, mais ça a quand même des vertus au niveau affectif et social et je crois qu'il y a beaucoup de patients ils viennent chercher surtout ça* » (Pierre, EAPA MSS UFOLEP).

Les créneaux étant proposés en journée, la majeure partie des patients participant sont des personnes âgées. Ils sont considérés comme étant « *au cœur du protocole* » puisqu'ils rentrent « *dans un parcours personnalisé de santé, de soins* », allant du « *dépistage du problème*

et jusqu'à l'arrivée avec l'inclusion dans le mouvement associatif après le passage dans la maison de sport santé » (Alix, délégué départemental CD UFOLEP).

La MSS propose aux patients de réaliser deux séances par semaine, sur des créneaux disponibles le lundi à 10h et 14h et le vendredi à 10h30 et 14h. Les patients peuvent se positionner sur ces créneaux. Ils participant également à l'évolution des ateliers, puisque Pierre propose des questionnaires de satisfaction concernant les APA proposées qui lui permettent d'adapter les contenus proposés.

II.A-d.4 Maison Sport Santé – CDOS

Le dispositif présenté ici est une Maison Sport-Santé reconnue depuis 2021, dépendant du Comité Départemental Olympique et Sportif (CDOS).

Constitué en association loi 1901 et né en 1986, le CDOS représente le Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF) à l'échelle départementale. Pour le CDOS, la MSS constitue un « *dispositif d'accompagnement à l'activité physique pour les personnes les plus éloignées de la pratique et les patients pour lesquels la pratique d'activité physique adaptée est prescrite par le médecin* » (site internet du CDOS).

« *Afin d'éviter d'entrer dans une spirale du déconditionnement préjudiciable et qui conduit à des problèmes de santé, il est primordial de permettre une réconciliation avec l'activité physique dans un objectif de santé, de plaisir et de bien-être, et d'améliorer ses capacités physiques tout en maintenant du lien social.* » (site internet du CDOS)

La MSS reçoit une habilitation depuis 2024, à partir d'objectifs qui s'inscrivent dans la continuité des précédentes missions du CDOS en matière de prévention santé par le sport. Le CDOS vise à développer le sport-santé sur le territoire, notamment sur les territoires ruraux et ceux non pourvus d'une MSS locale. Il propose ainsi d'accompagner les propositions faites dans ce domaine, qu'elles soient portés par des clubs, des associations ou des collectivités.

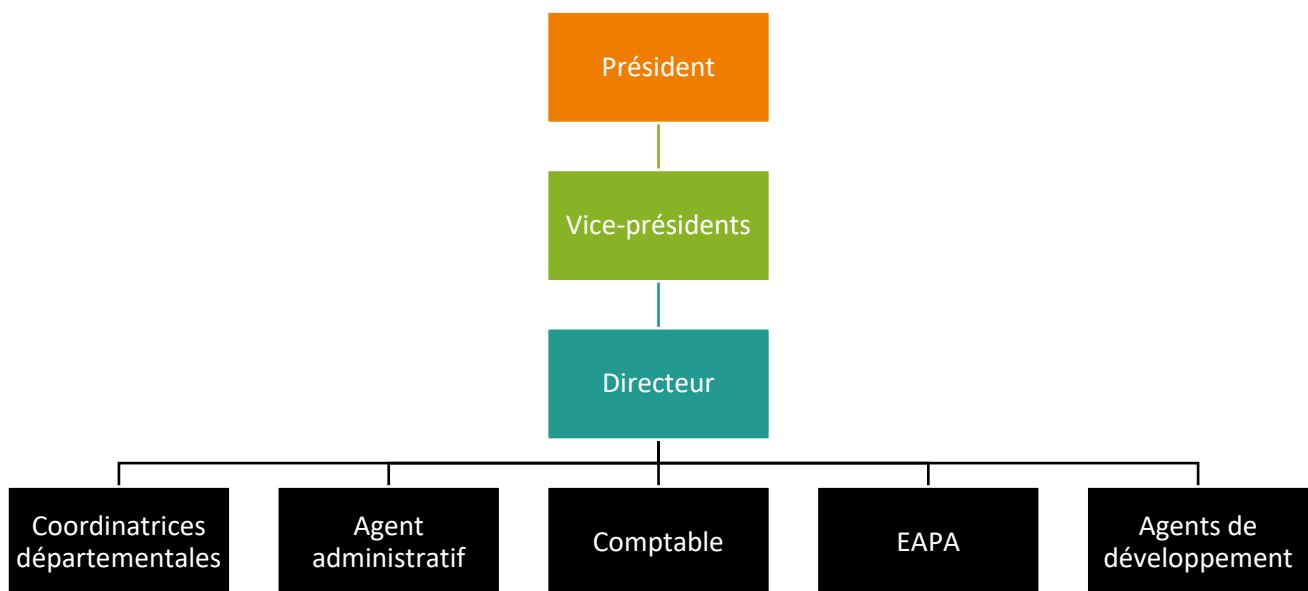


Figure : Organigramme du CDOS

La MSS étudiée s'adresse principalement aux patients et aux personnes éloignées de la pratique, mais également « *à toutes les personnes qui le souhaitent d'être prise en charge et accompagnées par des professionnels de la santé et du sport* » (site internet du CDOS). L'objectif consiste en « *proposer un parcours sport-santé personnalisé et adapté à leurs besoins afin de leur permettre de s'inscrire dans une pratique d'activité physique et sportive durable* » en dehors du dispositif (site internet du CDOS).

Le programme sport-santé développé par le CDOS a été initié dès 2014, en lien avec la CPAM, l'ARS et la DJES. Comme la plupart des MSS, le public visé concerne majoritairement de personnes de 60 ans et plus.

Lucie (nom d'anonymat), coordinatrice départementale sport-santé, proposait ainsi, il y a quelques années, des séances d'APA axées sur l'ETP mais elle explique à propos des personnes accueillies « *qu'on leur disait de bouger mais on ne proposait pas quelque chose d'adapté* ». La création du programme d'APA de la MSS permet désormais, selon elle, de répondre à ce besoin.

De nombreuses actions sont développées, notamment à des fins de sensibilisation auprès d'associations d'insertion sociale, comme les Restos du cœur, de façon à proposer le programme aux publics vulnérables. Les actions sont financées par la CFPPA (Confédération des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie) et le travail du CDOS s'intègre moins dans ces dimensions de sensibilisation que dans la pérennisation du dispositif d'encouragement/accompagnement de la pratique.

Le dispositif bénéficie de l'ouverture de la loi sur la prescription d'activité physique (2016). En effet, comme l'explique Lucie :

« *depuis qu'il y a la loi sur la prescription de l'activité physique ouverte à d'autres publics que les ALD, [le dispositif bénéficie] d'un boost assez énorme* », notamment « *parce que l'on est inscrit sur le territoire et que l'on connaît le réseau des prescripteurs* » et ainsi que le « *dispositif est reconnu* ».

La promotion de l'activité physique adaptée ou « sport-santé », vise à « *remettre en mouvement des personnes qui ont des limitations modérées et minimes* » afin qu'elles puissent « *ensuite accéder à l'activité physique dans l'offre du mouvement sportif* » (entretien Lucie, coordinatrice départementale sport-santé). Pour Lucie, ce dispositif dépasse questions de santé « *cette action sert finalement à mon institution, à ma structure parce que derrière on augmente le nombre de licenciés, de pratiquants, plus de personnes qui atteignent les recommandations en termes d'activités physiques* » (Lucie, coordinatrice départementale sport-santé MSS CDOS).

Le programme spécifique proposé par la MSS du CDOS se déploie sur l'ensemble du département. Il concerne sept villes, en collaboration avec des MSS locales. D'une durée de trois mois, le programme d'APA se veut court afin de remettre les personnes en activité puis de les orienter vers des clubs proposant notamment des programmes de sport-santé.

Le parcours classique consiste en un échange téléphonique, permettant à la personne de prendre un rendez-vous individuel. Le bilan permet ensuite de réaliser l'évaluation. En termes d'évaluation, la MSS du CDOS propose un protocole d'évaluation reposant sur la réalisation d'une batterie de tests, dont les résultats sont enregistrés sur la plateforme en ligne : test d'équilibre statique, le Time up and go, le test de force pour les membres supérieurs, un test de souplesse, un test de marche (6 minutes de marche), un questionnaire d'activités physiques, un questionnaire de perception de la santé (test Garnier) et un entretien motivationnel.

L'orientation des personnes âgées est également facilitée par un travail de lien du CDOS avec des acteurs spécialisés du territoire, notamment avec les services de gériatrie, les ergothérapeutes et kinésithérapeutes, qui adressent de nombreux patients avançant en âge à la MSS. Concernant les plus de 75 ans, Lucie, coordinatrice départementale sport-santé, précise

qu'elles ne participent le plus souvent qu'à un seul atelier par semaine. Des ateliers travaillant sur la mémoire sont prévus dans l'offre proposée.

Le dispositif développé consiste ainsi à proposer une activité physique adaptée durant 6 à 12 semaines, durant lesquelles 1 ou 2 séance(s) sont proposées selon les territoires. En complément, des séances à thèmes sont également mises en œuvre ainsi que des séances « découverte » impliquant des associations locales. Pour Lucie, il s'agit également d'éviter « *que les gens ne s'attachent trop à nous (la MSS du CDOS), avec l'idée que derrière ils poursuivent autre part* ». Les activités proposées visent le renforcement musculaire, la souplesse, l'équilibre (notamment pour les personnes âgées) tout en privilégiant les activités d'endurance.

Concernant l'organisation prévue, les activités se réalisent dans des installations sportives mises à disposition gratuitement par les mairies, ou au sein des salles des MJC et des centres sociaux. Du point de vue des ressources matérielles, deux véhicules ont été financés sur le projet pour les intervenants, ainsi que des tablettes numériques permettant de réaliser les bilans des participants.

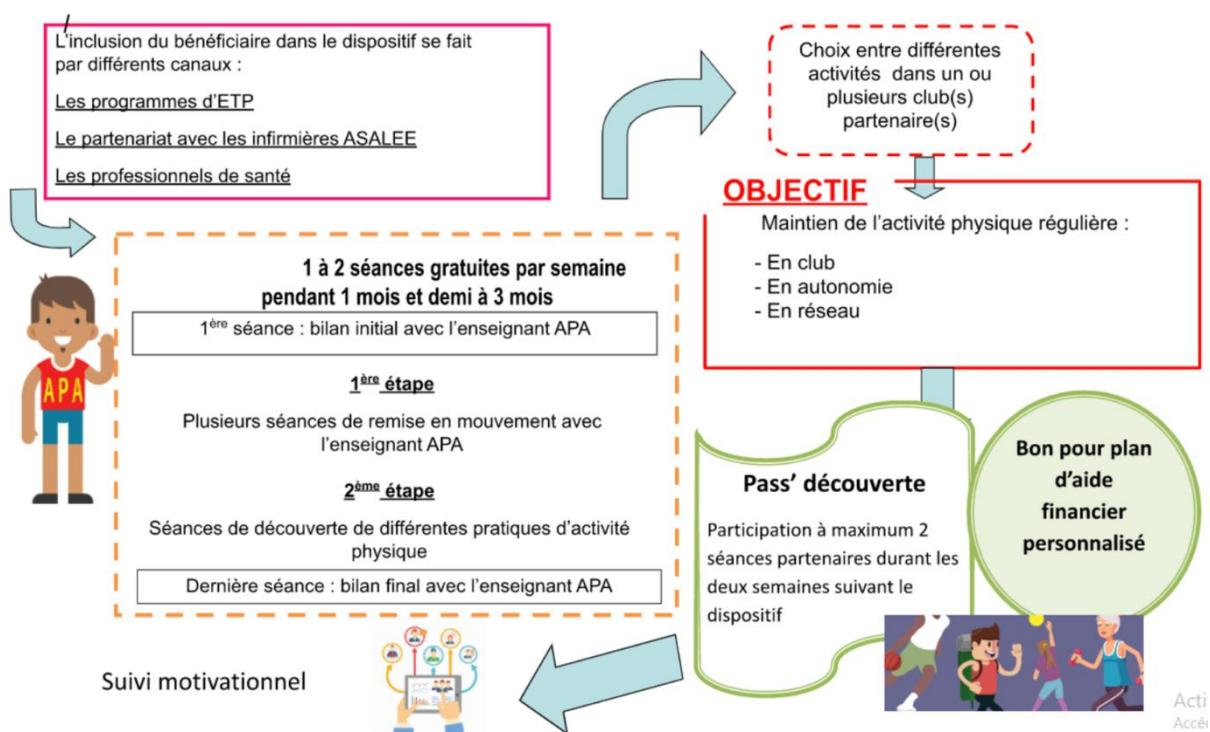


Figure : Dispositif d'APA proposé par le CDOS

II.A-d.5 Maison partagée associative pour personnes en situation de handicap ou âgées

La maison partagée consiste en un lieu d'accueil et de vie, comprenant douze chambres, adaptée aux personnes à mobilité réduite et visant à promouvoir l'habitat partagée pour les personnes majeures en situation de handicap ou les personnes âgées. Elle repose sur une association loi 1901, créée en 2017, et se base sur le projet d'une infirmière de créer une maison de vie et d'accompagnement par des professionnels de santé.

Notons que cette association « *adhère à la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (la SFAP) et participe activement au développement de la culture du prendre soin et de l'accompagnement des personnes vulnérables* » (site internet).

L'association repose sur un modèle classique d'organigramme associatif, avec un conseil d'administration et un bureau. Ce dernier est composé d'une présidente, d'un vice-président, d'une trésorière, d'une trésorière adjointe, d'une secrétaire et d'une secrétaire adjointe.

Deux maisons sont ainsi créées et proposent des ateliers d'activité physique à raison d'une fois par semaine, financés par la CFPPA (Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie). Le programme d'APA prévu dans ce cadre associatif, s'intègre à un travail global sur la fragilité, en lien avec le CHU de la région.

L'accompagnement médical s'effectue en partenariat avec des soignants du territoire. Une infirmière est en poste dans la structure, mais d'autres interviennent également de l'extérieur. Virginie (nom d'anonymat), infirmière Asalée et éducatrice sportive, effectue par exemple des visites au sein des 2 maisons pour surveiller la prise des traitements ou orienter les patients vers des professionnels adaptés. Elle effectue également un repérage des personnes qui seraient en situation de fragilité dans un environnement proche et qui pourraient bénéficier d'une participation au programme d'activité physique.

Proposition d'APA :

Virginie, dans son double statut d'infirmière et d'éducatrice sportive, est à l'initiative des ateliers d'activité physique adaptée qu'elle réalise, dans le cadre de la maison partagée, en binôme avec une enseignante en APA.

La participation aux ateliers se fait sur la base du volontariat après propositions aux résidents. Une participation financière symbolique d'1 euro par atelier est demandée. Un seul groupe de 13 participants est constitué. Il est indiqué comme étant « *très hétérogène* » (Virginie, infirmière Asalée, éducatrice sportive – maison partagée), que ce soit en lien avec des troubles cognitifs ou avec des difficultés de mobilité. Des adaptations sont donc proposées pendant les séances.

Notons que Virginie souhaiterait pouvoir proposer deux créneaux d'activité physique afin de pouvoir avoir des niveaux plus homogènes et mieux adapter les propositions.

« *Des gens qui sont très fragiles, des gens beaucoup moins et c'est vrai qu'on essaye de se dédoubler toutes les 2, de faire travailler les uns et les autres différemment mais c'est quand même assez compliqué et on aimeraient faire 2h mais il faudrait avoir les financements* » (Virginie, Infirmière Asalée maison partagée)

Une évaluation individuelle des participant.e.s est réalisée à trois temps du programme, au début des séances, de façon intermédiaire (5 à 6 mois après le démarrage) et en fin d'année.

L'EAPA effectue ces évaluations, en utilisant notamment : un test de préhension, un test d'équilibre unipodal, un test de souplesse (flexion avant), un test de lever de chaise et un test de vitesse de marche.

Les activités physiques proposées sont variées, mais les séances s'organisent généralement autour de plusieurs temps. Un temps d'échauffement, « *de préparation ostéo-articulaire* », puis du renforcement musculaire et du travail « *cardio* ».

En parallèle, « un travail sur la compréhension des consignes, la mémorisation, la coordination », est prévu ainsi qu'un « *retour au calme avec un petit peu d'étirements, de la relaxation des petits exercices de chi gong, de cohérence cardiaque* » (Virginie, infirmière Asalée, maison partagée). A la fin des séances, les participants sont sollicités pour exprimer leur ressenti et leur avis sur les exercices.

Les effets du dispositif sur les participants sont indiqués comme positifs selon Virginie. Il s'agit :

« *d'un moment de grande convivialité, ça rigole beaucoup, ça permet de créer du lien* » mais également « *une belle amélioration [des capacités physiques] pour tous et ils étaient très contents parce que ça les motive énormément* », notamment parce qu'ils « *ressentent les améliorations dans la vie quotidienne pour se mouvoir* » (Virginie, infirmière Asalée, maison partagée).

Les ressources financières obtenues (notamment grâce aux dons) permettent d'acheter du matériel, qui est parfois fourni directement par Virginie sur fond propre.

Ne disposant pas de salle adaptée dans la maison partagée, elle est « *obligée de tout déménager* » pour proposer les séances dans l'espace commun mis à disposition mais non prévu à cet effet.

II. B- DES PROGRAMMES D'APA EN TENSION (ANALYSE COMPARÉE DES DIFFICULTÉS DE COORDINATION)

Les résultats présentés dans cette seconde partie de l'étude visent à poursuivre l'analyse en faisant apparaître les leviers favorisant l'implémentation des programmes d'APA à destination des personnes âgées fragiles, dans les dispositifs de santé (CH, CHU, SMR), dans les centres médico-sociaux (EHPAD) et sur les territoires par les biais des groupements associatifs ; mais aussi en mettant en évidence les tensions et les freins exprimés par les acteurs impliqués.

Dans un contexte sanitaire sensible aux effets socio-économique du vieillissement des populations et ouvert à l'importance d'engager des coopérations entre acteurs de profils différents pour développer des modes d'interventions plus efficaces (Denise et al, 2022), la démarche de développement de l'APA accompagne une visée plus ouverte aux thérapeutiques non médicamenteuses.

Mobilisant le concept d'APA ou celui de « sport-santé » (notamment pour les opérateurs associatifs issus des fédérations sportives), le cadre d'action mis en œuvre pour les programmes proposés vise à susciter l'engagement de tous les acteurs issus des mondes du sport comme de la santé. Dans ce cadre, et face à un discours relativement homogénéisant sur l'effet positif du sport en matière de santé, y compris à destination des personnes âgées fragiles, les offres de pratiques relevées apparaissent au contraire comme étant hétérogènes. Cette situation est liée à la fois à la diversité des opérateurs impliqués selon leurs champs compétences (enseignants en APA, éducateurs sportifs, kinésithérapeutes, etc...), à la diversité des pathologies qui atteignent les personnes âgées et à l'effet des contextes de pratiques et dispositifs proposés impliquant de nombreux acteurs.

Le relevé d'information réalisé permet ainsi de prendre la mesure de l'importance qu'il convient d'accorder à l'hybridation des compétences nécessaires à la mise en œuvre des programmes dans un cadre intersectoriel impliquant des professionnels de santé, des représentants des collectivités territoriales, des enseignants en activités physiques adaptées et des animateurs issus du mouvement sportif. Elle dessine ainsi les contours d'un secteur d'intervention soumis à des enjeux de territoires professionnels (Perrin, 2016 ; 2019), amplifiés récemment par le flou qui caractérise les textes de cadrage relatifs à l'amendement dit du « *sport sur ordonnance* » (2017).

Ce constat souligne l'importance d'une collaboration entre des acteurs issus de divers mondes : associatif, sanitaire et social, collectivités territoriales et secteur privé. C'est en substance ce qu'indiquent les préconisations exprimées lors de la création de l'Agence Nationale du Sport (Loi du 1^{er} août 2019) à travers le principe d'une gouvernance partagée pour une plus grande efficacité collective. Or, les données relevées par l'étude CAP APPA illustrent un domaine APA et/ou « sport-santé » qui souffre d'un déficit de coordination et qui est marqué par des jeux de pouvoirs mettant en difficulté l'action partenariale.

Plus précisément, les données recueillies mettent d'abord en évidence une intégration significative de l'activité physique adaptée dans les structures de soin et dans les dispositifs accompagnant les politiques publiques de santé. Cette évolution peut être reliée aux

recommandations favorables à la prescription de l'AP comme facteur de prévention et de soin (OMS, HAS, rapports publics, Loi sport-santé bien-être) et à la législation qui légitime les actions menées (Loi 2016 sur la prescription, etc..).

On peut donc considérer que la mise en œuvre des programmes d'APA apporte une réponse aux problèmes publics couplés du vieillissement et de la sédentarité selon une démarche de « bien commun » (Céfaï, 1996, Cornu & al., 2016). Face à un risque construit autour du coût social du vieillissement (Davin et Paraponaris, 2012), ils relèvent de l'engagement d'acteurs dans une « cause mobilisatrice » (Boltanski & Thévenot, 1991 ; Hassenteufel, 2011 ; Chateauraynaud, 2015), selon une logique « d'intérêt général » (Dubuisson-Quellier, 2016).

Pour autant, le déploiement des programmes d'APA se heurte à la fois à des difficultés de coordination des acteurs au sein des dispositifs et à des problèmes organisationnels qui freinent la reconnaissance/intégration des programmes d'APA.

Les dispositifs observés font apparaître également un secteur hétérogène dont le fonctionnement est parfois flou, peu pérenne, soumis à des problèmes de reconnaissance des compétences des intervenants, à des luttes de territoires professionnels, à des ressources insuffisantes et à la difficulté d'inclure les usagers selon des démarches plus participatives (Génolini & Morales, 2023).

C'est précisément cette difficulté de coordination entre les différents acteurs impliqués dans les différents dispositifs qui est interrogée ici.

II.B-a La mise en place des dispositifs d'activité physique visant à préserver l'autonomie des personnes âgées ... sous l'angle d'un bien commun

Avant-propos

Dans la période récente, le couplage vieillissement-fragilité/sédentarité conforte l'importance du « problème public » (Kingdon, 1984 ; Céfaï, 2007 ; Morales, 2023) lié à la perte d'autonomie et accroît l'exigence d'une mobilisation des acteurs du sport et de la santé. De fait, l'AP fait désormais partie intégrante de ce nouvel « *espace politique de la santé* » (Fassin, 1996) qui accompagne la lutte contre la sédentarité des populations de tout âge.

Si l'on identifie déjà des programmes d'AP, répondant aux préoccupations relatives au vieillissement des populations, dans les années 1990 (Morales, 2021 ; 2022), leur développement est désormais devenu une priorités dans plusieurs plans nationaux de santé publique et leurs déclinaisons territoriales, à l'image du plan « sport-santé bien-être » (Favier-Ambrosini & Collinet, 2021), de la « Stratégie Nationale Sport-Santé Bien-Être » (2019-2024), ou du « Plan triennal anti-chutes des personnes âgées » (2022).

Sur le terrain de l'intervention investi par l'étude CAPA APPA, la volonté de lutter contre la fragilité des personnes âgées et la préservation de leur autonomie est un objectif partagé qui apparaît également comme un levier d'action publique particulièrement mobilisateur. Cette rhétorique est mobilisée par l'ensemble des acteurs interrogées. C'est notamment le cas des professionnels impliqués dans les CHU et cliniques de SMR.

« ...savoir qu'un sujet fragile peut redevenir robuste. Par contre, quand il est devenu dépendant, c'est irréversible, il ne redeviendra jamais fragile ni robuste. C'est pour cela qu'on mène et qu'on a ce service, c'est un service qu'on considère de prévention où on essaie vraiment d'avoir ces actions en amont pour les maintenir robustes » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

« on est sur des pistes de prévention et c'est vrai qu'à l'heure actuelle, faire de l'activité physique, forcément, on sait que ça aide, en tout cas que ça peut aider à ralentir. Au niveau physique, forcément, ça aide sur plein d'autres éléments, plein d'autres pathologies chroniques également donc » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

« On n'a pas de réel programme d'APA à proprement parlé, on est vraiment sur un programme de rééducation qui est en constante évolution, en remaniement permanent pour qu'on puisse l'adapter aux dernières recommandations que ce soit de l'ARS ou après au niveau du siège. Des recommandations des SMR maintenant ou ça évolue encore plus maintenant, où depuis le 1er janvier ça reste encore à confirmer mais à la tarification en acte » (Quentin, EAPA SMR 2).

Le propos favorable à l'APA comme facteur de prévention est également relayé par une partie des professionnels des EHPAD et maisons partagées :

« Ça (l'APA) commence à prendre de la place et c'est très bien, il faut que ça grandisse plus, on en a besoin. (...) Qu'il y ait des séances plus souvent, qu'il ait une prise en charge plus conséquente qu'aujourd'hui (...) qui ait plus de prise en charge individuelle pour justement les personnes qui ne peuvent pas venir en groupe et plus souvent. » (Brigitte, Animatrice EHPAD Le C).

« J'ai aidé au projet de la mise en place de la maison (soin Palliatif) avec cette volonté de travailler sur l'isolement des personnes âgées et personnes en situation de handicap et puis offrir des séjours de répit aux personnes étant en soins palliatifs. Donc moi je travaille sur l'accompagnement des personnes à pathologie chronique pour les aider à améliorer leur qualité de vie. Donc ça part de l'accompagnement ... de l'explication de surveiller que les traitements sont bien en place, faire le lien faire de la coordination pour mettre les patients en lien avec les professionnels qui pourraient leur apporter des améliorations, toujours en tenant compte de leurs envies et puis aussi diffuser l'APA à l'intérieur de la structure. » (Dany, Infirmière Asalée Maison partagée).

Les données relevées à propos de l'offre de pratiques destinée aux publics de 60 ans et plus confirment le déploiement important de programmes d'APA ou « sport-santé » proposés par des opérateurs associatifs à des fins de prévention en réponse aux préconisations sanitaires. Ils répondent le plus souvent aux demandes des collectivités territoriales et, pour certains d'entre eux, à celles exprimées par les EHPAD.

Notons, à ce propos, que de nombreux dispositifs hybrides sont déployés sur les territoires. Ils associent différentes structures et de nombreux opérateurs spécialistes d'AP. On peut citer quelques opérateurs associatifs particulièrement visibles dans ce cadre d'action, tels que : Siel bleu, la FFEPGV, l'UFOLEP, La FFSPT, le CNOSF, ADAL, etc.,.

Dans ce cadre d'action, l'étude CAP APPA relève des programmes d'AP qui participent au développement des Maisons Sport-Santé. Ces dernières répondent précisément aux recommandations des politiques de santé publique en développant une offre de pratiques centrée sur la prévention de la perte d'autonomie. Dans ce secteur spécifique, des éducateurs sportifs et des enseignants en APA sont impliqués directement en tant qu'opérateurs de prévention. Ils agissent souvent dans des cadres d'interventions intersectorielles (par exemple en collaborant avec des collectivités territoriales, des établissements de santé, des professionnels de santé, etc.,...).

Nous pouvons, dès lors, confirmer que ces collectifs rassemblés autour des programmes de prévention proposés sont impliqués au service d'une « cause mobilisatrice », ou d'un impératif de santé pensé sous l'angle du « bien commun » (Céfaï, 2007). Celui-ci confirme l'avènement d'un tournant participatif en matière de santé (Morales, 2023).

Mais face à la variété de l'offre d'AP destinées aux personnes âgées dans l'objectif de préserver leur autonomie, la démarche d'analyse implique d'identifier plus avant les principaux modèles d'interventions établis. Ces derniers s'étendent d'un axe privilégiant des pratiques de loisirs à visée préventive, favorables au bien-être, jusqu'à un axe assurant la promotion d'Activités Physiques Adaptées selon une dimension thérapeutique.

Nous avons évoqué les propositions à dimension préventive des opérateurs associatifs et, particulièrement celles des groupements affiliés aux fédérations sportives dont les actions concernant le plus souvent une approche préventive destinée à des personnes âgées autonomes. Il est utile de mentionner également celles des dispositifs à dimension curative centrés sur la rééducation et le soin. Les programmes exprimant ce cadre d'action sont rattachés aux Centres Hospitaliers et aux cliniques disposant d'un service de SMR.

Dans ce secteur d'intervention, les propositions de programmes appliquent plus strictement la définition donnée par la Société Française des Professionnels en Activité physique Adaptée (SFP APA), qui circonscrit un « *domaine scientifique et professionnel de l'Activité Physique (AP) s'adressant à toute personne n'ayant pas ou ne pouvant pas pratiquer*

une activité physique ou sportive dans des conditions ordinaires et qui présente des besoins spécifiques de santé, de participation sociale ou d'inclusion du fait d'une maladie, d'une limitation fonctionnelle, d'une déficience, d'une vulnérabilité, d'une situation de handicap, d'exclusion, d'une inactivité ou d'une sédentarité » (Barbin & al, 2015). En étant soumis aux normes médicales, les programmes d'APA proposés traduisent également une évolution récente qui acte plus spécifiquement l'importance du sport comme thérapeutique non médicamenteuse (HAS 2011), et/ou comme pratique intégrée dans les parcours de soin des patients.

Les dispositifs étudiés mettent également en évidence des porteurs de « causes » qui cherchent à défendre l'introduction de l'APA comme pratique complémentaire de soin au service de la santé des patients, tout en étant plus particulièrement soumis à l'impératif de disposer de données probantes validant l'efficacité thérapeutique de leurs programmes.

Le constat que nous faisons, en relevant ces différentes formes d'interventions dans les dispositifs observés (dans les Associations, les MSS, les EHPAD, les CHU et cliniques SMR...), rejoint les conclusions de la CNSA (2017-2021). Le rapport rédigé décrit un secteur relatif à l'APA comme étant peu doté, insuffisamment adapté à l'enjeu démographique, avec des réalisations disparates sur les territoires, dont les politiques sont à redéfinir et à coordonner ; et qui accroît les inégalités sociales de santé (ISS)¹³. Cette situation impose alors de « construire une priorité partagée » (rapport Cours des comptes, 2021). Il s'agit d'associer des acteurs de profils différents dans des collectifs hybrides, afin que puisse s'établir des collaborations efficaces. Cette situation met à jour des cadres d'interactions complexes entre acteurs aux compétences hétérogènes dans les structures concernées, n'étant d'ailleurs pas nécessairement tous convaincus de l'importance de l'APA.

A titre d'exemple, confirmant une situation contrastée, on peut signaler que les rapports annuels d'activité de l'ANESM (chargée de l'évaluation externe des établissements sociaux et médicaux-sociaux) mentionnent assez peu l'activité physique, lui accordant une place limitée. Cependant, ils indiquent plusieurs critères devant être présents dans les établissements évalués. Ils recommandent la mise en place d'une transversalité des pratiques à travers des échanges interprofessionnels. En ce sens, ils pointent la fragmentation des interventions dans le domaine de la santé et les difficultés d'ajustement des acteurs en raison de la variété de leur expertise, conjuguée parfois à un manque de ressources tant épistémiques, qu'axiologiques et organisationnelles.

Cette situation est confirmée par le directeur de l'établissement (EHPAD les 3) que nous avons étudié :

« En fait la vraie difficulté aujourd'hui (...) on a des structures qui ne sont pas stabilisées et de ce fait typiquement on est sur des actions quelques soient leurs valeurs ajoutées qui ne sont pas à démontrer ben apparaît à second plan par rapport à des fondamentaux de prises en charge, c'est un peu comme la pyramide de Maslow c'est à dire celui qui ne peut pas se nourrir, se loger eh bien vous n'allez pas le faire fantasmer sur un voyage au Caraïbe pendant 15 jours et c'est un peu du même ordre par rapport aux personnels des EHPAD c'est à dire que les équipes qui ont l'impression que les fondamentaux de prises en charge ne sont pas respectés vous allez avoir d'énorme difficulté à les impliquer dans votre projet mais ca c'est une vraie, vraie difficulté (...) c'est compliqué mais voilà pour tous les projets qui sortent de la prise en charge socle, on est vraiment dans une période où tant que les fondamentaux ne sont pas réunis on va

¹³ Les ISS sont devenues un des axes structurant de la Stratégie Nationale de Santé.

avoir du mal à faire aboutir pas mal de chose (...) à partir du moment où pour le personnel les fondamentaux ne sont pas acquis on passe cela en second plan on a du mal à être embarqué ca sous-entend que le vrai travail qu'il y a à faire c'est d'intégrer cette démarche-là dans les fondamentaux, c'est la seule vraie clé et à partir du moment où toutes les parties prenantes des structures se diront l'APA bah ca à la même importance qu'une toilette ou qu'un aide au repas ou n'importe quelle séquence de la prise en charge bah on aura gagné» (Bruno, Directeur EHPAD les 3)

La situation décrite par ce directeur d'EHPAD est éclairée par la généalogie des programmes dans les différentes structures de soins étudiées. Elle montre que leur intégration a été souvent laborieuse. Elle a été freinée par les représentations variées du rôle joué par l'activité physique en matière de prévention et de soin.

Rapportées aux différents dispositifs d'accueil des personnes âgées de 60 ans et plus, les informations relevées confirment que l'introduction des APA a suscité initialement des formes d'incompréhension, voire d'opposition.

En portant une focale sur le cas des CH et CHU étudiés, il apparaît que l'introduction de l'APA n'a effectivement pas immédiatement suscité l'adhésion des autorités médicales des établissements concernés :

« à l'époque, on ne voulait pas que je fasse faire de l'activité physique donc j'avais le droit de faire une espèce d'éducation thérapeutique autour de l'activité physique mais pas trop de pratique et grâce à ça, par la suite, j'ai pu avoir une salle « activité physique » en gros car c'était dangereux de faire de l'APA à l'époque à des patients gériatriques » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour)

De fait, les voies de l'innovation, incluant des expérimentations pour démontrer le bien fondé des programmes, apparaissent comme un passage obligé, notamment dans les CHU, comme le confirment les acteurs interrogés : « *C'était, on va dire, une espèce de projet-pilote qui après est devenu presque un soin courant.* » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour)

« On a mis en place l'activité dans ce qu'on appelait bal participatif et ses ateliers, en fait (...) On a proposé ça aux équipes médicales, on a ciblé les secteurs - en l'occurrence c'était l'unité cognitivo-comportementale et le secteur neuro locomoteurs - et donc on a ciblé les patients, que le profil de patients qu'on avait envie, on a défini les objectifs de ce travail (...) il faut qu'il y ait des objectifs de rééducation en arrière. » (Mégane, cadre de santé CHU).

« la création du poste APA, c'est moi qui l'ai amené puisque du coup j'ai voulu reprendre mes études et me reconvertis (licence de psychologie / animatrice au CH). Donc c'est moi qui ai trouvé après le bilan de compétences ce métier là ... c'est le centre hospitalier qui m'a financé la formation donc on a tout construit ensemble, le projet, la création de poste, le projet et le programme APA. Surtout qu'ils ont vu les bénéfices sur la pluralité des services puisqu'au début, j'intervenais même un peu au service Alzheimer et dans la maison de retraite. Dans tous les services où il y avait des besoins spécifiques. » (Clémence, EAPA CH a)

D'une manière générale - et bien que les travaux épidémiologiques soient de plus en plus documentés sur cette question - la démarche centrée sur la médecine basée sur les preuves (évidence based médecine : « EBM ») reste particulièrement opérante et nécessaire dans certaines structures hospitalières et hospitalo-universitaires (Jureidini & McHenry, 2022).

On comprend mieux l'importance accordée aux protocoles de recherches menées dans ces établissements visant à obtenir des résultats probants concernant l'effet positifs de l'APA avant de promouvoir davantage sa prescription et d'engager les démarches permettant de financer les intervenants. C'est le sens du programme mené par EVA, post-doctorante au CH b :

« Ben c'est ça qui est compliqué c'est que vu qu'on est dans un projet de recherches il faut des subventions et du coup c'est pour ça que c'est un peu délicat nous ce qu'on veut montrer c'est qu'il faut embaucher un EAPA derrière, voilà, mais bon on est obligé de passer par des projets de recherche pour dire ben c'est efficace pour les patients » : ils sont plus adhérents au traitement, ils sont plus autonomes moins de dépendance, donc sur le long terme ça va vous faire gagner de l'argent, grossso modo. Et du coup on est obligé de passer par cette étape là pour dire il faut que vous embauchiez quelqu'un sur l'unité parce que là il n'y a qu'une kiné mais elle se partage les trois étages » (Eva, EAPA et post-doc CH b).

Cette situation confirme l'importance de l'approche « EBM » dans un cadre de rationalité médicale, au détriment parfois d'autres formes de connaissances basées sur l'expérience et le lien interpersonnel entre patient et soignant (par exemple).

L'intégration de services dédiés à l'APA dépend des résultats de recherches qui impliquent un protocole, parfois lourd, basé sur un suivi de cohorte de patients à partir d'une évaluation régulière des effets de l'APA sur l'état de santé des patients.

« les patients quand ils viennent pour leur traitement de chimio, je les vois, je les évalue, je leur fais un test pour voir le programme que je leur donne ... je leur donne un programme et ils repartent avec eux pendant un mois ... enfin avec le programme pendant un mois chez eux tout seuls. Et ensuite tous les mois quand ils reviennent pour leur traitement, je les réévalue on voit si les exercices sont toujours adaptés et puis je rends un avis s'ils ont fait et je les évalue pour voir si c'est une progression et donc je fais ça sur six mois. Donc j'ai le côté APA avec ça mais surtout le côté recherche, donc prise de données collecte de données, consentement analyse écriture d'articles » (Eva, EAPA et post-doc CH b).

Concernant les programmes d'APA en EHPAD, les données recueillies dans notre étude montrent que cette forme d'intervention proposée aux résidents est fortement soumise à une diversité d'appréciations par les professionnels de ces structures, allant des expressions les plus réfractaires aux plus favorables. Les résultats obtenus rejoignent en cela d'autres travaux de recherche qui montrent que la place attribuée à l'activité physique est variable. Elle dépend notamment des ressources disponibles et mobilisables par les acteurs tant sur un plan cognitif qu'économique. Cette situation a pour conséquence une différence d'application de l'APA. Les propositions vont d'une absence d'intégration, à une approche récréative et occupationnelle, jusqu'à une démarche de rééducation selon un modèle thérapeutique (Génolini & al., 2021).

Toujours selon Jean-Paul Génolini & al, il apparaît que seulement 7,5 % des EHPAD ont un enseignant APA salarié, alors même que ce type d'intervention semble impacté de façon positive par les préconisations politiques. Raymonde Feillet (2018) confirme néanmoins une évolution sensible en soulignant que la typologie des modes de programmations de l'activité physique est en progrès, en étant passé d'une démarche essentiellement occupationnelle à une approche plus intégrée aux parcours de soins. Pour preuve, 85% de ces établissements situés en région Midi-Pyrénées indiquaient en 2015 que l'APA faisait partie du projet d'établissement.

Cependant, les mêmes données statistiques soulignaient que 40% des EHPAD intégraient l'APA dans les projets de vie des résidents (selon une visée occupationnelle) et seulement 27% dans les projets de soin (ARS Occitanie, 2016).

L'évolution positive énoncée à propos de l'importance accordée à l'APA est confirmée par les entretiens réalisés avec les personnels des EHPAD enquêtés. Ils montrent d'ailleurs que les pratiques récréatives et occupationnelles, proposées par des animatrices ou animateurs, ont précédé des approches plus intégratrices de l'APA comme pratique de soin. C'est le cas qu'illustre l'entretien de Victorine :

« J'ai beaucoup aimé ensuite faire la gym douce je le proposai tous les mardis au (lieu) c'était plutôt des étirements, de la relaxation je m'étais un petit peu renseigné sur internet effectivement mais j'ai pas toutes les clés pour faire du sport adapté comme toi par exemple mais j'aimais bien proposer la gym douce après dans ma vie personnelle je ne fais pas de sport. (...) moi je récupère les plus autonomes le matin pour les ateliers tablettes mis à part le mardi et vendredi où je sors les résidents qui en ont besoin de faire des courses, balader. (...) la gym douce, ça a toujours existé puisqu'on avait à l'époque (opérateur) qui intervenait une fois par semaine et ensuite je pense que la gym douce ça fait partie des animations importantes et récurrentes chaque semaine c'est un peu ancré dans l'animation que ce soit la gym douce faite par l'animatrice ou (opérateur) ou maintenant le sport adapté avec toi de manière plus construite » (Victorine, animatrice EHPAD Le C)

La volonté d'engager des formes de pratiques d'APA à dimension thérapeutique implique néanmoins l'obtention de ressources pour rémunérer les intervenants sollicités. Cela peut se faire sous forme de contrats à durée indéterminée, de contrats précaires et/ou de contrats d'alternance (stagiaires). Les EHPAD doivent donc obtenir des moyens supplémentaires permettant de faire appel à des personnels plus qualifiés et plus stables en vue d'intégrer de façon plus pérenne les programmes d'APA :

« C'est le médecin co de l'année dernière qui était très intéressé par ce domaine-là et qui avait contacté l'école pour présenter sa recherche de stagiaire et donc on t'avais eu pour ton stage de master 1 et vu que c'était très bien et que ça c'est bien passé on avait eu l'autorisation de poursuivre cette année en contrat d'apprentissage et c'était tellement bien que la direction nous l'a mis sur les trois EHPAD au lieu de le laisser pour nous seulement (rire) donc là c'est pas bien du tout (rire) comme quoi la direction a quand même vu l'intérêt et les bénéfices qu'il pouvait y avoir pour les résidents mais à part le médecin co de l'année dernière personne n'y avait pensé y avait juste (opérateur) donc on se reposait sur (opérateur) on était content qu'elle venait mais il n'y avait rien de plus à côté mais du coup depuis que tu es là nous n'avons plus (opérateur) » (Bénédicte, Cheffe de service EHPAD ML).

« Je suis l'éducateur sportif de l'établissement, je suis le seul. À côté de moi donc je suis avec C. qui est la psychomotricienne (...) la première partie de mon travail c'était de mettre en place un suivi individuel auprès des résidents et de mettre en place aussi des groupes d'activités physiques adaptées avec des ateliers qui puissent se faire à l'intérieur et aussi à l'extérieur. Donc c'est-à-dire mettre en place l'élaboration des fiches projets donc avec les objectifs de chaque projet donc : projet pour la marche extérieure, promenade au marché en atelier, gym douce et jeux d'adresse. » (Jérôme, éducateur sportif EHPAD II).

Comme en témoigne Éloïse, en tant que directrice adjointe de l'EHPAD III, la démarche exige une coordination de toute l'équipe pluridisciplinaire, ce qui a été le cas à partir d'un axe intégré au projet d'établissement accordant plus d'importance à la lutte contre la perte d'autonomie :

« Le montage du projet c'est en équipe pluri, chacun avec ses compétences entre le médecin co par rapport à la fragilité, la cadre de santé, la kiné et les coordinatrices de la vie sociale, chacun avec ses compétences ça a permis de créer le projet et la mise en œuvre de l'APA sur l'EHPAD. (...) On y est rentré par le biais du projet d'établissement puisque quand on a écrit le projet d'établissement dans le projet médical l'axe sur la fragilité dont la prévention des chutes faisait partie, ça nous a amené à mettre en place quelques années plus tard l'activité physique en fonction des chutes qu'il pouvait y avoir, des pertes d'équilibre. Mon rôle a été d'impulser cette dynamique et d'amorcer cette dynamique d'activité physique et de l'intégrer dans notre projet de vie sociale. ». (Éloïse, Directrice adjointe EHPAD III)

La situation 2voquée par Éloïse confirme ici l'importance du rôle joué par l'ARS et les instances de santé publique dans un contexte de promotion de l'AP à des fins de prévention/santé. La capacité des établissements à répondre aux commandes politiques visant à développer les programmes dépend des ressources dont ils disposent. En ce sens les aides attribuées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou par la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie (CFPPA) apportent des moyens indispensables pour rémunérer les intervenants.

Notons que ces aides sont adossées à des cahiers des charges précis qui jouent un rôle de levier ou instrument d'action publique (Lascombes & Le Galès, 2004). C'est ce que mentionne Jérôme dont le poste d'éducateur sportif en APA et pour moitié financé par l'ARS :

« Et du coup l'objectif c'est de mettre dans les clous au niveau document en fait qui est demandé lors des contrôles par l'ARS. Pour faire un atelier il faut qu'il y ait une fiche atelier avant avec les objectifs qui soient écrits noir sur blanc. (...), quand je suis arrivé, il n'y avait rien avant moi, parce qu'il n'y avait que des kinés extérieurs qui venaient pour faire le suivi, mais plutôt d'un point de vue kiné. Donc, du coup, moi, je suis parti un peu de zéro » (Jérôme, éducateur sportif EHPAD II).

Les opérateurs associatifs d'APA à destination des aînés sont particulièrement dépendants des financeurs (instance de santé, collectivités territoriales, etc.,...). Ils apportent les ressources nécessaires au fonctionnement. C'est le résultat d'un double mouvement top down et bottom up : d'un côté, les financeurs font des appels d'offre incluant des subventions pour répondre à l'action publique menée en faveur de la prévention de la perte d'autonomie et de l'autre côté, les opérateurs associatifs sollicitent les pouvoirs publics en valorisant leur offre de service pour obtenir des aides. Cela engage des collaborations, voire des formes de co-construction des programmes d'APA proposés.

Dans ce cadre, les formations actuelles dans le domaine de l'APA alimentent et initient parfois la création de structures dédiées, comme c'est le cas pour l'association AP/âge :

« L'association a été initiée via une étudiante de la licence SVAPA. Ça a été son projet de licence, de créer l'association. Alors, on collabore régulièrement avec... Bon, déjà, si on prend le côté matériel, les mairies qui nous mettent à disposition, les salles. Ça, c'est la première chose. Ensuite, on collabore aussi avec les maisons sport-santé. J'ai oublié, les cliniques de rééducation (...) Donc, on collabore, donc, avec les centres de rééducation, mais aussi, donc,

je dis, les maisons sport-santé dans le cadre de leur programme tremplin parce qu'ils n'ont pas vocation à garder les personnes, les pratiquants, mais ils ont vocation à les orienter et à suivre leur parcours pendant deux ans » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge).

Dans un cadre « sport-santé » impliquant fortement les fédérations sportives affinitaires (Morales, 2018 ; 2019), telles que la Fédération Française de Sport pour Tous ou encore l'UFOLEP (toutes deux incluses dans l'étude), le mouvement sportif accompagne de façon très active le développement de programmes d'activités physiques à destination des personnes âgées. Certains de ces groupements associatifs initient des Maisons « sport-santé », en poursuivant dans ce nouveau cadre un domaine d'activités porté historiquement par leurs politiques sportives tournées vers la dimension sociale du sport et la quête du bien-être. Elles montrent que l'action publique relative au « sport-santé » se décline progressivement comme une solution collective aux risques liés à la sédentarité (Morales, 2023). Elles illustrent parallèlement une nouvelle forme de « gouvernement des conduites » (Dubuisson-Quellier, 2016), caractérisant l'avènement d'une politique néo-managériale de plus en plus participative et responsabilisante (Vieille Marchiset, 2019).

« Le plus gros projet que j'ai mené pour ça, pour le public senior, c'était de demander un financement à la conférence des financeurs à la perte d'autonomie. J'ai créé des fiches, tu vois. J'ai demandé quel club était intéressé pour mener un projet, pour mener des ateliers sur 27 heures de cours. Et donc, j'ai demandé à la conférence des financeurs entre novembre et juin, quelque chose comme ça. Là, tout ce que je fais, justement, c'est pas basé sur des financements parce que, justement, c'est fait... Parce qu'on a manqué de financement » (Marion, Assistante Technique CD Sport pour Tous).

L'implication du Comité Départemental Olympique et Sportif témoigne également de la nécessité de coordonner des collectifs hybrides au service de l'intérêt général en matière de maintien de l'autonomie à travers l'encouragement à la reprise d'une activité physique adressé aux personnes de 60 ans et plus :

« Il y a 10 ans, je travaillais avec les services de l'État et nous nous étions dit que pour accompagner les personnes à la reprise d'activités physiques il fallait un dispositif qui ne dure pas dans le temps pour ne pas faire une séance hebdomadaire à la place des clubs. Réelle volonté de faire un dispositif limité temporellement. Nous avons regardé ce qui se faisait sur les autres départements, pas grand monde le faisait (2 de souvenir), ces dispositifs s'appelaient passerelle, tremplin. Maintenant on en trouve beaucoup mais à l'époque ce n'était pas le cas. En parallèle on s'était appuyés sur les changements de comportements se basant sur des connaissances psychologiques mentionnant qu'il fallait au moins 5 semaines pour qu'un chgt s'opère. Donc orientation vers un dispositif qui dure au moins 5 semaines. Le dispositif est basé sur trois mois, pour que ça soit assez court, pour que les gens ne s'attachent pas trop à nous, car l'attachement est assez rapide. Avec l'idée que derrière ils poursuivent autre part qu'avec nous, éviter l'attachement. » (Lucie, EAPA coordinatrice départementale CDOS).

Ce cadre général d'implémentation de l'APA comprenant les structures hospitalières, les cliniques, les EHPAD et les opérateurs associatifs, illustre de façon assez significative la diversité des modes d'intégration de l'activité physique à de fins de prévention-santé par l'exercice. Il confirme à la fois l'hétérogénéité des propositions de programmes mais aussi l'importance des dispositifs qui influent sur les programmes proposés devant s'adapter aux

règles de fonctionnement de chaque contexte d'intervention, sous l'angle d'une mission de service public en faveur du maintien de l'autonomie des personnes âgées.

II.B-b Enjeux épistémiques/axiologiques et régimes d'action favorables à l'APA

1. Le levier des recommandations en matière de politiques sanitaires

Il convient de rappeler ici l'importance des préconisations dans le domaine de la prévention des effets du vieillissement par l'activité physique. A titre d'illustration il faut rappeler que la Stratégie Nationale Sport-Santé (2019-2024) et la Loi de démocratisation du sport (2022) encouragent le développement de l'offre de « Sport-santé », d'AP et/ou d'Activités Physiques Adaptées (APA), notamment dans les ESMS et EHPAD. Bien que très peu axée sur le développement de l'AP, l'actuelle *Proposition de Loi portant mesure pour bâtir la société du bien vieillir en France* mentionne dans son article 11 : l'importance d'intégrer des éducateurs en APA en établissements et de « *développer les activités relatives entre autres au sport-santé, cruciales pour déployer une politique de prévention de la perte d'autonomie plus ambitieuse* » (2024). En proposant une *Décennie pour le vieillissement en bonne santé* (2021-2031), l'OMS (à l'échelle internationale) demande également d'adapter ces recommandations aux disparités de la population qui pèsent sur les inégalités sociales.

Sur un plan épistémique, à la fois scientifique et axiologique, les arguments exprimés en faveur de la lutte contre l'inactivité physique des populations sont désormais fondés sur des recherches reconnues (Inserm, 2008 ; 2019) et validés par des recommandations politiques plus insistantes exprimées sous l'angle de l'intérêt général.

Étayée par les données probantes des études épidémiologiques, l'AP - « *pensée à la fois comme moyen de prévention et comme thérapeutique non médicamenteuse* » (HAS, 2011) - trouve une place de choix dans les actions proposées (rapport ONAPS, 2018). Elle est recommandée pour prévenir les chutes, les traumatismes, l'ostéoporose et la sarcopénie, en limitant le déclin fonctionnel. Elle prévient également les symptômes anxioc-dépressifs et le stress. Elle favorise le bien-être, la qualité de vie, l'estime de soi et la forme cardio-vasculaire, etc., (Référentiel HAS, 2019). L'AP est ainsi promue au rang de contribution essentielle « *à un vieillissement sain et à l'amélioration du statut fonctionnel des personnes âgées fragiles ou en cours de fragilisation* » (rapport Aquino, 2013). Le *plan triennal antichute des personnes âgées* (2022) conforte d'ailleurs sa mise à l'agenda politique en la présentant comme « *meilleure arme antichute* ».

Les dispositifs incluant des programmes d'AP se réfèrent à ces recommandations pour justifier leurs propositions. Ils illustrent l'effet marquant des politiques publiques dans le cadre d'actions destinées aux personnes âgées pré-fragiles, fragiles ou dépendantes, conforté par la Loi relative à sa prescription (D. 30/12/2016), comme en témoignent clairement les acteurs interrogés qui se réfèrent clairement aux évolutions institutionnelles et aux recommandations de bonnes pratiques :

« *la pratique des activités physique est avant tout un enjeu de santé publique. On a des études, des observations, des recommandations de l'OMS et autre. On a la chance d'avoir des études en Midi-Pyrénées faites en 2003. On a eu hier une réunion entre l'ARS et la ligue régionale de sport adapté, à l'attention des gestionnaires d'établissement et éducateurs sportifs. On est convaincu depuis très longtemps que ces études démontraient par exemple sur l'obésité et sur le surpoids des résultats inquiétants au regard de la population normale. Je pense qu'il y a cette réelle conscience avec la création de fiches actions qui vont devenir obligatoires. L'ARS*

a d'ailleurs demandé aux établissements de santé qui sont, nominativement, leurs référents sport de la structure, ça prouve qu'elle a compris l'intérêt d'entrer dans la démarche. Elle a franchi le cap de l'action concrète et que ça va faire l'objet de négociations et partager cette volonté. » (Daniel, représentant des aidants EHPAD Les 3)

« C'est l'axe 6 de la promotion de l'autonomie par les activités physiques adaptées, c'est l'axe 6 de la conférence. (...) En fait, c'est l'association qui est au cœur de la santé, du sport et du social qui, de par son positionnement, a collaboré avec les différents partenaires de chaque secteur pour proposer ces programmes et les développer. Et créer une synergie après où ça a été... Aujourd'hui, on en arrive à ce que ce sont tout simplement les communes qui nous demandent de venir sur leur territoire. La Loi sur le vieillissement. Les Recommandations émises par l'HAS. La Loi AVS de 2016. On est dans les clous, à ce niveau-là. Il y en a des nouvelles. Loi sur la prévention des chutes chute, le livre blanc sur la chute. On est complètement dans toutes les recommandations qu'il y a là. On fait un copié-collé avec toutes ces recommandations. C'est un peu ça, quoi (...) Je les ai, les recommandations, le plan national bien vieillir. On est dans le contexte des recommandations. Le plan national santé-bien-être décliné avec un plan régional. Ensuite, il y a eu un plan antichute en 2022. Il y a des rapports, aussi, INSERM 2019, activités physiques et prévention des chutes. Un rapport ANSES, 2016, activités physiques et sédentarité. Voilà, donc... Et le HAS, AP : thérapeutique non médicamenteuse de 2011 et un autre de 2018 sur lequel on se cale, tout simplement. Oui, mobilisation des recommandations nationales : haute autorité de santé, HAS, ensuite l'INSERM aussi, prévention des chutes, il y a aussi l'ANSES, pour la sédentarité, on a aussi qu'est-ce qu'il y a encore ? l'INSERM, le plan national bien vieillir, SSNBE, le plan national sport, santé, bien-être, l'INSERM, c'est : activités physiques et sédentarité. Voilà, c'est ça ! » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge).

« Ça été une initiative individuelle, mais aussi, alors, basée sur de l'expérience personnelle, mais aussi lié à des recommandations. Voilà à quelque chose qui on sait, ça va avoir un effet bénéfique (...) On a une partie qui est liée aux recommandations qui est faite sur elle, surtout auprès de la personne âgée, en fait, activités physiques et personnes âgées. Il y a quand même eu des textes qui sont sortis, donc on s'appuie sur ça aussi pour montrer que c'est, que, c'est, ça va devenir indispensable. » (Mégane, cadre de santé CHU).

Les propositions de programmes d'APA sont confortées par les études scientifiques et leur publicisation auprès des différents opérateurs. Ces données renforcent l'argumentaire des porte-paroles (Akrich & al., 2006) – en l'occurrence, les acteurs mobilisés en faveur des programmes d'AP - qui rendent visibles le problème de santé publique, défendent la nécessité de développer des programmes en raison des bienfaits apportés tout en rendant visibles les actions afin d'obtenir davantage de ressources :

« En gros il y a une démarche globale vers la santé physique, il y a aussi un aspect de la prévention des maladies évolutives, diabète, arthrite, pertes osseuses, maladies cardio-vasculaires. Aujourd'hui les personnes âgées ont une fracture du col du fémur, tout le monde en est conscient. Il y a aussi l'objet d'avoir une meilleure santé mentale, le fait de réduire peut-être les dépressions, de l'anxiété, un phénomène connu. Et je pense que ça permet de préserver les facultés cognitives et de développer des liens sociaux. Et le fait du bien être, de vivre dans des meilleures conditions, participent à garder une autonomie le plus longtemps possible. On évite le recours à des actions médicamenteuses et je crois que cet axe va le limiter et maintenir une activité motrice de manière globale et va solliciter les aptitudes sociales des uns et des

autres. Je pense que bien être et qualité de la vie c'est un objectif. Ça va diminuer les syndromes psycho-comportementaux, (...) On a bien sûr des références en termes de santé OMS, ONAPS, qui disent qu'on n'a plus à se poser la question, les études montrent toutes les bienfaits des APS. » (Daniel, représentant des aidants EHPAD les 3).

« Effectivement on sait que l'activité physique a de multiples vertus je ne vous l'apprends pas, c'est vrai que souvent les gens associent en gériatrie l'activité physique à la prévention des chutes alors que pas du tout mais je pense que vous le savez il y a des études sur la danse thérapie et la maladie d'Alzheimer et la prévention du déclenchement de la maladie d'Alzheimer qui sont fascinantes donc l'activité physique oui, donc c'est très important. (...) c'est à la fois un moyen de prévention c'est une approche aussi non médicamenteuse dans les troubles du comportement on sait que l'activité de par ses aspects chimiques sur la production d'endorphines, sérotonines à un effet extrêmement positif quel que soit le degré d'activité physique après voilà on sait même que l'activité physique a aussi un lien sur le fonctionnement neuronal global on fabrique d'avantage de connexion quand on fait de l'activité physique et à tout âges donc évidemment que plus on va privilégier l'activité physique plus on va limiter bien la perte d'indépendance fonctionnel et la perte d'autonomie psychique c'est clair » (Tania, médecin coordinatrice EHPAD Les 3)

« Et j'ai toujours été et d'ailleurs c'est toujours le titre de mon mémoire en tant qu'infirmière j'ai toujours était persuadé de l'activité physique pouvait être une thérapeutique non médicamenteuse et pouvait être utilisé à des fin de prévention et d'amélioration de la santé donc j'ai toujours eu ça derrière la tête. Oui une demande, on a contacté la conférence des financeurs. Après c'est quand même un projet il y a le projet "fragilité" en même temps du gérontopôle de (nom de ville) euh ça rentre complètement dans une politique de maintien en santé, des personnes âgées de limiter la perte d'autonomie. (...) Bah là on en est qu'à une (heure) mais on aimeraient bien s'en rapprocher (rire) et on essaye de les inciter parce qu'on leur parle quand même du travail en autonomie, au moins d'aller marcher, on essaye de diffuser les infos mais on est un petit peu loin là. » (Dany, Infirmière Asalée Maison partagée) :

« J'ai pu voir l'impact des activités physiques adaptées pour les personnes en situation de handicap psy, je trouve que c'est une nécessité pour cette population donc ça faisait des années qu'avec M. (ancienne animatrice) qu'on prônait le truc, toutes les années on faisait remonter ça dans le rapport d'activité "besoin d'APSA" et en fait il y a eu un changement de loi qui impose la présence donc autant te dire qu'avec M. quand on a vu ce projet on l'a imprimé et on est parti voir la direction et on l'a posé souligné, on a un peu rien lâché » (Inès, psychologue EHPAD Le V).

« on s'appuie sur des supports pédagogiques, des recommandations officielles de l'ARS ou d'autres organismes. On peut aussi faire des fiches avec des conseils individualisés pour certains patients basées sur ces recommandations officielles. » (Clémence, EAPA CH a).

« On utilise les recommandations nationales, c'est pour cela que l'on essaie de mettre en place au moins deux activités dans la semaine. Nous parlons toujours des 5 fois trente minutes plus que des 150 minutes. Parce que nous trouvons que c'est plus parlant pour les gens. Car pour les gens 150 mn tu dois déjà réfléchir à combien c'est ! L'idée c'est de dire que ça soit bien réparti dans la semaine donc on parle du 5x30. On leur rappelle que l'intensité modérée doit être présente, qu'une intensité faible 5x semaine n'a pas la même portée. Privilégier l'activité endurante ...De mettre en place des activités de type renforcement, souplesse...et pour les

personnes âgées de rajouter des exercices d'équilibre. » (Lucie, EAPA coordinatrice départementale CDOS).

« (*à propos du projet ICOPE d'évaluation de la fragilité*) ça part de... du Rapport de l'OMS de 2017 sur le vieillissement et la santé, où ils vont te dire que la population vieillissante est... très grande part de la population. Et c'est là où émergent les notions de trajectoire de vieillissement. Où on va te dire que... ben un vieillissement normal... normal (...) l'OMS développe l'outil de dépistage (de la fragilité) très rapide, d'une dizaine de minutes, pour évaluer ces 6 fonctions » (Mélanie, EAPA et doctorante CHU équipe régionale).

Il faut noter que le cadre de justification exprimé dépasse largement l'argumentaire médical pour s'appuyer sur une logique d'anticipation des risques dans un monde situé « *au bord de l'irréversible* » (Chateauraynaud & Debaz, 2017) pour caractériser le risque important que représente le vieillissement des populations. La situation impose d'agir collectivement dans l'intérêt général (départements ministériels, fédérations sportives, collectivités locales et acteurs privés). La question du coût économique lié au vieillissement de la population est d'ailleurs régulièrement énoncée dans les entretiens réalisés, renforçant une démarche d'action publique à dimension participative :

« *incapacité (...) c'est un peu problématique parce que ça a énormément de coûts, ça a énormément d'impact à la fois sur les personnes, mais aussi Ben... le gros truc c'est l'économie. Clairement. Ça coûte trop cher, et c'est des personnes qui consomment beaucoup, beaucoup, beaucoup de soins et beaucoup de d'offres, pas de soins, services de soins et ça coûte beaucoup d'argent* » (Mélanie, EAPA et doctorante CHU équipe régionale).

Pour autant, le degré de perméabilité des structures aux messages de santé publique reste variable. Les arguments sont adaptés aux profils des publics accueillis et aux objectifs privilégiés qui peuvent différer selon les structures et les dispositifs mis en place.

Pour les pôles de SMR, l'APA proposée est centrée sur la rééducation :

« *en fonction de tous les besoins qui ont été recensés, il est vraiment ressorti que les trois gros besoins sur nos patients à nous euh gériatrique en soit quelle que soit la pathologie, le motif d'hospitalisation c'était vraiment le travail d'équilibre, le renforcement musculaire et la réadaptation à l'effort. Les trois gros axes qui sont ressortis comme euh besoin euh important du patient* » (Quentin, EAPA SMR 2) :

Pour certains services des CHU, à dimension d'interventions pluridisciplinaire, comme le service d'évaluation de la fragilité et de prévention de la dépendance, la question de l'encadrement des personnes âgées atteintes de pathologies implique plusieurs dimensions du soin (physique et psychologique) :

« *on fait de la lutte contre la fonte de la masse musculaire donc ce sera spécialement du renforcement musculaire (...) alors on le leur donne tout ça (recommandation de 30mn d'AP), car il faut le faire. Mais en fait, non, on n'est pas du tout là-dessus et on est sur l'acceptation de son vieillissement, qui est somme toute plutôt normal car ils ne sont « que » fragiles. Oui, il y a un moment où il y a une baisse, voilà, et que oui, il n'y a pas de miracle. Ça demande de bien se nourrir et de bouger, quoi. En fait, c'est le supplice de Tantale, ça revient tous les jours.* » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

Les EHPAD peuvent également être sensibilisées à ces démarches d'interventions multifactorielles, suscitant une diversité des programmes selon les profils des résidents :

« Faire en sorte que ces personnes restent en meilleure santé physique et mentale avec un bien-être émotif et social, et bien, il est important d'être en capacité d'apporter à ces personnes des activités diverses et variées » (Daniel, représentant des aidants EHPAD Les 3).

« l'agence régionale de santé Occitanie en tout cas a sensibilisé les établissements sur le sujet moi il y a quelques années dans l'Hérault il y avait un projet expérimental par rapport à la gestion des chutes où il y avait des plateformes vibrantes on commençait à voir tous l'intérêt de la stimulation d'activité physique par rapport à la prévention des chutes euh... et ensuite là concrètement par rapport à tous ce que vous pouvez mettre c'est très récent aussi puisque c'est aussi votre stage qui m'a permis de prendre conscience de toute la dimension de votre métier et de toute la valeur ajoutée pour un EHPAD » (Bruno, directeur EHPAD Les 3).

« La mise en œuvre est liée au projet de l'établissement avec comme axe majeur la prévention des chutes (...). L'objectif est de diminuer le nombre de chute, le maintien de l'autonomie le plus longtemps possible et retarder les effets des conséquences de la mobilité réduite qui entraîne une altération de l'état général. » (Éloïse, Directrice adjointe EHPAD III).

Les opérateurs associatifs inscrivent également leurs actions selon une démarche multidimensionnelle, tout en restant nécessairement dépendants de la commande politique liée aux appels d'offre auxquels ils répondent :

« Pour amener des réponses aux financeurs, aux demandes du financeur (...) On est un miroir de tout ça. L'objectif, c'est vraiment l'équilibre et la prévention de chute. (...) À partir de la promotion de l'autonomie, ça a été tous les programmes FormEquilibre. Et ensuite, avec l'évolution, ça a été ajouté pour arriver à de la régularité, proposer, renforcer le programme FormEquilibre qui est hebdomadaire, monter, proposer deux séances supplémentaires en visioconférences. Donc, il y a eu le programme visio qui s'est mis en place. Ensuite, l'évolution a fait qu'il a fallu se préoccuper de toutes les... de la prévention des chutes, suite au plan antichute, notamment. Donc, un programme chute a été un petit peu construit. Et la première partie du programme, c'était des conférences interactives des pratiquants. Et le deuxième volet de ce programme, c'est on prend ce qu'on appelle cap chutes, ou en salle dojo, type dojo, les personnes vont apprendre à apprivoiser le sol, à aller au sol, à se relever du sol. » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge).

Par ailleurs les opérateurs de « sport-santé » sont souvent confrontés à un cadre de recommandation homogène considérant l'apport positif du sport à la santé, alors qu'ils accueillent un public hétérogène pour lesquelles des adaptations seraient nécessaires. Cette situation est conjuguée à l'obtention de moyens limités qui ne permettent pas de différencier les formes d'intervention :

« Je me suis quand même rendu compte que souvent ces recommandations en fait quand tu les croises entre elles se ressemblent souvent ouais on te demande de faire un travail aérobie on

te demande de faire un travail en renforcement musculaire on te demande de faire un travail à un souplesse alors certaines pathologies ont certaines particularités mais bon je trouve quand même y a beaucoup de ressemblance sur les recommandations en fonction des différentes pathologies. Moi je reçois des groupes qui sont ouais c'est des groupes donc forcément c'est un c'est très hétérogène en termes de on va dire de passé sportif de relation à la pratique de pathologie forcément de limitation fonctionnelle donc c'est souvent très hétérogène donc ce que j'essaye c'est de proposer quand même des activités qui peuvent convenir à tous et le fait de faire des activités de groupes c'est très difficile en fait d'arriver à individualiser et de prendre les recommandations pathologie par pathologie et de proposer des choses ultra adaptées pour chacun des participants je ne sais pas si tu vois ce que je veux dire ...en fait c'est quand on a 8 patients avec 8 pathologies différentes, voilà » (Pierre, EAPA MSS UFOLEP).

De façon générale, les dispositifs mis en place - c'est notamment le cas dans les EHPAD - se heurtent à un manque de ressources et à des préoccupations différentes des personnels constituant des freins à l'application des directives nationales :

« les directives qui viennent de l'État, de l'ARS c'est le directeur qui nous les transmet pour voir comment faire pour les appliquer, au niveau des entrées c'est la cadre hébergement qui centralise les demandes, ...elle regarde au niveau des ressources comment ça peut se passer pour la personne et ensuite le médecin co et moi-même on regarde au niveau médical si on a le personnel en adéquation avec les pathologies présentés par le résidents. (...) il faudrait un directeur très impliqué qui trouve des financements qui mette cette stratégie là en premier dans son EHPAD (...) tout le monde n'a pas les mêmes attentes, pas les mêmes devoirs donc c'est compliqué, quand le directeur demande quelque chose des fois ça va à l'encontre de ce que le personnel voudrait mais ça s'inscrit dans la loi donc faut trouver une manière de faire avec » (Bénédicte, Cheffe de service EHPAD ML).

En définitive, si les dispositifs étudiés inscrivent de façon homogène leurs actions en réponse aux recommandations sanitaires, jouant ainsi un rôle de relai en matière de mise en œuvre des politiques publiques, les formes prises par les programmes doivent composer avec les ressources disponibles, mais aussi comme nous le verrons en suivant avec le cadre organisationnel de la structure d'accueil incluant les autres formes d'interventions professionnelles impliquées.

2. Rôle accordé à l'APA à travers les visées d'autonomie et de bien-être

Rappelons que l'instruction ministérielle du 3 mars 2017 (qui complète la loi de 2016) précise le cadre d'intervention des professionnels en reliant au degré de limitation fonctionnelle des personnes visées. Si elle réserve les patients atteints de limitations sévères aux professionnels de santé et aux enseignants APA, elle conserve une possibilité d'intervention de tous les professionnels et intervenants, y compris les éducateurs sportifs, pour les limitations minimes à modérées. De fait, elle valide un territoire professionnel qui reste ouvert à la concurrence.

Il est utile de souligner que les programmes proposés varient selon les acteurs professionnels impliqués, du point de vue des formations qu'ils ont suivies, de leurs références normatives, conjuguées à leur approche pédagogique (plus ou moins techniciste), leur capacité d'adaptation aux publics et pathologies concernés, ainsi que leurs visées d'émancipation des usagers (Perrin, 2019). Dans ce cadre, pouvant impliquer des expertises variées, l'idéal de

démocratie sanitaire, loin de renvoyer à une réalité uniforme, apparaît davantage comme un référent flottant, un espace social au sein duquel des acteurs aux profils professionnels différents coopèrent ou luttent pour imposer leur propre définition de ce que doit être la place accordée à l'individu et sa participation en vue du maintien de sa santé par l'activité physique.

Cette situation est rappelée par Margaux qui est EAPA dans le service de prévention de la dépendance de l'hôpital de jour (CHU) ou Mégane, cadre de santé du CHU, lorsqu'elles soulignent que le cadre d'intervention reste marqué par une logique de soin peu ouverte au suivi des patients à long terme dans un secteur où l'intégration de l'APA reste compliquée :

« En pathologie, on voit, on soigne, on réeduque et au revoir. Là, c'est plus compliqué, effectivement, même s'il y a de la place pour faire faire de l'activité physique à tout le monde, pour adapter encore plus. » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

« C'est l'activité physique, ils (professionnels de santé) se rendent compte que c'est important, (...). Voilà, il n'y a pas de soucis après, je pense que c'est très large, l'activité physique, et donc, C'est pour ça. Je pense que ce n'est pas fait de manière optimum, parce qu'il n'y a pas quelqu'un qui centralise ça » (Mégane, cadre de santé CHU).

Comme nous l'avons déjà observé, les dispositifs des services dédiés à l'APA dans les CH et CHU étudiés inscrivent leurs actions, selon les cas, dans une approche rééducative et/ou dans une démarche multidimensionnelle, comme le confirment les entretiens réalisés :

« Comme c'est lié aux séances de rééducation souvent. C'est une à deux fois par jour qui sont pris en rééducation. Donc entre trois quarts d'heure et une heure à chaque fois. Et en fait, Ça, c'est un temps placé sous prescription médicale. Donc, en termes de responsabilité, il y a une prescription médicale » (Mégane, cadre de santé CHU).

« C'est plutôt de l'entretien, de la motricité, de la révalidation à la marche, d'apporter aussi un côté ludique, un côté bien être, sport-santé, d'essayer qu'il y ait une continuité à la sortie d'hospitalisation. (...) L'EAPA vient aussi apporter un soutien à l'équipe de rééducation. Ça vient compléter et ce qu'elle apporte l'APA en plus, je dirais, c'est ce côté qui est le côté mobile ou on peut se déplacer dans différents services et le côté ludique. Ou ça va être fait avec des séances individuelles mais aussi collectives. On peut travailler aussi des fois avec l'animatrice, avec différents professionnels et d'apporter ce côté, voilà le bien-être ludique un peu différent de la pure rééducation avec un côté un peu plus fun. » (Clémence, EAPA CH a).

Une visée utilitariste est parfois exprimée favorisant une coordination plus fluide avec d'autres professionnels des équipes de soin :

« Je pense que l'activité physique est appréciée puisqu'elle a un but de bien-être du patient, mais surtout de ré-autonomisation du patient. Donc plus le patient va être autonome et plus il pourra être acteur de ses soins. Donc ça soulagera aussi l'équipe des soins, par exemple pour la toilette ou s'habiller, ou marcher, se déplacer etc. » (Clémence, EAPA CH a).

Pour ce qui concerne les pôles SMR des cliniques, le cadre d'intervention est placé directement sous l'influence du médecin prescripteur et reste marqué par une démarche thérapeutique associée aux pathologies identifiées :

« *Ici on fonctionne par prescription médicale. Donc c'est le médecin rééducateur du centre, enfin les médecins du centre qui nous font une prescription balnéo, APA... »* (Corentin, EAPA SMR 1) :

« *A chaque fois, c'est des créneaux d'une heure. Oui, c'est ça. Cinq jours d'affilé. Les groupes, c'est un peu le même principe. Sauf qu'eux ils suivent le même emploi du temps à la demi-journée également. Sur les groupes, il y en a qui ont de la kiné qu'une à deux fois par semaine. Il y en a qui n'ont de l'APA que deux à trois fois par semaine. L'ergo, pareil, c'est... Les groupes, c'est un peu différent parce qu'il y a aussi l'intervention de la diète. Il y a pas mal de psy sur les groupes (...). On a une grande liberté dans une activité qu'on propose »* (Grégory, EAPA SMR 1)

« *Nous avons un premier atelier d'activité physique où ce sont les patients les plus autonomes euh les plus donc à la fois les plus autonomes mais aussi ce qui sont en, qui ont les meilleures capacités fonctionnelles avec lesquels on peut travailler de manière un petit peu plus intense et qui peuvent être prêt le matin. Sinon ce sont principalement les après-midis sur lesquelles ont lieu les créneaux d'activités physiques et de kiné où là on va avoir euh sur une heure et demi à peu près on peut avoir une bonne trentaine de patients à plusieurs rééducateurs. »* (Quentin, EAPA SMR 2).

Les propositions de programmes d'APA en EHPAD sont particulièrement sensibilisées au maintien de l'autonomie et à la prévention des chutes qui sont des préoccupations essentielles en raison des publics dépendants accueillis. L'objectif de bien-être est également jugé important et représente un argument utilisé de façon récurrente pour justifier l'APA sous un angle plus axiologique :

« *Maintenir l'autonomie le plus longtemps possible pour les résidents parce que c'est vrai que la population est très vieillissante il y a de plus en plus de résidents en fauteuils, grabataires ou ceux qui ont des troubles cognitifs et eux c'est pas forcément simple de leurs faire faire une activité parce qu'ils ne comprennent pas »* (Bénédicte, Cheffe de service EHPAD ML).

« *Maintenir, on va dire, l'autonomie le plus longtemps possible. C'est-à-dire qu'il faut que la personne soit autonome le plus longtemps possible. Alors quand j'ai le plus longtemps possible, ça peut être des fois quelques semaines. Après, ça peut être quelques années aussi pour quelques personnes. Donc l'objectif, c'est ça. C'est que le patient ou le résident puisse, on va dire, bien vieillir dans de bonnes conditions le plus longtemps possible et être autonome le plus longtemps possible. »* (Jérôme, éducateur sportif EHPAD II).

« *Axe majeur objectif prévention des chutes. Ça a été initié par l'établissement lors de la rédaction du projet d'établissement où figurait l'axe fragilité dont l'APA est en lien avec la nutrition et la dénutrition. Non ça a été directement l'établissement qui l'a mis en place de sa propre initiative »* (Éloïse, Directrice adjointe EHPAD III).

« *Moi je trouve ça intéressant parce que ça permet aux résidents de maintenir une certaine autonomie ça permet aussi d'éviter les chutes à répétitions, ça permet de garder la motricité et même mentalement un résident qui participe il se dit voilà qu'il est encore capable et le fait de se le dire c'est important pour leurs bien-être, donc même que mentalement et moralement la gym ça peut leur faire que du bien, forcément ils vont se dire qu'ils sont capable et c'est important pour eux »* (Victorine, animatrice EHPAD Le C).

« je trouve ça très important pour les résidents il faut agir pour maintenir leurs capacités puis ça leur fait du bien ils sont très contents de cette activité (...) pour moi il n'y en pas d'inconvénients, c'est que c'est favorable ça permet le maintien de leurs capacités puis pour la dynamique de groupe l'entente ça leurs fait du bien de faire des activités en collectifs comme ça aussi » (Lola, psychologue EHPAD Le C et ML).

« c'est évidemment du maintien de l'autonomie et c'est le fait de pouvoir le responsabiliser (résident EHPAD) aussi dans l'importance de faire tous les jours de l'activité physique et de lui faire conscience que moins on en fait plus on en perd et on perd vite » (Bruno, directeur EHPAD Les 3)

Notons au passage que le contexte d'intervention en APA reste à la fois envisagé sous le sceau de l'animation et sous celui de l'intervention thérapeutique. De ce point de vue, la tentation d'instrumentaliser l'enseignant en APA est grande en lui confiant, également, un rôle d'intervenant d'activité sportive auprès des professionnels de l'établissement, comme l'illustre l'entretien avec le directeur de l'EHPAD Les 3 :

« il y a déjà des années on était sensibilisé sur le sujet et quelque part on avait cette double volonté à la fois maintenir l'autonomie des résidents mais aussi d'intégrer la démarche au bien être des salariés avec du réveil musculaire ou un accompagnement physique (...) je pense vraiment à ce que représente votre fonction par rapport aux salariés (s'adresse à la stagiaire EAPA) c'est de rendre tous les salariés acteurs par rapport à l'activité physique et je pense que c'est essentiel par rapport à nos salariés qui prennent conscience de l'importance de prendre soin de soi de son corps de ne pas le maltraiter, le respecter voilà (...) je pense en fait il faut vraiment associer l'APA à l'accompagnement aussi des salariés ça doit faire partie intégrante de la mission (...) ça va permettre aussi de décloisonner les services » (Bruno, directeur EHPAD Les 3).

Ce mélange des fonctions conforte le constat selon lequel l'intégration de l'APA dans le parcours de soin reste limitée dans un contexte où la coordination entre l'EAPA et les autres acteurs peut apparaître comme minimaliste au vu du statut « hybride » d'animateur/enseignant qui lui est attribué

Pour ce qui concerne les opérateurs associatifs dans le domaine du sport-santé/APA, le cadre argumentaire mobilisé insiste particulièrement sur une mission de service public favorable au maintien de l'autonomie valorisant l'utilité sociale des actions menées dans le développement de l'APA/sport-santé. Cette rhétorique s'exprime en lien notamment avec les attentes des financeurs, des interlocuteurs des collectivités locales et du public visé. En ce sens les groupement étudiés (associations / Maisons Sport-Santé) apparaissent comme de véritables entrepreneurs de santé proposant une offre de service répondant aux risques sanitaires du vieillissement couplé aux risques associés à la sédentarité des personnes de 60 ans et plus :

« On peut parler de mission, de l'association, je pense, la mission, comme ça, ça déclinera les objectifs, c'est participer à l'amélioration de la qualité de vie des seniors grâce à la pratique régulière d'une activité physique adaptée à la santé, permettre aux personnes avançant en âge de rester acteurs de leur vie personnelle et sociale. C'est la mission de l'association. Donc, de là, on a découlé les valeurs, on l'a fait, à l'association, bien-être, bien vieillir, santé, et ... au cœur de tout ça, c'est l'autonomie. Donc, les objectifs, c'est promouvoir la pratique d'une

activité physique raisonnée, régulière et raisonnable au service de l'autonomie de la personne. C'est proposer une offre de pratique physique adaptée aux besoins des personnes avancées en âge au plus près de leur territoire de vie, ça, c'est important. Assurer un continuum de pratique physique adaptée via le numérique, avec un programme spécifique de visioconférence. Après, c'est lutter contre l'inactivité physique des seniors et des seniors les plus fragiles. En fait, on le verra peut-être après, on se positionne sur la fragilité. Développer le lien social. Et le dernier, ce qui est un petit peu hors-jeu, on va dire, mais c'est valoriser notre utilité sociale sur le territoire. Parce que l'utilité sociale, ça va nous permettre d'assurer les barrières et les financements aussi. » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge).

3. Modèles de pratiques / visées d'intervention

Concernant les modèles de pratiques d'APA, les propositions faites sont le plus souvent énoncées comme étant adaptées aux publics visés. Le degré de précision de l'enquête ne permet pas de le vérifier à un niveau d'échelle suffisant. Les données recueillies traduisent une volonté d'adaptation aux pathologies des publics concernés qui est néanmoins mise à mal en raison de la constitution de groupes hétérogènes ... dans un cadre peu propice à des formes individuelles d'encadrement. Dans tous les cas, les supports de pratiques sont variés bien qu'ils mobilisent souvent des modèles d'exercices à visée d'entretien.

C'est le cas des propositions faites au CHU :

« Alors ils me disent « moi, si on me passe au sol, je n'y vais pas ». Alors si, si la gym reste au sol toute la séance, c'est bon mais après, si c'est trop... aussi, à l'inverse, ça peut être trop facile. On reste que sur une chaise, on remue les chevilles et les poignets, enfin c'est bon quoi. Il n'y a pas de demi-mesure, d'entre deux. (...) . Après, ce qui est très à la mode, c'est le yoga, le tai-chi et tant mieux si ça fait du bien ! Et je vois clairement, avec les personnes âgées... alors moi, j'en fais un peu plus, au bout d'un mois de séances, je fais trois, quatre séances un peu plus cool, allongés au sol, relaxation, étirements, pour leur montrer également du renforcement allongé au sol. Donc des choses qu'ils peuvent très bien faire et du coup, ils sont hyper-surpris et hyper-contents aussi d'avoir une autre façon de faire, en fait » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

La question de la motivation des patients reste centrale car vectrice d'engagement. En ce sens les formes de pratiques utilisées comme support d'intervention tiennent compte des représentations sociales des personnes aînées :

« Ce qui a guidé, c'est la qualité de prise en charge du patient de joie d'améliorer la qualité de prise en charge. (...) c'est aussi L'activité en elle-même, c'est-à-dire la danse. C'est quelque chose qui. Le principe même qu'il y a derrière la danse, quoi l'aspect de, de bouger au niveau corporel, mais aussi ce que ça peut représenter la personne âgée. » (Mégane, cadre de santé CHU).

« Il y a un gros travail sur la motivation, l'implication et la stimulation, parce qu'il y a pas mal de personnes âgées, avec le fait de se retrouver hospitalisées, leurs douleurs chroniques ou même leur âge, qui auraient tendance à rester dans leurs chambres. (...) L'impact positif est que souvent on voit une évolution chez la personne, que ce soit dans le bien-être ou dans le fait qu'elle devienne autonome dans ses déplacements avant de rentrer chez elle. » (Clémence, EAPA CH a).

L'intervention en SMR est particulièrement cadrée par l'exigence de protocoles de soins, bien que cela n'interdise pas de varier les supports de pratiques corporelles, pour partie inspirés d'exercices de préparation physiques adaptés aux capacités fonctionnelles des patients :

« On a des protocoles qui sont faits classiquement... on se sert de ceux qui sont faits par les chirurgiens, de reprise, d'appui, de renforcement musculaire en chaîne ouverte, etc. On s'appuie plutôt là-dessus. Et nous, on s'est fait, entre nous et les APAS, on s'est fait des protocoles... à partir de combien de temps on fait faire du vélo » (Mathias, EAPA SMR 1).

« Nous avons un premier atelier d'activité physique où ce sont les patients les plus autonomes euh les plus donc à la fois les plus autonomes mais aussi ce qui sont en, qui ont les meilleures capacités fonctionnelles avec lesquels on peut travailler de manière un petit peu plus intense et qui peuvent être prêt le matin. Sinon ce sont principalement les après-midis sur lesquelles ont lieu les créneaux d'activités physiques et de kiné où là on va avoir euh sur euh ...une heure et demi à peu près on peut avoir une bonne trentaine de patients à plusieurs rééducateurs. » (Quentin, EAPA SMR 2).

« Après, globalement, on fonctionne un peu pareil tous les quatre. Sur la semaine, on va avoir une séance qui est plutôt orientée cardio. Après, il y a toujours une partie échauffement, cardio tous les jours un petit peu. Une séance où on va plutôt faire des abdos, abdos, dorsaux. Une séance un peu circuit training. Après, une séance où on fait ce qu'on n'a pas pu faire dans la semaine. Et après, le vendredi, souvent, il y a un peu de cardio ou un peu de renfo. Et derrière, après, on termine par des activités ludiques, entre guillemets. (...) Mais qui ont quand même un intérêt pour le patient dans sa pathologie. Donc, ça peut être du basket, tennis de table, tir à l'arc... » (Grégory, EAPA SMR 1).

Dans le cadre des EHPAD, comme nous l'avons déjà signalé, les modèles de pratiques sont partagés entre des pratiques à visées d'animation ou d'occupation, jusqu'à des pratiques ayant une visée de prévention secondaire, voire tertiaire (Feillet 2018 ; Génolini & al., 2021) :

« Le sport adapté, ...fin l'activité physique adaptée, pour moi c'est quelque chose d'hyper important parce que, bon je le dis avec mes mots hein. Je trouve que c'est hyper important parce que déjà quand il y avait avant toi, Justine que moi j'ai connu euh ...je trouve que c'est hyper important parce qu'en fait les résidents se motivent davantage. J'ai pas des grands groupes comme ce que tu as et alors pas sur une activité voilà quand on faisait la gym j'avais pas autant de monde alors je suis pas diplômée ça c'est sûr mais c'est vrai que ils sont hyper content, ça les stimule et c'est hyper important pour qu'ils gardent leur autonomie. » (Brigitte, Animatrice EHPAD Le C).

Le développement d'une pratique d'APA plus en phase avec l'exigence de lutte contre la perte d'autonomie conduit à mettre en évidence l'exigence de disposer de personnels pérenne disposant des compétences d'intervention auprès de publics fragiles tout en valorisant ce type de pratique de soins auprès du grand public :

« Il faut que les médias en parlent plus et là les familles demanderaient par exemple si il y a de l'APA et ça aurait plus d'impact au niveau de la population, en général donc au même titre qu'ils demandent si il y a un médecin ou un animatrice il faudrait qu'il y est un APA donc pour

le développer il faut que le domaine se fasse plus connaître » (Bénédicte, Cheffe de service EHPAD ML).

« Je pense ça serait bien qu'il y ait un intervenant qui vienne tout le temps comme tu fais maintenant mais voilà par exemple une fois diplômée que tu continues à gérer les trois structures comme ça mais de toute façon c'est sûr qu'une fois diplômé quand tu auras finis ton cursus il faut trouver une solution car on pourra pas passer de toi à rien du tout ça n'aura pas de logique, donc il faut poursuivre, parce que (nom d'opérateur externe) c'était pas du tout la même dynamique donc pour moi j'avais arrêté (opérateur) à l'époque au (EHPAD Le C) parce que ça ne marchait pas du tout ce qu'elle proposait je pouvais le proposer alors j'avais dit au directeur que je n'y voyais pas d'intérêt on paye pour, alors que pour moi il n'y avait pas d'intérêt mais ce qu'elle proposait c'était pas thérapeutique je pouvais le proposer, je m'en sentais capable de le faire et les résidents me disaient qu'elle ne servait à rien elle faisait la même chose » (Victorine, animatrice EHPAD Le C).

Plus largement, le modèle de pratique d'APA à dimension préventive, qui semble être de plus en plus privilégié en EHPAD, conduit à poser la question du périmètre d'intervention de ces acteurs, notamment au regard des professions telles que kinésithérapeute ou psychomotricien :

« je pense que sa mission c'est d'être complémentaire de celles des kinés puis que ce sont quand même deux choses complètement différentes parce que le kiné il va se concentrer sur une problématique particulière même si ils peuvent faire de la rééducation à la marche mais ils sont là si il y a voilà une fracture de hanche c'est spécifique s'occuper de la lésion en question donc c'est complémentaire de la kiné, c'est complémentaire de tout le reste, c'est un autre lien pour les résidents aussi je pense que c'est un intervenant différent parce qu'on est pas dans le soin physique direct comme les aides-soignants ou les infirmiers » (Tania, médecin coordinatrice EHPAD Les 3).

« Il (le projet) est travaillé en équipe pluriprofessionnelle sur l'établissement et la mise en place elle découle du projet d'établissement et du projet de vie sociale. Alors des partenaires pas forcément à part Mme (nom) la Kiné qui intervient pour les bilans chutes mais après il n'y a pas d'autre partenaire. L'objectif commun c'est la prévention des chutes et le retardement de la dépendance La collaboration s'est faite en plusieurs temps avec des temps de réunion en représentant à chaque fois les objectifs de l'APA et sur plusieurs séances afin que tout le monde se sente concerné par le projet (...) On organise tous les deux mois, un comité milieu de vie où on fait un bilan de toutes les activités qui sont proposées aux résidents sur l'établissement et on leur demande s'il y a des activités qui les intéressent plus ou moins tout en sachant que l'activité physique est quand même importante pour leur autonomie pour certains ou pour le maintien des capacités et après on réévalue à ce moment-là » (Éloïse, Directrice adjointe EHPAD III).

Pour ce qui concerne les formes d'actions associatives à destination des aînés, les propositions peuvent varier selon pathologies décelées et dépendent des publics concernés qui sont plus ou moins autonomes. Elles se basent sur une diversité d'objectifs pouvant s'accompagner d'une diversité de formes de pratiques : dans une démarche de reprise d'activité, de découverte de nouvelles activités, de pérennisation de l'AP pratiquée, voire selon une logique d'utilité dans les gestes du quotidien :

« L'objectif principal (de la MSS) c'est favoriser l'amélioration de l'hygiène de vie des personnes atteintes de pathologie chronique ou au niveau d'autonomie limitée des personnes qui ont aussi des difficultés économiques ... voilà ! on s'est pas restreint sur l'âge ni le territoire. » (Alix, Délégué départemental MSS UFOLEP).

« On a trois grands domaines qu'on appelle sensibilisation, découverte et pérennisation. Donc, ces trois grands domaines... De ces trois grands domaines découlent nos différents programmes, on va dire. (...) C'est vraiment pour promouvoir les activités physiques (sensibiliser) auprès de ce public. Et aussi, être connus avoir de nouveaux collaborateurs. Et ça comprend tous les événements, les salons, les conférences qu'on peut faire aussi. Et toutes les manifestations fédérales également. (...) le deuxième, c'est être acteur de sa pratique, donc, ce qu'on appelle découverte. Donc, c'est des tout petits programmes qui vont de quatre à six semaines à peu près. Pour que les gens aient quelques minutes pour passer. Donc là, dans ce programme ... découverte, bien sûr, on trouve des évaluations. Ensuite, suite à ces évaluations, on va... On fait une initiation à la pratique d'activités physiques adaptées. Et les personnes, si les personnes sont convaincues, on va dire, on leur propose après un programme beaucoup plus pérenne. Les programmes découverte aussi, ça peut être à la demande d'une collectivité, par exemple, ou des caisses de retraite. (...) Ce programme découverte, c'est tous nos prototypes de programme. C'est-à-dire, la visioconférence, on a mis deux ans avant de demander un financement de la part des personnes ... c'est aussi de la découverte. C'est vraiment tous les nouveaux programmes que l'association passe par ce compartiment découverte. Et après, le dernier, c'est la pérennisation. C'est une fois qu'on a installé les personnes dans la pratique régulière. Et aujourd'hui, donc, ces trois compartiments, c'est le compartiment pérennisation qui est vraiment très développé, parce qu'en fait, toutes les semaines, on a à peu près 300 pratiquants qui pratiquent avec de manière hebdomadaire. » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge).

« ... on fait souvent des parallèles avec ce que ça peut leur apporter dans leur vie courante, dans leur vie quotidienne. Où ça peut les aider, les améliorer, les mettre en sécurité aussi. Par exemple au niveau de l'équilibre, par rapport à leur douleur aussi peut être trouver des astuces pour faire tels ou tels mouvement, un moyen détourné de faire un mouvement mais d'une manière différente si ils ont mal aux épaules, s'ils ont mal au dos. Comment ils peuvent adapter et donc on fait toujours le parallèle avec la séance. » (Dany, Infirmière Asalée Maison partagée).

II.B-c Modèles de mise en œuvre, ajustement des acteurs et reconnaissances de l'APA

Ce chapitre interroge plus particulièrement les modes d'ajustement entre les acteurs impliqués dans le développement de l'activité physique adaptée selon les quatre contextes d'intervention étudiés.

Les données recueillies mettent en évidence des formes de « conventions » qui réunissent les acteurs, que nous définissons comme « *ensemble de représentations collectives qui s'expriment dans des organisations, des institutions, et orientent la manière dont les acteurs agissent en leur sein* » (Boltanski & Thévenot, 1991), tout en pointant des tensions épistémiques (Collinet & Terral, 2013) entre les acteurs du champ sportif, du secteur de l'APA et du monde médical.

Comme nous l'avons déjà indiqué, ce cadre d'action implique une coordination des acteurs correspondant « *au souci très général d'ajustement réciproque des actions entre différents protagonistes* » (Dodier, 1993 : 69). De ce point de vue, chaque acteur réalise des actes qui doivent être intelligibles par les autres acteurs afin que cette coordination puisse être ajustée continuellement. Selon les dispositifs et les différents cas de figure rencontrés les représentations des acteurs peuvent être des ressources ou des contraintes dans l'action, selon les niveaux de partage entre les différents protagonistes. Il s'agit ici de mettre en évidence les principales représentations exprimées à propos de l'APA et d'analyser leurs impacts facilitateurs ou freinateurs.

Cette démarche a un intérêt dans l'étude des coordinations car elle permet d'observer le degré de cohérence concernant les représentations entre acteurs du point de vue de la logique organisationnelle mise en œuvre (Husser, 2009). Les représentations qui accompagnent ces collectifs débouchent ainsi sur des modes de coordination plus ou moins maximalistes, à mesure qu'ils se déploient dans le temps (au cours de différentes séquences du développement) mais également dans l'espace, en différents lieux, avec de multiples acteurs (Dodier, 1993). La coordination minimaliste correspond à une intercompréhension limitée et instantanée sans ajustements, autrement dit les acteurs présents dans le dispositif s'entendent sur les bienfaits de l'APA mais sans se positionner, ni échanger autour de sa présence. La coordination est présente par défaut et souvent peu consciente dans des secteurs d'intervention qui cohabitent. Alors que la coordination maximaliste est source de jugements, de délibérations, d'arguments et repose sur une validité universelle partagée entre des acteurs ayant un objectif commun. Elle implique donc des échanges, des conceptions partagées et un ensemble d'actions réalisés conjointement.

1. L'impératif de l'évaluation comme levier d'action publique

Sur un plan conventionnel, l'impératif de l'évaluation des personnes âgées concernés par les programmes d'APA s'affirme dans la très grande majorité des dispositifs étudiés. S'agissant de critères de fragilité, les tests mobilisés sont souvent partagés par la plupart des intervenants. Cette situation apparaît aussi comme une forme de « *gouvernement par l'évaluation* » dans la mesure où les structures médicales, tout autant que les financeurs, imposent l'utilisation de modèles d'évaluation permettant à la fois d'adapter les interventions et de vérifier les effets des programmes d'APA. Les données chiffrées recueillies permettent de rendre compte du degré de fragilité des publics concernés tout en renforçant les échanges entre professionnels de la santé, offrant un gage de sérieux, de professionnalisme et de scientificité dans un contexte marqué par l'Evidence Based Medicine.

Cette situation, impliquant une évaluation maîtrisée des publics visés, est constitutive des programmes d'APA proposés dans les CH et CHU, marqués par des règles institutionnelles prégnantes et une logique du raisonnement clinique :

« Alors c'est à la fois une obligation institutionnelle. Pour qu'il y ait un codage d'activité associé. Et aussi parce que l'évaluation, c'est le point de départ du raisonnement clinique. Donc, si tu n'as pas d'évaluation initiale, tu ne peux pas savoir quel type de proposition d'intervention va faire donc du coup. Ça, ça conditionne le raisonnement clinique. » (Mégane, cadre de santé CHU).

Selon les acteurs interrogés, tous les programmes proposés en CH et CHU sont basés sur un protocole d'évaluation clinique validé. C'est une condition à leur inclusion :

« On fait un checkup global, mémoire, nutrition et fonctionnel, le physique, pour voir si... de quel avis ils ont besoin, qu'est-ce qu'on peut leur mettre en place pour établir un plan de soins, un plan de prévention avec eux. Bien sûr, en mettant en copie le médecin traitant puisque de toute façon, c'est peut-être le médecin traitant qui lui nous l'a adressé. Donc voilà, on travaille de manière coordonnée. » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

« On va évaluer, on va faire un bilan initial d'évaluation. Donc on va voir un peu ces capacités, ses besoins aussi, ce qu'il aime, ce qu'il n'aime pas. Et à partir de là, on va fixer ensemble des objectifs et on va pouvoir choisir le type d'activité à privilégier (...) ce sont des patients fragiles, ça c'est sûr. Ensuite on le sait par rapport au dossier du patient, par rapport à toutes les informations que l'on communique en équipe tous les jours en transmissions, et c'est pour cela que l'on peut justement savoir quel type d'exercice on peut leur proposer. (...) Alors on a plusieurs outils, on a des échelles pour évaluer la douleur (...) Un patient qui vient pour une chute à domicile. On va l'évaluer évidemment, on va tester son équilibre par exemple avec le test du Tinetti et ensuite par rapport aux résultats de ce test on va fixer des exercices et on va travailler sur tout ce qui est équilibre, proprioception, les obstacles » (Clémence, EAPA CH a).

Les informations recueillies à partir des évaluations représentent de nouvelles connaissances sur l'effet positif de l'AP sur la santé. Si l'on se base sur les recherches menées par les CH et CHU, c'est un domaine nécessitant encore des expérimentations. Les savoirs épistémiques validés sont au cœur d'un enjeu de reconnaissance encore perfectible sur l'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse, preuve que cette affirmation n'est parfois pas jugée encore assez robuste.

Dans le cas du Centre Hospitalier b, l'étude réalisée en post-doctorat par Eva, a pour objectif de mieux maîtriser les protocoles d'intervention permettant de savoir ce qui motive réellement un patient à s'inscrire de manière pérenne à la fois dans une activité physique et dans la prise de son traitement médicamenteux :

« *On fait des tests, on fait le SPPB ; donc il y a le test de marche, L'XXX (illisible) au bout de 30 secondes et la force de préhension. Et en fonction du coup, il y a des seuils qui sont validés dans la littérature là, puis en fonction des seuils, je sais où est-ce qu'ils en sont et je leur donne des exercices adaptés, sachant que nous on met quand même des exos SP, membres INF et équilibre. On travaille un petit peu la mobilité du dos mais les membres sup, on travaille quand même pas trop, trop. On est vraiment plus focalisés sur le membre inf. et l'équilibre* » (Eva, EAPA et post-doc CH b).

Si l'on porte l'attention sur les structures intégrant l'APA en pôle de SMR, on constate également une grande importance accordée à l'évaluation de la santé des patients et au rôle que peut jouer l'activité physique. Cela fait l'objet de plusieurs bilans qui accompagnent les soins à plusieurs moments de l'intervention, en étant réalisés par plusieurs professionnels impliqués dans le projet de rééducation :

« *Le projet sur la rééducation dès l'entrée du patient il est, il est vu, il est bilanisé que ce soit par le kiné, l'APA, l'ergo, la psychomot. Et en fonction euh du motif d'entrée chez nous, en fonction des capacités qu'il a, il aura un certain type de prise en charge qui peut être emmené à évoluer pendant le séjour en fonction de la récupération ou dans certains cas de la, de la régression du patient. La fatigue, l'évolution de la pathologie euh c'est pour ça qu'aussi toutes les semaines on a des réunions pluridisciplinaires qu'on a avec des euh toutes les équipes, médecins, infirmiers, aides-soignants, assistante sociale et la rééducation. (...) On a le logiciel patient (...), on a le DPI, le dossier patient informatisé donc on y met tous nos bilans, observations des ateliers, de la prise en charge individuelle ou collective, l'évolution du patient. Et ça tout le personnel y a accès donc même s'il n'y a pas le temps d'échanger avec mon collègue de vive voix ou lors de la réunion, il y a toujours une trace dans le euh dans le dossier du patient sur ce qui a été fait et quand ça a été fait. Du coup même pour les équipes soignantes, avant de chercher à nous joindre ou s'il y a besoin d'une information normalement dans le dossier c'est tracé. Elles ont l'évolution du patient donc en cas de besoin, elles peuvent toujours se référer à ce dossier-là avant de nous appeler pour avoir l'information. (...) Dès l'entrée du patient, il va être bilanisé que ce soit kiné, APA, ergo ou psychomot. Le kiné quasiment systématiquement fait le bilan chez nous donc du coup déjà c'est une première approche, une première euh un premier coup de râteau entre guillemet sur euh ...dans quel groupe on peut mettre le patient, dans quelle catégorie le patient va se situer. Et après s'il y a une prescription APA, nous on va faire notre bilan à nous ce qui va venir confirmer l'avis du kiné ou au contraire ça arrive euh on va avoir un œil un petit peu plus euh un peu plus poussé au vu des ateliers qu'on fait et là on verra si ça correspond un peu plus ou pas. (...) une fois qu'ils sont bilanisés, on les met dans les ateliers ou non et ça s'est réévalué entre nous de manière un petit peu quotidienne. Souvent sur nos réunions entre nous, réunion de rééducation, là on va vraiment venir faire un point un peu plus euh officiel on va dire où tout va être mis à jour pour que le patient puisse changer de groupe si ça va mieux ou au contraire si ça va moins bien. (...) En APA, on va vraiment euh plus se baser sur le test de Tinetti, le SPPB qui vont nous donner déjà deux bons, deux bonnes images du patient d'un point de vue équilibre et musculaire et du coup comme évoqué avant on intervient sur les trois axes qui sont : renforcement musculaire, équilibre et réadaptation à l'effort. Ça va nous permettre déjà de desseller les déficits du patient, ce qu'il est en capacité de faire ou non. Et ajouté à ça le côté euh autonomie s'il est en fauteuil, s'il a une aide technique à la marche ou pas* » (Quentin, EAPA SMR 2).

« Un test intermédiaire aussi pour réaxer notre prise en charge et nos... On sait à l'avance quand ils sortent. Dans la semaine où ils sortent, on fait des tests de sortie. On s'en sert pour faire nos bilans. Qu'est-ce qui a évolué ou pas. Et aussi pour orienter le plus le patient. Ça, il faut encore continuer à travailler, plutôt ça (...) Livret, voilà. Beaucoup les livrets qu'on a fait par groupe... Il y a un livret pneumo, il y a un livret... » (Mathias, EAPA SMR 1).

Les programmes d'AP proposés en EHPAD n'échappent pas à la règle instituée dans un cadre médicalisé. L'évaluation agit comme un levier des politiques sanitaires instaurant un contrôle des programmes proposés. Comme le soulignent les extraits d'entretien qui suivent, la démarche s'impose nécessairement : « *il faut être réaliste, pour convaincre les professionnels de santé, il faut leur apporter du concret.* » (Daniel, représentant des aidants EHPAD Les 3).

« *Je pense que sur l'évaluation des personnes accompagnées pour se rendre compte de l'évolution et des bienfaits que peut avoir cette pratique. Ça je pense que ce serait intéressant de le faire évoluer, je sais pas comment. Et puis aussi je pense que, je sais pas si tous les professionnels de l'institution ont un regard sur l'activité physique adaptée auprès de la population, mais le fait d'avoir en tout un suivi, des évaluations, « bin vous voyez là il y a ça » bin je pense que ça aiderait en tout cas les pros à prendre conscience de ça.* » (Annette, Animatrice ML et Le V).

Selon les établissements concernés les évaluations sont faites pour partie (diagnostic initial) ou totalement par le médecin. Dans tous les cas il occupe une place prépondérante comme caution scientifique et institutionnelle :

« *C'est le médecin qui fait des évaluations sur chaque personne et qui permet ensuite d'établir les groupes en fonction de leurs capacités. C'est le médecin qui donne des recommandations en fonction des pathologies des résidents et qui fait une évaluation au moment de l'entrée du résident et qui après réévalue tout au long de leur séjour. (...) Le fait qu'elle soit rentrée en EHPAD, au niveau de l'échelle de la fragilité, elles sont déjà au niveau maximum et à la limite de la dépendance donc c'est de la prévention mais tout en essayant quand même de travailler le reste des capacités. Les échelles de fragilité, c'est la grille d'autonomie, l'ADL qui est réalisé par le médecin à l'entrée du résident. Et après il y a différents outils comme la grille Gir qui est aussi établie à l'entrée du résident, lupengo, la vitesse de marche, il y a différents outils qui peuvent être mis en place.* » (Éloïse, Directrice adjointe EHPAD III).

Le médecin peut toutefois être supplié par l'intervenant en APA, selon un principe de délégation, comme l'indique la médecin coordonnatrice du groupe d'EHPAD Les 3 :

« *Alors typiquement, au pays des Bisounours, si on avait suffisamment de temps d'activité physique adaptée par exemple dans certains bilans de prise en charge particulier dans le domaine de la nutrition notamment où ça a changé où le diagnostic de la dénutrition a évolué on ne parle plus uniquement en terme biologique et de poids mais aussi les critères phénotypiques et les critères de masses musculaires, d'évaluation de la sarcopénie voilà et typiquement cette évaluation de la partie capacité musculaire c'est totalement illusoire de demander aux aides-soignants de faire les évaluations, les cinq lever de chaise, le Tinetti voilà c'est ce genre d'évaluation qui dans certains structures sont faites par les psychomot mais qui ont pas forcément des temps extensibles non plus donc imaginons une super structure où il y aura un psychomot, un ergo, un APA ça serait des bilans à répartir effectivement on pourrait penser que certains résidents ne sont pas dénutris mais qui ont pourtant ce facteur de risque*

sarcopénie voilà donc on reviens là donc typiquement ça serait un créneau qui pourrait être pour les APA parce que normalement dans l'évaluation gériatrique standardisée qui normalement doit être faite à l'entrée de chaque résident donc l'évaluation psycho, nutritionnelle, de la santé bucco-dentaire enfin normalement on doit tout checker mais bon on essaye de faire au maximum mais il y a des domaines qui pêchent faut pas se leurrer mais ça serait une façon intéressante et importante pour le fonctionnement » (Tania, médecin coordinatrice EHPAD Les 3).

Cette exigence d'évaluation est renforcée par les règles d'attribution des financements de l'ARS qui oriente ainsi les formes d'interventions tout en exerçant un contrôle, comme le confirme l'intervenant de l'EHPAD II :

« Avant de lancer l'atelier, il fallait que chaque personne soit testée (rappel convention ARS). Donc, je fais des tests comme ça, un peu d'autonomie et d'autonomie dans la marche. Du coup, quand on arrive dans l'établissement, il faut le faire avec tout le monde. Donc, ça prend du temps. Par contre, une fois que l'atelier est mis en place, que les résidents, on les connaît. Je fais cette évaluation lorsqu'une personne vient de rentrer dans l'établissement. L'avantage, c'est que dès le début, je sais si la personne peut marcher longtemps, si je peux l'inclure dans l'atelier marche, si je peux l'inclure dans l'atelier gymnastique douce. Aller marcher à l'extérieur, pour eux, c'est super important, parce qu'il y en a beaucoup qui ne peuvent plus le faire ou qui ne peuvent pas le faire comme ils le voudraient. Donc, une sortie extérieure, c'est important, mais très peu peuvent le faire. C'est-à-dire que moi, sur les 83 résidents de l'établissement, sur une marche extérieure qui va durer une heure à peu près, même si on va s'asseoir sur les bancs, j'ai peut-être 3, 4 personnes maximum qui peuvent le faire. Voilà. Et le marché, il est à quelle distance ? Il est à 600 mètres. (...) Moi, je vais vraiment faire ceux en lien avec l'activité que physique. Donc moi, les tests, c'est marche ou pas marche, si oui, combien de pas, donc un mètre. Je fais un test d'équilibre aussi, équilibre de pied. Donc debout, combien de temps ils peuvent rester sans tenir quelque chose. Après, je fais des tests d'amplitude au niveau articulaire, surtout mobilité, au niveau épaules, tests de préhension, tests musculaires, donc se lever d'une chaise, se rasseoir, combien de fois je peux le répéter sans m'arrêter. C'est-à-dire que chaque fois qu'on fait quelque chose dans l'institution, il faut le marquer pour prouver ce qu'on a fait auprès des contrôles » (Jérôme, éducateur sportif EHPAD II).

Le principe d'un contrôle par l'évaluation caractérise également le fonctionnement des groupements associatifs en sport-santé et/ou APA, dans la mesure où le financement dépend de la capacité des acteurs à se conformer à ce qui est attendu d'eux, dans un cadre placé sous l'influence des ARS (imposant des tests validés et référencés) :

« On a tout... Tous les indicateurs... Tous les indicateurs à rendre. (...) selon les critères de Fried. Peu de robustes, pas mal de fragiles. (...) Alors, c'est des outils référencés. Nous, ça veut dire, il y a du SPQB, il y a du Time Up & Go, il y a (...) l'unipodal, bien sûr. Unipodal. Laf. Mais il y a aussi... Il y a aussi un questionnaire, par exemple, sur la courbe chutée, sur le FESR. Il y a les chaînes... On utilise aussi, mais ça c'est pas l'évaluation, mais les chaînes de bord pour l'intensité à l'effort. Talking et walking aussi, marcher, parler. C'est un concept. C'est ça,

mais c'est intéressant, en fait. Time Up & Go, voilà, c'est très typé, ouais. » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge).

« Oui y a une évaluation de départ, une évaluation intermédiaire à 5-6 mois et une évaluation finale. Il y a la force des mains, le manomètre, il y a l'équilibre ... Il y a la force des mains, le manomètre, il y a l'équilibre ... l'unipodal, le test de la souplesse, l'enroulement voir jusqu'où ils peuvent descendre, le lever de chaise, le nombre de temps sur 5 relevés de chaise et la vitesse de marche sur une distance donnée. (...) Oui, à la fin de la séance on leur demande toujours ce qu'ils ont ressenti, comment ça c'est passé, qu'est-ce qu'il leur a plu, ou moins plu. Toujours, on essaye toujours d'évaluer ce qu'ils ressentent. » (Dany, Infirmière Asalée Maison partagée).

Pour autant, les batteries de tests proposées sont parfois discutées et doivent être adaptées, n'étant pas nécessairement jugés efficaces au long terme, comme le confirment Pierre et Lucie à propos du cahier des charges fixé pour les Maisons Sport-Santé :

« L'échelle de fragilité, je m'en suis référé un peu au début tu vois sincèrement c'est pas un outil que je continue à utiliser c'est cette échelle non avec 9 critères et ensuite t'as limitation sévère. (...) alors sur un programme de moi j'avais dit 6 mois en réalité c'est 5 mois et demi on fait 3 tests dans nos conditions physiques donc ce sont les tests standard et Maisons Sport Santé donc qui évalue 6 aspects donc elle est sur les capacités cardiorespiratoires donc on fait le test de 6 mn. marche, test de force donc c'est les test de préhension et celui du lever de chaises ...on a le test de souplesse flexion avant je crois que c'est ensuite ...le test d'équilibre unipodal et ensuite on a le guide « get up and go » donc pour évaluer la mobilité générale devant les tests standards en fait de la des Maisons Sport Santé qui nous sont pas imposés mais fortement suggérés en fait par la plateforme qu'on utilise qui est gouv. et en fait on utilise c'est un ces tests 3 fois dans le cycle donc en début de cycle on va dire quoi après en 3 ou 4 séances en milieu du cycle et en fin de cycle voilà ça nous permet d'évaluer les patients, l'évolution de leurs conditions physiques de se rendre compte qu'il y a des améliorations parce que généralement il y a des améliorations et s'il le faut voilà d'adapter aussi nos séances en fonction des résultats qu'on a obtenus sur ces tests si on voit qu'il y a vraiment des carences sur certains aspects on va peut-être insister sur ces aspects-là pendant les séances et après moi je trouve que ça un réel intérêt pour les patients eux-mêmes en fait pour se rendre compte que au fur des séance et du programme en fait leur condition physique s'améliore puisque généralement on n'est pas surpris à il y a très souvent des améliorations. » (Pierre, EAPA MSS UFOLEP).

« Par rapport à la Maison Sport Santé, on a un protocole bien fléché qui peut nous déranger des fois parce que l'on n'est pas tout à fait d'accord sur les tests utilisés. Du coup on fait le test d'équilibre statique, le TUG, que pour les personnes de plus de 60 ans ou des personnes qui ont un trouble de l'équilibre statique. S'ils n'atteignent pas les 30 secondes je fais le TUG sinon je ne le fais que pour les PA. Test de force pour les membres supérieurs. Test de souplesse, Test de marche (6 mn.) pas forcément adapté, le deux minutes marche sur place est plus intéressant pour certains. Ça nous demande du temps, il pourrait y en avoir d'autres, on les fait car ils nous sont demandés. On les fait pour savoir qui on a en face de nous. Et on a ensuite les questionnaires d'activités physiques et de perception de la santé (test Granier) et ensuite un entretien motivationnel pour savoir si la personne est motivée, quel est son passé avec l'activité physique, qu'est-ce qu'elle met déjà en place ... Encore une fois, même les questionnaires on ne va pas en refaire un. Il y a une discussion qui se fait de fait sur l'entretien motivationnel en particulier. » (Lucie, EAPA coordinatrice départementale CDOS).

Les questionnaires et bilans de satisfaction sont également mobilisés par les intervenants des différentes structures interrogées. Ils apportent des éléments d'information permettant d'évaluer la perception du programme par les bénéficiaires eux-mêmes et de faire évoluer les programmes en fonction des réponses apportées :

« Moi je fais un questionnaire de satisfaction en fin d'année en fait en leur demandant voilà si devait ... on va dire qualifier de 1 à 4 les activités physiques proposées au sein de la maison spirit santé : donc 4 étant j'adore c'est indispensable et 1 je n'aime pas du tout quoi avec une note aussi de 2 à 3 en disant c'est nécessaire j'aime pas mais je sens que ça peut être positif pour ma santé ... en fait il donne une note de 1 à 4 dont chaque patient a la possibilité de voilà de répondre à ce questionnaire et d'évaluer un peu les activités physiques qui leur sont proposées. Et après moi je fais un ... j'essaie de croiser tous les questionnaires et de voir un peu quelles activités leur plaisent le plus et voilà une essayant de tendre vers les activités qui leur plaisent le plus voilà c'est les activités que je vais que je vais proposer davantage et ensuite voilà j'essaie de recueillir un peu oralement leur ressenti sur les séances et en fonction de ça aussi proposer en proposer certaines chose » (Pierre, EAPA MSS UFOLEP).

Notons, en aparté que les modalités d'évaluation mobilisées accordent peu d'importance aux déterminants sociaux, si l'on excepte les quelques questions relevées portant sur les socialisations sportives des personnes âgées et sur leur ressenti. Pourtant, si l'on s'appuie sur les travaux de Nussbaum, il apparaît que « *l'évaluation traditionnelle des limitations fonctionnelles et des aptitudes physiques des patients ne saurait à elle-seule déterminer les possibilités de pratique d'AP d'une personne* » (2012).

Dans le cadre de la recherche interventionnelle menée par Justine Comte et Roxane Etève, les évaluations des limitations fonctionnelles et des aptitudes physiques ont été complétées par un entretien individuel pour tenter de surmonter cet écueil. Pour Roxane Etève, cet entretien a pris la forme d'un bilan éducatif. Il a été réalisé après qu'elle ait pris connaissance du projet personnalisé d'accompagnement (PPA) de la personne et de l'échelle AGGIR qui est indiquée dans ce dernier (cadre imposé par l'EHPAD). L'entretien proposé par la stagiaire en APA est réalisé principalement à partir de questions ouvertes, selon une logique d'entonnoir. Elle permet de poser des questions de plus en plus précises lorsque le sujet a des difficultés à répondre à la question ouverte initiale. L'entretien permet ainsi à l'enseignant APA d'établir les freins et les leviers pouvant impacter l'adhésion de la personne aux différents programmes d'activité physique proposés. L'évaluation se pose donc en termes de "capabilités" définies comme étant « *des possibilités offertes à chaque personne, en respectant sa capacité d'autodéfinition individuelle, ses choix et sa liberté* » (Perrin, 2016).

Notons en guise de transition que l'APA n'a pas été initialement pensée dans le cadre du PPA consulté par Roxane Etève. Ce PPA a constitué un élément de réflexion important de son stage d'alternance montrant, une fois encore, la volonté de dépasser le caractère fragmenté des interventions dans les EHPAD comme pour d'autres établissements de soin :

« c'est la psychologue qui s'occupe du projet d'accompagnement personnalisé (PPA) avec l'aide-soignant ou l'infirmier référent puis qui me le soumet pour voir si c'est conforme à ce qui est attendu, qui le fait signer aux familles puis on le remonte en transmission pour voir ce qu'on a acté, c'est là qu'on prend en compte ce que le résident à besoin d'un point de vue médical, après ce que le résident à besoin selon ses envies si il est en capacité de s'exprimer, sinon ce que pense les familles et on vérifie bien si tout ça, ça correspond à ce qu'il a envie, donc c'est la psychologue qui gère le plus » (Bénédicte, Cheffe de service EHPAD ML).

2. APA et parcours de soin - des dispositifs à géométrie variable

Une des questions importantes posées par l'implémentation des programmes d'APA, particulièrement dans le domaine médical et médico-social, concerne son positionnement dans le parcours de soin.

Dans certains cas, témoignant d'une forme de coordination plutôt minimaliste, l'APA est périphérique au parcours de soin, en étant plus ou moins externalisée. Dans d'autres cas, sa position reste parallèle. Enfin, dans les situations les plus favorables, l'intervention en APA est constitutive de ce parcours dans un cadre assurant une coordination de tous les acteurs au sein de collectifs hybrides. Dans ce dernier cas, la coordination peut apparaître comme maximaliste, bien que l'on constate le plus souvent des asymétries dans l'importance accordée aux professionnels de l'APA et leur degré de reconnaissance par rapport aux autres professionnels. Cela est assez bien illustré par les données relevées lors des entretiens tout en traduisant une grande variété de situations selon les dispositifs :

« Ce qu'on n'arrive pas encore, c'est vraiment à dire à identifier l'activité physique en tant que telle, que voilà, il y a à dire. Elle est un peu parsemée. Finalement, quand on se lève, c'est une forme d'activité physique. Quand on s'habille, fin, voilà, c'est aussi. Donc elle est noyée. Du coup, les gens ne l'identifient pas, tu vois. » (Mégane, cadre de santé CHU).

Le manque de reconnaissance de l'APA est très régulièrement exprimé par les personnes interrogées, à propos de l'amalgame entre l'APA et le sport :

« La représentation que la profession a du joueur de ballon, voilà si on a jamais rencontré un vrai pro (de l'APA) c'est juste quelqu'un qui vient faire trois tours de marche on les perçoit pas comme faisant partie intégrante de l'équipe et on a pas la perception de tous qu'ils pourraient apporter à la qualité de la prise en charge » (Inès, psychologue EHPAD Le V).

Le plus souvent, les dispositifs proposés dans les CH et CHU mobilisent l'APA de façon relativement parallèle au parcours de soin confirmant un cadre de coordination relativement limité. Pour Margaux, Mélanie ou Mégane, la situation semble traduire un fonctionnement qui est plus ou moins intégré (ou prévu de façon parallèle) au suivi des patients accueillis à l'hôpital. Il est pensé également comme étant favorable à un retour à la maison :

« Un plan de soins et ils repartent avec ce plan de soins qu'on partage avec le médecin traitant » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

« c'est des programmes d'activité physique par truc. Et Ben... Par niveau, tu vas avoir par exemple, Ben, la marche. Donc vous pouvez commencer la marche parce que vous avez amélioré votre force musculaire. 5 séries de 5 à 10 secondes, et ça c'est les plus dépendants. Et en fonction du niveau... 2 séries de 20 mn, marcher à un rythme... repos et essorer une serviette 12 fois... et en fait des trucs qui sont quand même assez faciles à mettre en place à la maison. » (Mélanie, EAPA et doctorante CHU équipe régionale).

« Ça a été super (bal participatif), aussi bien pour les professionnels que pour les patients et même pour les équipes médicales et soignantes qui ont trouvé ça génial en fait, d'avoir de la danse de manière un peu plus structurée et intégrée, en fait, à la prise en charge. » (Mégane, cadre de santé CHU).

Le cadre d'intervention de l'APA en pôle de SMR semble plus propice à une forme de coordination plus étroite entre les différents intervenants qui sont davantage intégrés à l'équipe pluridisciplinaire. Dans tous les cas, il réclame des ajustements interprofessionnels plus fréquents, même si l'activité arait avant tout en complément de celle du kiné :

« On est vraiment une équipe pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle sur la rééducation. Du coup l'activité physique pour nous a vraiment une part très très importante dans la rééducation du patient. Dans le sens où l'avantage c'est que nous, nous pouvons travailler en collectif donc prendre plus de patients ce qui allège le travail des collègues principalement des kinés. Et ce qu'on va pouvoir nous intervenir, ce qu'on va pouvoir leur faire faire, facilitera le travail kiné derrière et aussi pour le lien social et euh la santé mentale on peut dire. Parce qu'on a des patients parfois qui sont quand même assez isolés, qui n'ont pas de famille, qui ne voient personnes. L'activité physique reste un moment convivial d'échange et ça leur permet de euh de s'évader un petit peu. Donc au-delà du côté euh ...au-delà du côté physique purement récupération, l'activité physique nous en APA ça a vraiment un rôle qui a grandi au fil des années. L'importance s'est accrue et euh ...il a une reconnaissance à la fois des patients mais aussi des collègues et la direction qui au fur et à mesure des années s'est accrue dans le sens où euh ...on ne va pas dire que sans activité physique la clinique tournerait au ralenti mais la qualité et le nombre de patient qui serait pris en charge seraient énormément impactés » (Quentin, EAPA SMR 2).

« Les rachis, on a que c'est quand même pas mal de renforcement musculaire du tronc ! Je sais que moi, le Parkinson, je fais beaucoup de coordination avec échelle de rythme.... boxe, ce genre d'activités-là. Globalement, oui... endurance... renforcement musculaire. Et après, coordination, équilibre, ça dépend de la situation. La neuro, bah, beaucoup d'équilibres, aussi, au final. Beaucoup d'équilibres statiques ou dynamiques, que ce soit sur des activités ludiques ou... des équilibres de base. Et voilà. Il y a activités extérieures. Oui, le Parkinson marche nordique, je fais pas mal. Les groupes aussi. Oui, tous les groupes. Ça permet aussi de faire ces activités aussi du vendredi, un peu.... Tir à l'arc, ping-pong... ben a permet aussi de leur faire découvrir des activités... et des parkinsons qui font du ping-pong à l'extérieur en club. Et qui entre eux, on finit par monter un réseau » (Mathias, EAPA SMR 1).

La mobilisation de l'APA pour préparer le retour à la maison des patients est mentionnée comme une mission essentielle des EAPA en SMR, favorisant l'autonomie des patients ou orientant vers d'autres prises en charge :

« Donc certains étaient autonomes ...donc là on va vraiment essayer un maximum de leur permettre de récupérer cette autonomie à la fois fonctionnelle nous sur la rééducation mais aussi dans les soins que ce soit pour la toilette, pour les repas, se changer. Pour qu'ils puissent retourner à la maison. Et certains au contraire euh ...ça va être et beh ...limiter la dépendance pour que soit ils puissent rentrer à la maison avec des aides, soit euh ...pour certains, ce sont des placements en EHPAD parce que le maintien à domicile est de plus en plus difficile et que même malgré une bonne rééducation, une bonne intervention ici de notre part, la récupération ou le risque d'être à la maison est trop important : le placement se euh ...se fera. » (Quentin, EAPA SMR 2).

« On a un petit réseau. Chacun... moi avec les Parkinson, etc. voilà. Après, on essaie d'individualiser au max quand ils s'en vont... On leur demande ouais... s'ils ont besoin, quand

on les aide à chercher... à trouver une structure ou quelque chose, est-ce qu'ils ont envie de mettre en place quelque chose ? (...) Après... On a l'annuaire après les sports adaptés, etc. Si vraiment ...s'il y a une demande particulière, oui, on va donner des contacts. Après, on essaie au max de dire les recommandations, qu'est-ce qu'il faut essayer de faire au quotidien. Plus que de dire où. De dire, il faut faire ça, faire ça, avec le livret qu'on leur donne aussi, d'entretenir... » (Mathias, EAPA SMR 1).

La question de l'intégration de l'APA dans les parcours de soin en EHPAD est particulièrement sensible, d'autant plus qu'elle est réactualisée par la réglementation imposant les projets personnalisés des résidents et par le décret n° 2023-621 du 17 juillet 2023 « Relatif au référent pour l'activité physique et sportive en établissement social et médico-social » :

« c'est réglementaire donc aujourd'hui il y a ce qu'on appelle les PPA : les projets personnalisés d'accompagnement, qui se font logiquement idéalement en tri-partite en y associant les familles parfois les familles ou représentants légaux ne viennent pas ...soit par choix soit par défaut (...) bien évidemment chaque résident doit être acteur de sa prise en charge et ça doit se vérifier à n'importe quelle séquence de la prise en charge allant du réveil jusqu'au couché » (Bruno, directeur EHPAD Les 3).

Comme déjà mentionné, la démarche d'intégration de l'APA dans le Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) a été l'un des dossiers importants pris en charge par Roxane Etève dans la recherche interventionnelle proposée pour le Groupe d'EHPAD Les 3. Elle a reçu un accueil plutôt favorable des autres professionnels, bien qu'elle se soit heurtée aux limites temporelles du stage en alternance :

« faire de l'activité physique voilà et de l'intégrer vraiment dans les établissements d'où ton recrutement (stagiaire EAPA). (...) c'était une très bonne idée ...effectivement ça ne suffisait pas je trouvais un seul créneau dans la semaine avec (nom d'opérateur) et que toi au moins tu peux montrer l'importance de ça et le mettre dans les projets de vie de soin (les PPA) et balayer plus de résident même pour les résidents qui ne voulaient plus ou ne pouvaient plus parce qu'ils étaient en perte de motricité alors qu'ils avaient la capacité au final (...) C'est toi qui va faire le lien avec le médecin coordinateur, je crois que tu as créé un formulaire par rapport à ça avec les besoins des résidents par rapport au sport adapté si je me trompe pas et tu essayes de l'instaurer dans les PPA aussi donc c'est différent » (Lucile, Animatrice EHPAD Le V).

« Ah pour moi c'est une plus-value et c'est important il faudrait que tu restes voilà qu'il y ait un poste comme celui-ci, après je ne sais pas ce qui est possible mais en tout cas si demain tu n'es plus là ça va manquer les résidents le réclameront ils en ont besoin mais au moins si ça devient un poste pérenne bah je pense que ça faciliterait l'intégration de la pratique parce que là on ne sait pas trop la suite donc c'est vrai que c'est compliqué de s'engager totalement la dedans » (Lola, psychologue EHPAD Le C et ML).

Pour autant, et de façon parallèle, d'autres entretiens confirment que l'activité physique en EHPAD reste envisagée plutôt sous un angle occupationnel, ce qui est à mettre en lien dans le cas évoqué ci-dessous avec le profil d'éducateur sportif de l'intervenant, même si des progrès sont attendus en termes de motricité des résidents :

« Le but, c'est quand même d'occuper les résidents sur leur journée tout en les aidant à progresser ou à stagner en termes d'autonomie, d'éviter, en fait, la descente. (...) Et qu'en même

temps, moi, j'ai quand même l'objectif, c'est pas qu'ils s'amusent, c'est qu'ils progressent. Il faut qu'il y ait un objectif derrière au niveau moteur. Augmenter l'autonomie, le renforcement musculaire, la coordination, l'équilibre, réduire l'appréhension. Tout, c'est la concentration. Ça, ça fait vite défaut. Donc ça, oui. Après, sur les ateliers marche extérieur, ça peut être leur laisser le choix aussi des fois du parcours. Ça, c'est une fois qu'on est dehors, je leur dis, c'est vous qui décidez. Mais par contre, sur la gym douce, c'est moi qui mets en place. Mais après, je sais maintenant ce qu'ils aiment et ce qu'ils aiment moins. Et il faut savoir aussi écouter les retours. Donc, s'ils n'aiment pas quelque chose, pourquoi ? » (Jérôme, éducateur sportif EHPAD II).

« Au niveau des ateliers, il faut que ce soit quand même récurrent. C'est-à-dire que moi, mon planning, je sais que le lundi matin, c'est la promenade au marché. J'ai une gym douce. Le mardi après-midi, j'ai la gym douce. Et le jeudi après-midi, j'ai l'atelier jeu d'adresse. Et le vendredi matin, j'ai la marche. Ça, c'est l'atelier qui ne bouge pas. C'est moi qui propose, généralement. Je leur fais tester plein de choses. Je peux leur laisser aussi le choix. Mais plutôt sur l'atelier jeu d'adresse. C'est que, des fois, j'impose. Parce que sinon, on ferait toujours la même chose. » (Jérôme, éducateur sportif EHPAD II).

Les propositions de la directrice adjointe de l'EHPAD III rejoignent ce type de position à vocation occupationnelle et d'animation, en insistant davantage sur la dimension sociale de l'APA que sur sa visée comme thérapeutique non médicamenteuse :

« C'est un travail en équipe pluriprofessionnelle, on l'aborde surtout quand on travaille sur le projet de vie sociale puisque l'activité physique fait partie de la vie sociale et donc, à chaque fois, on se questionne sur comment les séances se déroule, est-ce que les résidents se sentent impliqués, est-ce qu'ils sont motivés à venir. Les réunions se font une fois par mois (...) L'activité physique est repérée par les résidents, ils ont bien repéré que le lundi c'est activité physique, ils savent que l'animateur APA est présent et justement l'animateur APA est bien repéré, reconnu des résidents donc déjà ça veut dire qu'ils l'apprécient » (Éloïse, Directrice adjointe EHPAD III).

Les formes d'actions associatives à destination des aînés restent, quant à elles le plus souvent périphériques et/ou complémentaires aux parcours de soin, à l'exception du rôle dévolu aux Maisons Sport-Santé. Dans ce cadre, les coordinations sont simplifiées à travers des liens directs entre les médecins adresseurs ou infirmières Asalée et les intervenants en APA :

« Le principal acteur du projet c'est les patients c'est les bénéficiaires qui sont au cœur du projet ou voilà nous on leur explique qu'il y a un protocole, il rentre dans un parcours personnalisé de santé de soins où au départ y a un côté dépistage de la pratique, dépistage du problème et jusqu'à l'arrivée avec l'inclusion dans le mouvement associatif après le passage dans la Maison de Sport Santé. Entre-temps deux derniers acteurs qui se sont greffés donc la Ligue contre le cancer qui nous envoie des patients chaque année justement pour les accompagner dans le parcours de la rémission et de lutte contre le cancer ; et enfin un dernier acteur c'est le mouvement associatif local, donc des assos, qui pourraient être intéressé par le sport santé et créer des créneaux qu'on a comme à (nom de lieu) sur le sport-santé. Il y a les acteur médecins, infirmière, patients, communes, communautés de communes c'est le réseau d'acteur qui partagent les différents objectifs principaux » (Alix, Délégué départemental MSS UFOLEP).

Le protocole d'intervention donne une place plus importante à l'AP sur la base de programmes préétablis par les groupements associatifs. En ce sens les interventions fonctionnent sous la forme d'une coordination limitée où chaque partenaire a son domaine d'intervention. Elles ne traduisent pas vraiment une démarche de co-construction mais plutôt une logique d'accompagnement parallèle ou de collaboration large en faveur d'une offre de service à dimension préventive qui s'inscrit en complément des prises en charge classiques des patients :

« il y avait déjà un travail qui était fait au sein de la fédération sur des rubans pédagogiques sur quel type d'activité physique proposer en fonction de différentes pathologies donc j'ai essayé de m'inspirer de ça et voilà l'idée c'est quand même de proposer des activités physiques variées d'utiliser différents supports de varier notre offre en fait en utilisant ce que les différentes activités physiques ont de bonne bases pour travailler sur différents aspects de la condition physique mais aussi sur des aspects plus liés à du cognitif du psychique et du social donc en fait l'activité physique elle est très varié j'utilise différents supports différentes activités physiques et sportives et rapidement en fait oui je me suis rendu compte que cette offre plaise au public quoi le fait de varier tout le temps les activités de toujours proposer des choses différentes le fait de venir à une activité à une séance d'avoir la surprise de ce qui allait être proposé c'était quelque chose qui plaisait au patient quoi donc voilà j'utilise moi différentes supports : ça va de la marche d'orientation, de la marche nordique, de la marche ludique, j'utilise du pilate, j'utilise du Street racket j'utilise du basket, du Foot, du volley, des activités physiques d'entretien. Je propose des ateliers parfois à dominante mémoire, donc voilà j'essaie de varier un peu les séances. » (Pierre, EAPA MSS UFOLEP).

« Alors y a toujours une petite préparation ostéo-articulaire, après il y a un travail de renforcement musculaire, un travail un petit peu cardio. On essaye aussi de leur faire un travail sur compréhension des consignes, mémorisation, coordination et y a toujours un retour au calme avec un petit peu d'étirements, de la relaxation des petits exercices de chi gong, de cohérence cardiaque. Voilà (...) On essaye de faire travailler la mémoire en même temps qu'on leur fait faire des exercices avec l'utilisation de couleur, des formes, on essaye oui. (...) Là ils ont appris des petites chorégraphies donc là à noël on a repris un peu toute les chorégraphie, à chaque fois on essaye de revoir avec eux les mouvements. Après ils sont tellement hétérogènes que c'est compliqué. » (Dany, Infirmière Asalée Maison partagée).

Dans ce cadre d'intervention, la capacité d'adaptation des intervenants est privilégiée selon le principe des effets positifs du sport sur la santé. Dans le cas évoqué par Lucie pour le CDOS, la situation se justifie par l'accueil d'un public ne présentant pas de pathologie particulière. Il s'agit donc essentiellement de le remettre en activité :

« Je laisse assez libre les partenaires. L'idée est de faire découvrir plusieurs activités physiques avec plusieurs matériels et plusieurs façons de faire pour que tous y trouvent leur compte trouve l'activité qui leur plait. Donc on essaye de proposer de tout, après, l'orientation et la découverte de l'activité physique est faite de façon individuelle. Si quelqu'un ne peut pas marcher on ne va pas l'amener sur la séance marche. On essaye quand même de faire tout découvrir. Même proposition mais les PA viennent souvent qu'une fois par semaine surtout sur les plus de 75 ans. L'adaptation va de soi car notre métier c'est de s'adapter aux gens. Quand on a une personne âgée sur un groupe, on va, par exemple, lui proposer des pauses plus fréquentes, de s'asseoir. Je ne suis pas très pro chaise les personnes s'assoient peu dans mes séances, par contre qd j'ai une personne âgée c'est ce que je vais faire. Les séquences spécifiques mémoire sont présentes. C'est vrai qu'ensuite dans nos séances on fait un peu de

tout, notre choix s'est de mettre un peu de cardio, d'équilibre » (Lucie, EAPA coordinatrice départementale CDOS).

3. Un impératif de coordination soumis aux règles du monde médical

L'injonction à la coordination peut être considérée comme une norme institutionnelle contemporaine. On la rencontre comme principe de réforme dans des secteurs variés mais elle concerne particulièrement le secteur sanitaire et médico-social (Bloch & Hénaut, 2014) en étant particulièrement présente dans le domaine des soins. En France, depuis près de trente ans, se sont succédé des lois, des ordonnances, des circulaires, incitant ou enjoignant à plus de coordination, via une plus grande formalisation des modalités de coopération entre les acteurs et les organisations du système de santé (Castel, 2022).

Ce constat se vérifie dans le cadre des structures médicales et médico-sociales étudiées impliquant des collaborations interprofessionnelles jugées indispensables, comme le confirme Bruno en tant que directeur de l'EHPAD Les 3 : « *la vraie règle d'or dans le secteur médico-social c'est évidemment que les décisions se prennent en pluridisciplinaire* ».

Si l'on suit le fonctionnement du Centre Hospitalier « a » impliquant Clémence, on constate que l'EAPA participe aux réunions pluridisciplinaires hebdomadaires visant à définir les objectifs de soins pour les patients ainsi qu'aux transmissions quotidiennes permettant de faire le point sur l'état actuel des patients dans les services.

En ce sens le cadre des coordinations établies semble être plus étroit que dans d'autres dispositifs. Elle précise néanmoins que malgré son intégration à ces instances, elle participe moins que les autres professionnels aux échanges, notamment car les discussions sur les « soins » prédominent. Elle explique qu'elle ressent que ses propres synthèses et informations ne sont pas jugées « *prioritaires* », mais qu'elle a néanmoins « *son mot à dire sur le profil moteur du patient* ». Les ajustements entre professionnels restent donc perfectibles. Le recours à un « *dossier informatisé* » permet cependant de faire du lien entre les professionnels et d'inscrire son activité dans la prise en charge globale. Au sein de l'équipe de rééducation, elle insiste sur la qualité des collaborations avec les professionnels rééducateurs, notamment les kinésithérapeutes. Elle précise que la communication qu'elle a présenté aux autres professionnels sur les missions de l'APA a permis de clarifier les objectifs de son intervention et ainsi de faciliter les coordinations interprofessionnelles et, de fait, la continuité des soins pour les patients :

« *Après on a présenté la fiche de poste APA. On a bien fait les choses. On l'a présenté à tous le service pour que chacun prenne bien connaissance des missions. Et on arrive à bien travailler ensemble avec les kinés. C'est vrai qu'il n'y a pas de sensation de concurrence entre guillemets. Oui c'est vrai que ça s'est bien passé. Mais voilà, il a fallu quand même bien mettre les choses, bien clarifier les choses. Et du coup il y a de l'entraide et de la solidarité et une continuité dans le projet de soins du patient, puisqu'il peut avoir et Kiné et APA, ou l'un ou l'autre, ou même ergo, enfin c'est vraiment, on essaie qu'il y ait une cohérence.* » (Clémence EAPA CH a)

Clémence précise également qu'elle accueille des stagiaires en APA et les supervise dans leurs missions de stage. Au sein de la structure, la collaboration entre les EAPA et les autres professionnels médicaux et paramédicaux repose sur des dispositifs de coordination nombreux et institutionnalisés. Plusieurs réunions pluriprofessionnelles sont ainsi organisées au cours de la semaine. Le premier type consiste en des réunions de suivi des patients pris en

charge. Chaque médecin propose ainsi une réunion concernant ses patients au cours de la semaine, à laquelle assiste l'enseignant en APA qui les suit. Durant celles-ci, les prises en charge sont passées en revue afin d'adapter potentiellement le suivi au regard des problématiques rencontrées par les patients.

Les dispositifs proposés en pôles de SMR des cliniques fonctionnent à partir d'un cadre de coordination relativement éprouvé :

« [les médecins] ils ont un jour attitré dans la semaine, où on parle, soit de tous [les patients], soit d'une partie, c'est eux qui décident. Et là, quand on a des patients qui passent à la réunion, on y va pour ceux qu'on voit. Et c'est là, surtout, qu'on parle avec le kiné, l'ergo, pour mettre en lien. Pour dire, on fait ça, ça, ça. "il est des difficultés là-dessus ou pas". » (Mathias, EAPA SMR 1).

Le deuxième type de réunion, plus organisationnel, consiste en une réunion quotidienne entre les rééducateurs référents. Pour chaque corps professionnel (EAPA, MKDE, Ergothérapeutes) du plateau de rééducation, un référent est nommé afin de participer à ces réunions qui visent à créer les emplois du temps et donc à organiser les modalités de prise en charge des patients :

« En fait, chaque... chaque métier a un référent attitré, qui va gérer les plannings de ses collègues, qui va gérer les nouvelles entrées, les sorties, etc. [...] Il y a un créneau qui est dédié tous les jours, entre référents. Et sur les entrées à venir, en fonction des demandes aussi du médecin on planifie » (Grégory, EAPA SMR 1).

Il s'agit de coordonner les interventions afin de concentrer l'ensemble des suivis dans la demi-journée pendant laquelle le patient est sur le plateau technique. Mais cela permet également de pouvoir envisager la prise en charge de nouveaux patients, en gérant les emplois du temps de ces derniers au regard de ceux des thérapeutes. Dès lors, il est possible, par ces coordinations plus rapprochées, d'augmenter le nombre de patients pris en charge tout en respectant les contraintes de l'ensemble des agendas :

« Au début, en fait, c'était très... Chacun on gérait notre propre planning, et du coup, quand on avait un trop, un creux, on regardait sur la liste pour prendre un nouveau patient... Mais bon, c'était en même temps que les prises en charge, c'était compliqué. Et puis, du coup, il fallait voir s'il avait pas kiné à telle heure, à telle heure. Et là, maintenant ils se sont organisés, donc il y a un de chaque groupe qui fasse le... En fait, ils se mettent les trois ou quatre, ensemble, "il doit voir les autres patients, il doit voir ça, ça, ça.", "qu'est-ce qu'il y a là", "il y a de la place à quelle heure" (...) Et nous, ça facilite, on a juste le matin à regarder, si on a des entrées ou pas, regarder les dossiers. » (Mathias, EAPA SMR 1).

Le troisième type de réunion est plus occasionnel et consiste en des présentations de la part des rééducateurs de protocoles ou de méthodes de prise en charge à l'ensemble des autres professionnels du plateau technique. Ce dispositif vise à favoriser l'intercompréhension entre les différents intervenants, tout en permettant une veille scientifique sur les modalités de prise en charge. Les EAPA considèrent ces espaces comme des « formations internes » leur permettant d'en apprendre davantage sur les pratiques rééducatives et thérapeutiques :

« Soit c'est des temps de formation. Des fois, il y a aussi ce genre de formation, entre nous [...] où on va expliquer, la présentation sur la VO₂ max etc. aux kinés et tout. Ou eux font des présentations sur des techniques qu'ils utilisent. Les ergos aussi. Ça, ça a été mis en place » (Mathias, EAPA SMR 1).

Il existe aussi des échanges informels entre thérapeutes, notamment avec les rééducateurs travaillant sur le plateau technique. La proximité géographique entre ces derniers facilite ces temps de rencontre et d'échanges, qui permettent à la fois à chacun de mieux appréhender le travail des autres, mais également de faciliter les coordinations entre les différentes interventions :

« Et après, on échange pareil avec les ergos, avec les kinés. Plutôt avec ergos-kinés parce qu'ils sont là à côté de nous [...] Donc on est là, on y passe. C'est vrai que les autres sinon : assistante sociale, psychologue, ils sont pas ici, ils sont dans un autre couloir un autre service. Donc on les voit, aux réunions, etc. » (Mathias, EAPA SMR 1).

Enfin, sur ces questions d'organisation structurelle, les EAPA de la structure sont placés sous l'autorité hiérarchique de deux cadres de rééducation. Ils communiquent en règle générale par l'intermédiaire des référents professionnels, ou par le référent « plateau » soit le référent des rééducateurs. Il constitue le plus haut niveau hiérarchique avec lequel les EAPA sont en contact régulier : « Il y a un référent par profession, un référent plateau. Une cadre... enfin il y a deux cadres de rééducation. Une qui s'occupe des étages. Et une qui s'occupe de l'hospit' de jour. » (Grégory EAPA SMR 1). Le cadre de rééducation gère majoritairement les aspects organisationnels liés aux ressources humaines, comme les plannings et les congés, mais également les entretiens annuels. D'après les EAPA, le cadre en place n'impose que peu de directives et reçoit majoritairement leurs demandes de formation ou de remplacement de façon positive, en leur laissant une certaine autonomie dans leurs pratiques :

« Déjà quand on va avoir des besoins de remplaçant, des choses comme ça, on va quand même demander là-bas le... auprès de notre cadre de rééducation [...] mais après elle nous laisse mener les entretiens, elle nous laisse... » (Grégory EAPA SMR 1).

Malgré l'intérêt manifesté par les structures sanitaires envers l'activité physique, des freins perdurent quant à la mise en place de l'APA dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie.

Ces freins peuvent faire écho à des problématiques plus larges liées à la professionnalisation de l'enseignant en APA, comme le financement de ses activités ou sa reconnaissance comme acteur du champ de la santé. Ceux-ci impactent à la fois la priorisation de la création de dispositifs d'APA dans les établissements mais également la place accordée à ces professionnels. Ils mettent en évidence des formes d'asymétrie dans les relations entre les acteurs concernés à partir des enjeux de savoir-pouvoir qui les accompagnent. La hiérarchie du monde médical reste respectée de façon conventionnelle accordant un rôle prépondérant aux médecins en matière de prescription, suivi des autres professionnels de santé :

« je ne me sens pas médecin, ni infirmière, ni pharmacienne, je ne prescrirais rien à personne d'ailleurs, à part de l'APA, c'est tout » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

Dans de nombreux entretiens, les EAPA soulignent que les situations ne sont pas forcément favorables à la reconnaissance de leur domaine professionnel, souvent jugé secondaire par rapport à d'autres interventions centrées sur les soins :

« J'avoue que j'ai de la chance parce que ça se passe bien. Les relations, je pense que c'est pas partout pareil. Forcément. Bon le fait que je connaissais déjà le milieu hospitalier et une partie de l'équipe soignante ça aide pas mal mais c'est vrai qu'avec l'équipe de rééducation il y a eu une bonne entente (...) Et du coup il y a de l'entraide et de la solidarité et une continuité dans le projet de soins du patient, puisqu'il peut avoir et Kiné et APA, ou l'un ou l'autre, ou même ergo, enfin c'est vraiment, on essaie qu'il y ait une cohérence » (Clémence, EAPA CH a).

« L'objectif principal du SSR, c'est la ré-autonomisation du patient. Donc effectivement que les soins du kiné sont au premier plan. Mais au second plan c'est l'activité physique (...) On collabore tous les jours avec toute l'équipe pluridisciplinaire (...) : l'équipe de rééducation, l'équipe infirmière, des soins, des aides-soignantes et les familles aussi. On est amené à être en relation avec eux (...) (réunions hebdomadaires soignants) : Alors on sent que c'est pas les informations (en APA) qui sont prioritaires entre guillemets, parce que quand on est dans une réunion d'équipe hebdomadaire pluridisciplinaire, les soins sont mis en avant, donc ça va être beaucoup les soins des infirmières et des soignantes. Mais nous, on a quand même notre mot à dire sur le profil moteur du patient. » (Clémence, EAPA CH a).

« On est trop dépendant des médecins ! (...) C'est le protocole, les objectifs, la communication globale, comment ça se passe, qu'est-ce qu'on le fait ou qu'est-ce qu'on ne fait pas surtout. » (Matthias, EAPA SMR 1).

Cette situation asymétrique, traduisant une moindre intégration et une faible reconnaissance de l'APA dans les dispositifs étudiés, est plus ou moins consciente, comme en atteste les psychologues des EHPAD Le V, Le C et ML :

« ça serait de bien clarifier qu'un APA c'est un membre professionnel de l'équipe de soin et non pas un prof de sport que la famille ou le tuteurs disent oui j'aimerais bien qu'ils prennent des cours voilà qu'on soit pas sur une prestation mais bien un membre de l'équipe interne de soin, pas une prestation ludique et ça c'est un très gros inconvénient vraiment parce que si on se rate la dessus je pense qu'on passe à côté du projet de soin, c'est réducteur, voilà ça serait ça bien de clarifier » (Inès, psychologue EHPAD Le V)

« C'est vrai que maintenant je prends un peu plus conscience qu'il faudrait que tu participes aux réunions notamment et je m'investirai plus pour proposer aux résidents cette pratique pour que je puisse l'intégrer aux ppa comme tu m'avais demandé. (...) c'est bien parce que tu essayes de proposer une organisation pour l'intégrer dans les projets des résidents et dans la structure mais je pense ce qui est compliqué c'est ce que tu n'es pas souvent là non plus enfin pas tous les jours. » (Lola, psychologue EHPAD Le C et ML).

Pour autant la place attribuée en EHPAD à l'intervenant en APA et le rôle qu'il doit jouer restent souvent flous et relèvent surtout de la prospective dans les arguments relevés :

« l'EAPA ? Moi je le mettrai avec l'animation. (...) si c'était une présence permanente 35h je pense que la personne serait mieux reconnue et ça serait valorisant pour tout le monde et elle serait surtout reconnue parce qu'au même titre que l'animatrice on se dirait oui voilà c'est

cette personne qui s'occupe de ça elle a ce poste particulier ce n'est pas de l'animation, le fait que ça soit de temps en temps ils l'ont bien intégré mais pour eux c'est du plus mais pas forcément un poste qui peut se pérenniser, en fait on te voit régulièrement mais pas tous les jours donc on sait pas trop ...les filles elles savent mais elles ne se situent pas exactement donc si ça serait un poste à part entière ça serait mieux compris là on sait pas si ça va rester, d'où ça vient on a pas plus d'informations que ça, puis le lundi tu es sur une autre EHPAD donc tu ne peux pas être présente à la réunion pluripro (...) j'avais pas la connaissance de la profession, les tenants et aboutissants, je ne connais pas toute la logique derrière on voit trop ça comme de l'animation encore. (...) Oui mais pour ça il faudrait vraiment que ça soit un poste mis sur la structure, pérenniser déjà ça serait sous le directeur avec une branche qui va au médecin co et une qui va à la cadre de santé effectivement et la logique ça serait ça et des petits pointillés avec l'animatrice parce que l'animatrice elle les connaît bien et pour vous coordonner aussi, ça va arriver un jour comme ça on l'espère mais quand tu seras plus là faudra que quelqu'un s'en occupe » (Bénédicte, Cheffe de service EHPAD ML).

« Au vu de la problématique aujourd'hui du vieillissement qui se généralise et qui se fait ressentir de façon globale par le personnel je pense qu'en terme d'importance je pense que ça en a autant que le soin quotidien au niveau de l'hygiène, de l'animation de cet effort de l'accompagnement pour les diverses capacités, je ne pense pas qu'il faille mettre le sport adapté en dernière place parce que ça leur apporte beaucoup, je mets pas de positionnement en fait mais il faut que ça soit maintenu au sein de notre structure à même titre que l'animation, que la kiné, au même titre que la présence de la psychologue au quotidien » (Lucile, Animatrice EHPAD Le V).

« La place ? Je dirai comme moi (psychologue) peut-être directement sous la direction, je ne sais pas, je pense que c'est un poste assez indépendant comme psychologue, après oui faut voir exactement tes missions je ne connais pas assez mais tu dois avoir un lien avec un tout le monde tout de même avec les trois cadres » (Lola, psychologue EHPAD Le C et ML).

« (Vous connaissiez la profession avant mon arrivée ?) Médecin : Ah non pas du tout mais je trouve ça très bien en fait je pense que c'est dans cette partie ultra transversale au même titre que la psychologue, diététicienne pour moi c'est un maillon indissociable de l'équipe il peut y avoir aussi qui se passe pendant les séances d'activité physique qu'on ne soupçonne pas voilà des résidents qu'on se dirait ils sont pas capable entre guillemet oh il danse, oh il fait ça, oh il lève la jambe aussi haut alors moi je le vois même si ce n'est pas de l'activité physique adaptée comme telle mais dans l'accueil de jour Alzheimer en fait où il y a une psychomotricienne qui intervient et quand on voit ce qu'elle leur fait faire comme exercice de souplesse on se dit jamais de la vie on se serait imaginé ça ils sont plein d'énergie, plein de souplesse malgré tout plein de ressources et de possibilités voilà donc c'est une profession à intégrer dans une équipe EHPAD au même titre que les autres intervenants » (Tania, médecin coordinatrice EHPAD Les 3).

« Je pense que le risque ou le frein c'est que ça soit attendu comme de l'occupationnel, du loisir, du fun et que quand on leur sert une activité entre guillemet thérapeutique, ça peut en effet pour certain être déceptif et je crois c'est ce que vous avez connu un petit peu à Le C, si c'était à refaire peut-être qu'il y aurait un travail préalable voilà d'accompagnement, d'explication voilà de telle façon que les personnes accompagnées qui viennent à ce type d'activité sachent précisément à quoi s'attendre (...) je vais forcément avoir un regard attentif de par la valeur ajoutée aussi bien pour les résidents que pour les salariés donc voilà je pense que

c'est une fonction qui a totalement sa place dans l'organigramme d'un EHPAD et mon regard envers cette profession est très bienveillant » (Bruno, directeur EHPAD Les 3).

Dans le cadre des collaborations impliquant les groupements associatifs en AP/sport-santé, les liens avec les médecins prescripteurs sont plus ou moins effectifs. Dans certains cas, les coordinations sont relativement étroites mais il arrive que certains médecins soient réticents à l'égard de la prescription de l'APA comme thérapeutique non médicamenteuse :

« Je collabore déjà là avec l'infirmière de la structure euh après je collabore avec un éducateur APA donc je l'accompagne dans son activité pour m'occuper des gens qui sont dans l'activité. Euh en plus je fais de la détection de gens qui aurait besoin, qui sont en fragilité et qui aurait besoin de faire de l'activité APA (de les mettre en liens). Euh je collabore aussi avec les infirmières libérales qui repèrent éventuellement des gens qui aurait besoin d'accompagnement pour toute les pathologies chroniques voilà. » (Dany, Infirmière Asalée Maison partagée).

« ces médecins (favorables à l'APA) en fait identifient des patients qui potentiellement auraient besoin ou auraient envie de pratiquer une activité physique adaptée donc il leur propose de participer aux différentes séances de la maison sport santé et donc tous les 6 mois en fait on reçoit un contingent de patients pour leur proposer un programme de 6 mois d'activité physique (...) certains médecins qui jouent le jeu et nous envoient des patients et puis après je pense qu'il y a des médecins qui sont peut-être moins sensibles je vais pas leur ...enfin je vais pas dire qu'ils sont contre, je pense pas ! mais ils sont moins sensibles et j'ai l'impression qu'ils jouent un peu moins le jeu et voilà pour x raisons ils sont pas forcément ultra motivés » (Pierre, EAPA MSS UFOLEP).

« La problématique qui persiste sur le territoire, c'est l'implication des prescripteurs. A certains endroits, c'est compliqué que les médecins prescrivent et envoient vers le dispositif Tremplin. La force sur les autres territoires, c'est le réseau Asalée, alors que certains n'en ont pas. Puis on a aussi sur d'autres secteurs, un réseau de professionnels de santé qui nous envoie beaucoup de monde » (Lucie, EAPA coordinatrice départementale CDOS).

« C'est très dur de travailler avec les médecins ils n'ont pas forcément le temps à nous consacrer sur ces projets (...) Ben franchement on se pose des questions des fois j'espère que tout le monde est d'accord sur le fait que de faire de l'activité physique est bon pour la santé mais de plus en plus les médecins ont du mal à prescrire de l'activité physique à des personnes qui en ont réellement besoin alors y a des patients qui ont pas envie d'en faire mais je pense que si les médecins ont proposé plus ou expliqué aux patients que c'était indispensable pour leur santé et leur qualité de vie on aurait plus de demandes donc j'espère que tout le monde est d'accord au fait de l'activité physique et indispensable mais je pense qu'un coup de collier en plus des médecins, qui ont sûrement beaucoup d'autres choses à faire, nous aiderait énormément à avoir de nouveaux patients de manière régulière » (Alix, Délégué départemental MSS UFOLEP).

« Ensuite un autre frein ça a été l'infirmière qui a eu beaucoup d'arrêts de travail d'arrêts maladie de problèmes de santé de problème perso qui nous a fait prendre de la distance avec le cabinet médical parce que vu qu'elle était au carrefour c'est un projet qui avait plus personne au carrefour de la maison sport santé on n'avait plus d'entrée de seniors parce que les médecins

nous envoyait pas les personnes ... donc ça a été un gros frein mais bon si elle est toujours là aujourd'hui la maison sport santé c'est que ce frein là on a réussi à chaque fois colmater les brèches faire le travail surtout Pierre (EAPA MSS) qui fait un gros travail là-dessus de relationnel avec les médecins maintenant ... et des frein en aura plein enfin je sais pas ... des difficultés de santé des personnes qui peuvent avoir des problèmes physiques pendant l'activité de la maison de sport santé. » (Alix, Délégué départemental MSS UFOLEP).

Dans le même temps les groupements associatifs dans le domaine de l'APA sont confrontés à l'exigence de collaborations intersectorielles qui implique des formes de traductions entre des intervenants qui ne disposent pas des mêmes connaissances et sont donc en difficulté pour ajuster leurs actions :

« Oui, l'une des difficultés, c'est de faire collaborer, communiquer les différents secteurs. En fait, on n'a pas le même langage. De la santé, du social et du sport. Parce que, quelque part, c'est décloisonner, c'est un vrai travail, quoi à part entière parce que la personne, notamment sur les pratiquants les plus fragiles, s'ils ne sont pas accompagnés, ils viennent pas, quoi. Donc, ça veut dire que l'aide à domicile qui peut voir la personne, l'infirmière, qu'ils tiennent un discours proactif, c'est pas au sommet. Sinon, voilà, c'est vraiment le fruit de cette collaboration, c'est amener les gens à la pratique. Quelles que soient leurs capacités et leurs limitations. » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge).

« La principale collaboration que j'ai, voilà elle se fait surtout avec Alix (CD MSS)... faut savoir quoi là chaque éducateur au sein du groupement d'employeur intervient dans sa propre structure avec son propre public et on est rarement amené en fait à travailler ensemble donc voilà on s'en réfère beaucoup à lui. Le talon d'Achille (...) du projet c'est un peu ce problème de coordination qu'on a ... alors je sais pas si on y reviendra entre le volet médical et le volet activité physique adapté. En fait il manque un réel travail de coordination pour avoir un suivi individuel mettre en place vraiment un vrai parcours du patient qu'on se fait en concertation avec les médecins en concertation avec une infirmière azalée. (...) à mon avis là y a un gros travail à faire ce serait intéressant en fait de pouvoir avoir un vrai suivi un vrai parcours individualisé avec des étapes malheureusement ouais y a pas le donc je pense les ressources humaines pour le faire ce parcours (...) tous les aspects négatifs qui sont liés à la difficulté à mettre en place une réelle coordination entre le corps médical et le volet sportif du projet qui peut s'expliquer pour différents aspects je sais pas si c'est un peu d'intérêt si c'est un le fait que les médecins aussi sont absorbés par des impératifs qui les empêchent de s'impliquer davantage dans le projet peut-être le fait qu'on n'a pas trouvé le bon outil qui permettrait un d'assurer un lien donc ouais c'est l'aspect un peu négatif du projet » (Pierre, EAPA MSS UFOLEP).

II-B.d Des contraintes organisationnelles récurrentes

1. Une intégration de l'APA occasionnant des tensions relatives aux profils des intervenants

De façon générale l'introduction de l'APA dans le système de soin provoque des difficultés relatives à l'insertion d'un nouveau secteur d'intervention dans un domaine considéré comme étant déjà en tension. Cette situation implique de définir et de valider les contours d'un nouveau territoire professionnel qui entre en concurrence avec d'autres professionnels de santé, tels que les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, voire les infirmier.e.s. Cela constraint les responsables des structures concernées à réorganiser les parcours de soins ou offres de soins complémentaires en établissant des plannings d'interventions adaptés. Il s'agit également pour eux de trouver les financements nécessaires au recrutement des intervenants tout en disposant des installations et du matériel indispensables à la mise en œuvre des programmes d'APA.

Dans un secteur soumis à des tensions professionnelles, la place de l'APA est souvent énoncée comme précaire par les professionnels interrogés. Ils évoquent clairement un cadre de concurrences qui complique l'exigence de coordination et participe à la fragmentation de l'offre de soin. Les visions différentes de l'APA et du sport-santé, selon les intervenants concernés, s'accompagnent de luttes définitionnelles (Gilbert & Henry, 2012) qui freinent le développement des programmes et limitent leur reconnaissance. Au sein même des dispositifs, cette situation exige des formes de traduction (Akrich & al, 2006), à l'aide de porte-paroles cherchant à faciliter l'implémentation des programmes, voire leur co-construction au sein des dispositifs.

Il convient donc d'étudier plus précisément - dans cette partie du rapport - les « motifs cognitifs » (Benamouzig, 2005) énoncés par ces acteurs en prenant au sérieux les savoirs qui fondent et légitiment les positions et craintes exprimées. C'est donc en suivant la constitution de ces groupes d'acteurs, en analysant leurs configurations, en déterminant les ressources mobilisées ainsi que les stratégies et agencements de savoir et de pouvoir, que l'on comprend mieux la structuration des programmes d'AP développés. Les données recueillies confirment qu'autour de la fragilité se dessine un « consensus ambigu » (Pallier, 2005) sur l'utilité de l'AP et sa place dans les établissements de soin.

Dans un premier temps, il convient de rappeler que les EAPA embauchés dans le secteur médical ne sont pas institutionnellement rattachés à la grille de la fonction hospitalière prévue pour les autres intervenants en santé. Cette situation occasionne un trouble important exprimé par les personnes recrutées dans les CH et CHU qui sont assimilés au corps des éducateurs alors même qu'ils cherchent à faire valoir leur expertise d'intervention dans un cadre de prévention secondaire et tertiaire :

« c'est un, métier qui n'est pas encore sur la grille indiciaire de la fonction publique hospitalière. Je suis sur la grille éducateur technique spécialisé depuis 2015. » (Clémence, EAPA CH a).

« je ne suis pas titulaire de la Fonction publique mais assimilée fonctionnaire avec CDI de droit privé (...) La problématique, c'est simplement effectivement qu'il n'y a pas de grille pour nous et je comprends qu'on ne veuille pas être sur une grille d'éducateur. » (Margaux, EAPA CHU Hôpital de jour).

« Le médecin qui est intervenu (SUR LES EAPA) il a dit « Oui, ils sont pas pros de santé ». Ah... Mais les diètes ? Ah si, si, mais ambulancier, brancardier, tout ça, ils y ont accès hein ? (...) en fait, tous les pros qui ont... Alors déjà, il y a que les pros de santé, qui ont accès à la base de données, donc pas les APAS. C'était le gros débat, elles se sont battues corps et âme avec le ministère et ils ont dit « Non! » » (Mélanie, EAPA et doctorante CHU équipe régionale).

Cette situation relativement floue sur le statut des EAPA en établissement médical ou médico-social se double d'une méconnaissance du métier par les autres professionnels de santé :

« on a même des observateurs qui, je pense, ne comprennent pas notre métier. Je trouve qu'on est sous... on doit être pris pour des animateurs, en vrai. Quand tu vois juste une séance lambda, comme ça, tu te dis que c'est pas très compliqué, ce métier, en fait. « Oui, non, tu n'as pas tout compris, en fait, tu n'as pas vu tout le travail qu'il y a eu avant. » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

C'est en ce sens que l'APA fait le plus souvent l'objet d'une présentation préalable aux autres professionnels avant d'être mis en œuvre dans les établissements. Dans ce cadre, ce sont les EAPA eux-mêmes qui doivent expliquer aux autres professionnels de santé la plus-value de leurs interventions auprès des personnes âgées pré-fragiles, fragiles, voire dépendantes :

« Le métier n'était pas connu sur l'établissement et donc voilà (...) Après on a présenté la fiche de poste APA. On a bien fait les choses. On l'a présenté à tous le service pour que chacun prenne bien connaissance des missions. Et on arrive à bien travailler ensemble avec les kinés. C'est vrai qu'il n'y a pas de sensation de concurrence entre guillemets. Oui c'est vrai que ça s'est bien passé. Mais voilà, il a fallu quand même bien mettre les choses, bien clarifier les choses. Et du coup il y a de l'entraide et de la solidarité et une continuité dans le projet de soins du patient, puisqu'il peut avoir et Kiné et APA, ou l'un ou l'autre, ou même ergo, enfin c'est vraiment, on essaie qu'il y ait une cohérence » (Clémence, EAPA CH a).

Dans ce cadre général, Margaux (titulaire d'un master APA) nous indique qu'elle est conduite régulièrement à défendre sa propre légitimité auprès des autres personnels du CHU, d'abord en démontrant l'intérêt de l'APA en matière de prévention/santé et de soin, et plus particulièrement, en les rassurant au sujet des risques de la pratique physique auprès de cette population. Elle nous indique qu'elle est, malgré tout, surtout sollicitée sur un versant éducatif (et non préventif ou médical). Elle est conduite également à faire valoir son activité et ses compétences d'EAPA, notamment pour répondre aux interrogations concernant la cohabitation avec le kinésithérapeute impliqué dans le service du CHU, ce qui traduit le flou relatif à la délimitation des territoires professionnels induit par l'intégration de l'APA.

Comme elle l'exprime, le statut de l'EAPA devrait être reconnu à partir de compétences qui ne peuvent pas être assurées par d'autres corps de métiers, notamment lorsqu'il s'agit de créer des programmes d'interventions. Son propos met en avant le constat selon lequel ce

secteur APA réclame un véritable engagement afin de défendre une profession encore peu intégrée :

« C'est pour cela que c'est un métier, aussi. Ce n'est pas l'aide-soignante, ce n'est pas l'infirmière qui va « faire faire » de l'activité physique. Alors que l'aide-soignante ou l'infirmière aident à faire de la marche, elles ou l'auxiliaire de vie, aucun souci, franchement aucun problème, qu'elles aident à refaire le programme qui a été défini car elles sont là régulièrement et peuvent les mobiliser, pas de problème. Mais que ces personnes créent ce genre de programme, là non... d'ailleurs, elles-mêmes... toutes les personnes, si on fait des workshops, des conférences et des réunions sur ça, elles ne sentent pas capables de le faire, d'ailleurs. Ce qui est très bien car ça veut dire qu'elles sont pro et c'est plutôt pas mal car moi, on a toujours voulu que ce soit d'autres personnes que moi qui fassent faire de l'activité physique. Et ça, c'a été mon... ici en tout cas, ma bataille » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

Cette situation, consécutive à la méconnaissance de l'apport de l'APA par certains professionnels de la santé, s'accompagne d'une certaine précarité des enseignants en APA, souvent recrutés sur contrats financés pour une durée déterminée :

« Après, au CHU, on a plusieurs enseignants APA (au CHU). (...) les statuts sont précaires. Donc après, c'est souvent sous forme d'association, on est réseau associatif ou réseau de santé où les personnes trouvent leur place et leur poste (...) mon découragement, c'est ce côté financier, clairement. La lutte est là. Ma lutte est là-dessus et sur le fait de ne pas avoir d'équipe et une pérennité où on aurait pu faire des choses vachement plus sympas » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

En s'appuyant sur l'exemple des EHPAD, que l'on peut situer à mi-chemin entre un cadre sanitaire et social, la situation peut révéler d'autres processus qui rejoignent le constat d'un corps de métier souffrant d'un manque de reconnaissance.

Ainsi, l'intégration de l'activité physique dans les EHPAD met en relation 3 mondes :

« Celui de l'action sociale qui, sur le terrain communal, a compétence sur le vieillissement, mais ne dispose pas d'expertise sur l'intervention en activité physique. Le mouvement sportif, en difficulté pour faire des propositions d'activités sur les populations âgées. Enfin, des prestataires experts de programmes d'APA. » (Génolini & al., 2021).

Le mouvement sportif est représenté ici par les éducateurs sportifs tandis que les prestataires experts de programme d'APA correspondent aux enseignants en APA diplômés. Ces deux profils d'acteurs doivent partager leur territoire professionnel dans certains établissements.

Le décret n° 2023-621 du 17 juillet 2023 « Relatif au référent pour l'activité physique et sportive en établissement social et médico-social » impose de disposer d'un référent mais il ne précise pas quel profil professionnel exact peut exercer cette fonction de représentant des APS. Cette situation semble contribuer potentiellement à l'effacement des contours du territoire professionnel de l'enseignant APA dans ce type d'établissement. Dit autrement, le flou

institutionnel homogénéise le principe selon lequel le sport serait automatiquement bon pour la santé quelle que soient les expertises, acquises en formation, des intervenants.

Effectivement, dans le cas du groupement d'EHPAD Les 3, les équipes dirigeantes se tournent d'abord vers l'un des éducateurs sportifs recrutés pour occuper le poste de référent alors même que ces derniers n'interviennent pas avec les personnes âgées (étant essentiellement employés dans les autres structures de l'association gestionnaire). Il faut d'ailleurs signaler que les éducateurs sportifs sont surreprésentés dans cette association. La composition de la Commission APSA, créée en 2016, l'illustre parfaitement. Celle-ci compte 8 éducateurs sportifs et seulement un EAPA (stagiaire), un éducateur spécialisé, un aidant, deux personnes accompagnées et un membre de la direction. Ces éducateurs sportifs sont présents dans l'ensemble des établissements gérés par l'association, excepté dans le « dispositif personnes âgées ». Cela illustre le constat fait par Jean-Paul Génolini lorsqu'il indique que ces professionnels semblent « *en difficulté pour faire des propositions d'activités sur les populations âgées* », en raison d'une formation qui n'est pas forcément adaptée (2021) aux spécificités de ces publics.

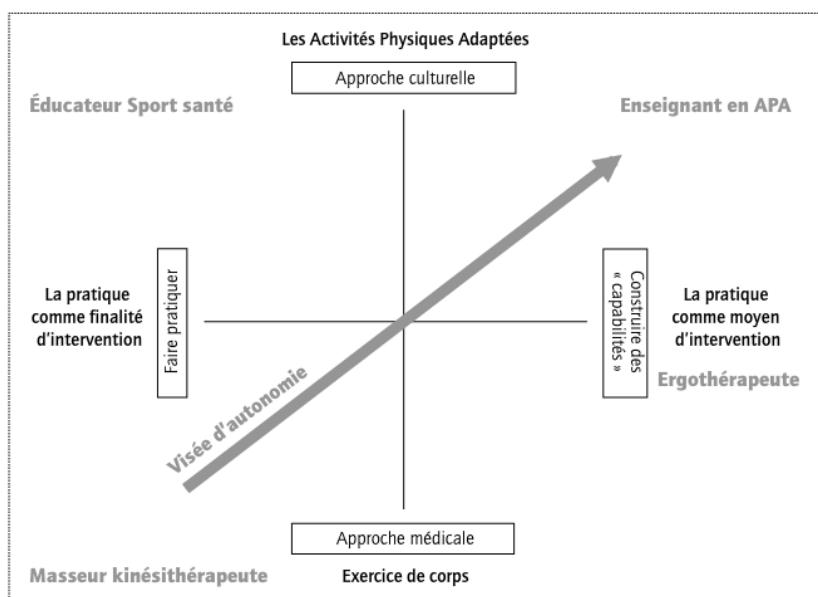


Figure 1 :
Espace des territoires
professionnels concernés
par l'AP

La figure reproduite ci-dessus, empruntée à l'étude de Claire Perrin en 2016, récapitule les différentes approches selon le professionnel chargé de l'AP. L'intervention de l'éducateur sportif est essentiellement basée sur la mobilisation d'activités physiques et sportives à partir d'exercices centrés sur le loisir ou la performance. En effet, comme l'indique Claire Perrin dans ses travaux, ces derniers sont « *souvent spécialisés dans une pratique sportive, leur intervention est construite à partir de cette APS pour viser une amélioration technique ou de performance* » (2016), contrairement aux enseignants APA qui ont suivi une formation basée sur une approche culturelle et biopsychosociale de l'intervention dont la finalité est de construire des « *capabilités* » dans le domaine de la prévention/santé par l'AP.

Par ailleurs, comme le souligne cette auteure : « *la généralisation de la dénomination "éducateur sportif" à l'ensemble des intervenants professionnels a pour effet de gommer la différence de niveau de qualification entre un éducateur sportif qui a une formation courte de*

niveau IV (*Brevet Professionnel*) et un enseignant en APA qui a une formation universitaire de niveau II (*Licence en APA*) ».

Cette confusion accompagne l'expression d'un véritable enjeu de territoire professionnel, à travers une situation de concurrence entre les intervenants, comme en atteste l'observation ethnographique réalisée par Roxane Etève à propos de l'éventualité d'un recrutement d'enseignant en APA : « *Non mais tu comprends pas ! l'enjeu est énorme, [...] c'est le poste d'éducateur sportif qui est mis à mal* » (carnet d'observation 13/03/2024).

Le projet exprimé par la direction des 3 EHPAD concernés (Le C, Le V et ML), consistant à augmenter les moyens humains dédiés à l'activité physique par l'accueil d'un stagiaire en licence APA en complément de l'apprenti coordinateur en APA, marque une évolution. Bien qu'au stade de simple hypothèse, elle laisse augurer une plus grande légitimité accordée aux professionnels « enseignants en APA » dans le dispositif, tout en bénéficiant potentiellement de décisions législatives plus avantageuses accompagnant la reconnaissance de leur statut.

Dans le même temps, comme le signale la psychologue de l'EHPAD Le V, les avancées restent limitées tandis que l'affectation de l'EAPA « stagiaire » dans l'établissement est symptomatique d'une situation encore peu favorable :

« je trouve déjà que c'est questionnant que tu sois dans le bureau de l'animatrice et ça majore la confusion entre un éducateur sportif APSA et le fait de jouer à se jeter un ballon donc je pense que c'est une erreur, c'est mon avis donc voilà je trouve ça assez problématique ou quand comment faire je sais pas je pense que dans la salle kiné je pense qu'il y aurait sens à avoir moins et avoir un bureau donc voilà ça je trouve que c'est pas ouf, ça serait bien là que tu sois là enfin le pro qui s'en occupe de façon large soit là au moins une fois par mois en réunion même si tout le temps ça serait mieux mais c'est comme partout on a pas le temps de faire tout ça donc ça serait chouette oui. (...) Réunion une fois par mois avec la planification de ce qui a à faire, bilan sur les prises en charge, sollicitation pour les PPA avec présence si possible selon les situations, ce qu'il serait bien aussi en fonction des situations ça serait de parler avec le médecin traitant en direct voilà on l'a eu déjà une fois par an on faisait le bilan sur les prises en charge avec le médecin traitant donc ça pourrait bien s'intégrer pour pouvoir faire le bilan sur toutes les disciplines c'est quand même assez pertinent qu'il y ait l'APSA pour les prescriptions, puis ça permet de voir l'évolution des besoins, des capacités, d'avoir un croisement des regards voilà, ça serait déjà bien (...) ça serait de bien clarifier qu'un APA c'est un membre professionnel de l'équipe de soin et non pas un prof de sport que la famille ou le tuteurs disent oui j'aimerais bien qu'ils prennent des cours, voilà qu'on soit pas sur une prestation mais bien un membre de l'équipe interne de soin, pas une prestation ludique et ça c'est un très gros inconvénient vraiment parce que si on se rate la dessus je pense qu'on passe à côté du projet de soin, c'est réducteur, voilà ça serait ça bien de clarifier » (Inès, psychologue EHPAD Le V).

Les luttes de territoires professionnels sont également perceptibles à travers la décision prise par la Commission APSA du groupe d'EHPAD Les 3 en 2024. Il a été décidé de remplacer le terme de pratique « adaptée » par la notion d'« individualisation » des pratiques dans les objectifs fixés pour cette structure. Le premier terme est associé à la prise en charge par l'enseignant en APA, ce qui ne convenait manifestement pas aux approches des éducateurs

sportifs majoritaires au sein de la commission. Les tensions et les enjeux territoriaux se reflètent clairement à travers ces jeux d'arguments et ces prises de positions au sein de l'établissement.

Dans le même temps, il est intéressant de constater que les tensions potentielles entre les EAPA et les animatrices du secteur culturel et social en EHPAD sont finalement limitées dans un secteur d'intervention qui ne souffre guère de concurrence, du point de vue même des actrices impliquées qui admettent l'importance des qualifications nécessaires :

« Je faisais des séances de gym douce sans trop savoir ce que je faisais. L'expérience m'a fait comprendre que je savais pas ce que je faisais [rire] et que c'était pas mon... j'ai pas les connaissances en fait pour ça. Donc c'est quelque chose que j'ai arrêté, raison pour laquelle on est passé ensuite à un intervenant extérieur donc (nom opérateur) » (Annette, Animatrice ML et Le V).

« Vous avez une formation (stagiaire EAPA) vous savez ce que vous devez proposer aux résidents selon leur problématique physique et besoin donc voilà par exemple moi avant quand je faisais des ateliers gym douce je me permettait pas de faire plus que des petits étirements parce que ce n'est pas mon métier, je voulais pas les blesser alors que toi ce que tu proposes c'est bien au-delà(...) bah oui oui, car je m'aperçois qu'il y a un réel travail derrière c'est pas juste faire du sport pour faire du sport, il faut savoir de quoi on parle quand on propose ce genre d'activité aux résidents quoi et pas le faire les yeux fermés aux risques de blessures quoi, c'est vraiment un métier » (Victorine, animatrice EHPAD Le C).

Pour d'autres corps de métiers, tels que celui des psychomotriciens ou des kinésithérapeutes, les tensions peuvent être plus facilement activées et les qualifications nécessaires pour intervenir en mobilisant des pratiques physiques sont relativement floues pour les gestionnaires des EHPAD étudiés :

« C'est vrai que moi avant que tu arrives je voulais qu'il y ait une psychomotricienne donc je m'étais dit super, vu qu'il y a pas de psychomotricienne c'est bien mais après voilà ce n'est pas la même chose, c'est complémentaire il faudrait les deux donc oui ça a évolué mais les deux je n'y pense même pas, mais je me rend compte que c'est l'avenir on va y arriver petit à petit. (...) oui il ne faut pas que ça s'arrête mais voilà par exemple (opérateur) tout le monde était content mais ça c'est arrêté parce que quand on commence des choses et qui d'un coup s'arrête même les résidents ils perdent d'un seul coup beaucoup et surtout pour ça » (Bénédicte, Cheffe de service EHPAD ML).

La concurrence entre l'intervenant en APA et les kinésithérapeutes ainsi que le manque de reconnaissance de la profession reste plus douloureusement ressentie parfois par les intervenants eux-mêmes comme en atteste l'entretien réalisé avec Jérôme, éducateur sportif de l'EHPAD II :

« Je vais aussi maudire la vision de l'éducateur sportif APA par certains kinés, par exemple, ou même certains médecins, des fois qui considèrent qu'on est juste là pour faire un peu de babale ou de jeu et que c'est tout. Mais soit parce qu'ils ne connaissent pas ou qu'ils ont quelque chose aussi à perdre derrière. Voilà. Je sais que les premiers mois, quand je suis arrivé, la directrice... La direction n'était pas là parce que j'ai eu une opération, mais les premières semaines, c'était compliqué pour moi parce que les kinés ne me laissaient pas accéder à la salle kiné alors que c'est la salle que j'ai besoin. Ils ne me donnaient pas le dossier des patients.

Voilà. C'était plus compliqué, en fait. Pourtant, c'est complémentaire. Mais après, on gagne ... j'empiète un peu sur leurs gains aussi et voilà. (...) On va dire que les deux grosses difficultés, c'est ça. Les deux points négatifs, c'est... C'est cette partie-là un peu... Des fois, travailler avec une équipe est très compliqué, mais ça peut être comme ce que je fais là avec une des kinés avec qui je m'entends bien parce qu'on a appris aussi à se connaître. On a échangé beaucoup et c'est moi qui suis allé vers elle très rapidement. Sinon, ça ne serait peut-être pas pareil. On a travaillé ensemble sans... Sans s'empêtrer là sur moi. En fait, je ne vais pas lui piquer du travail, mais je peux lui en rajouter parce que je sais que c'est des personnes que j'avais et que je ne peux plus avoir, c'est elle qui va l'avoir. Ou quelqu'un que je ne peux pas faire, c'est moi qui vais lui dire c'est pour toi. » (Jérôme, éducateur sportif EHPAD II).

L'anecdote issue du carnet d'observation de Roxane Etève montre également que la situation peut s'avérer parfois très tendue entre les kinésithérapeutes et les intervenants en APA.

« Le second kinésithérapeute a réagi autrement, il a demandé pourquoi je faisais mes séances dans la salle de kinésithérapie de l'EHPAD. Dans les échanges que nous avons eus, il avait du mal à comprendre et accepter ma présence dans l'établissement » (Carnet d'observation, mai 2024).

Cette situation de conflit n'est pas inhabituelle. Claire Perrin l'évoque parfaitement dans ses travaux : « *Les conflits apparaissent plus fréquents avec les Masseurs kinésithérapeutes, en particulier au moment où les enseignants en APA arrivent dans les services.* » (Perrin, 2016).

La position des kinésithérapeutes face aux préconisations favorables à l'APA dans les structures médicales et médico-sociales mérite d'être commentée de façon plus détaillée au regard des autres structures enquêtées. Elle met en évidence une asymétrie liée à l'ordre d'importance accordée aux corps de métiers dans le secteur de la santé. Bien que le monde hospitalier tends à reconnaître l'utilité et la spécificité de l'intervention en APA, la tension est perceptible tandis que l'ordre des priorités en matière d'intervention reste favorable aux kinésithérapeutes :

« Il y a quand même la perception des kinés sur les APA qui reste fragile, voire sensible, oui, mais c'est comme les ergos et les kinés, y a un moment. C'est comme les psychomot et les ergos. Il y a les psychomot et les kiné, ça a été pareil. Donc il faut y aller doucement » (Mégane, cadre de santé CHU).

« « kiné », « pas kiné », la question s'est posée, bien entendu. Mais non, rapidement... ils ont fait avec les forces en présence. Donc pas une lutte, au contraire, je dirais qu'ils ont été très novateurs, tous, et très motivés. Ça, non, on ne nous a pas mis de bâtons dans les roues pour ça et les gens étaient rapidement... les médecins étaient là-dedans pour ça. On l'a fait parce que les médecins y croyaient, clairement. Ils étaient là » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

« Mais dans les services auxquels je suis rattaché, en SSR (soins de suite et de réadaptation), l'activité physique adaptée, elle a le même rôle que celui de rééducation fait par des kinés, donc ça a quand même un rôle important. L'objectif principal du SSR, c'est la ré-autonomisation du patient. Donc effectivement que les soins du kiné sont au premier plan. Mais au second plan c'est l'activité physique » (Clémence, EAPA CH a).

« Le travail d'équipe est très important pour la bonne mise en place de ces programmes qui évoluent constamment. La démarche est dépendante de la prescription du médecin. Celle-ci peut être dédiée à un seul membre de la rééducation (le plus souvent : le kinésithérapeute) ou bien inclure plusieurs membres de l'équipe de rééducation (par exemple : le kiné plus l'EAPA plus la psychomotricienne). Généralement, le premier intervenant assurant la prise en charge de patient est le kiné qui peut lui aussi indiquer que le patient a par exemple besoin d'une prescription en APA » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

Dans sa position d'EAPA, titulaire d'une licence SVAPA, Clémence participe à la reconnaissance de l'APA et à la promotion de sa prescription au Centre Hospitalier « a » en précisant que les médecins avaient initialement des réticences à la proposer pour les patients les moins autonomes. Son inscription dans des collaborations étroites avec les autres professionnels rééducateurs et la démonstration de la pertinence de ses actions, par son travail au sein des services, permettent de valoriser l'APA aux yeux des médecins qui ouvrent progressivement leur prescription au cours du temps :

« Les médecins avaient tendance à faire des prescriptions pour les patients en kiné qui était vraiment dans la rééducation et me prescrire des patients pour l'APA ... les plus autonomes ceux qui marchaient tout seul, qui avaient le moins de besoins. Et petit à petit, en leur expliquant un peu mieux les choses, en leur montrant tous les actes qu'on pouvait faire. Du coup, ils ont élargi un peu leur prescription et surtout c'était pas soit kiné soit EAPA ça pouvait être les deux, il y avait une continuité. Maintenant ils prescrivent des patients au kiné et en même temps ils mettent à l'APA parce qu'ils savent que du coup on va travailler en collaboration et qu'on va s'échanger les informations » (Clémence EAPA CH a).

Les pôles de SSR des cliniques (devenues depuis SMR), n'échappent pas à ces tensions entre les EAPA et les kinésithérapeutes. Elles restent d'ailleurs très prégnantes dans certaines cliniques. Les entretiens révèlent néanmoins que la situation tend à se normaliser avec les jeunes kinésithérapeutes dans un cadre qui prône la complémentarité plutôt que la concurrence :

« Mais ça existe beaucoup encore, ce conflit kiné-APA là... dans tous les autres centres... » (Corentin, EAPA SMR 1).

« Il y a eu un renouvellement beaucoup des kinés, beaucoup de kinés qui ont fait des stages déjà avec des APA-S. Alors que moi, quand je suis arrivé, bon le travail été fait, mais les kinés sur la fin, ce n'était pas forcément ouvert, qui n'étaient pas fermés non plus, mais qui n'avaient pas envie de s'échanger. Et alors que eux, maintenant, on arrive et ils connaissent le boulot.... (...) Tensions ? : c'est souvent avec des kinés un peu à l'ancienne qui n'ont pas envie de changer leurs habitudes, ça fait 40 ans qu'ils font comme ça (...) Oui des fois, quand on est recruté, quand c'est des ouvertures de postes comme ça, les cadres disent on prend un APA parce qu'on ne trouve pas de kiné. » (Mathias, EAPA SMR 1).

« L'avantage qu'on a, c'est qu'on est une équipe de rééducateur qui est très jeune donc tous principalement kiné, ergo connaissent l'activité physique adaptée, savent ce qu'on peut apporter donc il n'y a pas du tout de guerre kiné/APA comme malheureusement j'ai pu rencontrer sur mon premier lieu de travail avec cette sensation qu'on piquait une partie de leur travail. Ici malheureusement, les patients sont euh voilà sont gériatrique ou polypatho et le kiné ou la kiné n'a pas forcément le temps d'intervenir sur tous les besoins du patient. Donc cette complémentarité kiné/APA ici est essentielle. Nous avons trois services sur l'hôpital complète et sur chaque service nous avons un binôme kiné/APA qui est construit pour que euh justement voilà ces échanges et cette complémentarité de travail auprès du patient est juste entre les deux rééducateurs se passe au mieux pour que tout soit plus fluide et que euh ...ensemble nous puissions être beaucoup plus efficace auprès du patient. » (Quentin, EAPA SMR 2).

La situation de concurrence, exprimée dans le cadre des groupements associatifs, s'applique surtout vis-à-vis des autres opérateurs en APA dans un secteur où l'offre de service est concurrentielle. Le principe consiste alors pour chaque groupement constitué à investir des territoires d'intervention qui ne se chevauchent pas sur les mêmes territoires :

« Non, ce n'est pas l'esprit du (opérateur), parce qu'ils sont plutôt dans les structures et non dans le positionnement extérieur. Et en fait, c'était justement d'être en rupture avec l'existant, de proposer quelque chose de nouveau. C'est plutôt ça l'idée, quoi. C'est vraiment d'être inciteur de mouvement pour tout le monde, quel que soit leur âge, et de venir combler des vides. Il y a vraiment un espace où il n'y avait personne. Où il n'y a personne, d'ailleurs. » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge).

« Dans la mesure où on est un peu sur du transversal, il n'y a pas de concurrence, de tension. C'est pas fragmentaire, en tout cas. C'est que l'association n'est pas présente dans les structures, c'est tout ! Non, parce que pour un problème aussi de place, qu'il n'y ait pas de confusion des genres, parce qu'en fait, on ne toucherait pas les gens. Là, ils n'aimeraient pas. Ça, quand même, c'est dur, les EHPAD. Tu fais pas la même chose dans l'EHPAD. Tu l'avais envisagé une fois, mais ce n'est pas possible. On ne peut pas faire la même chose (...) ça a été un choix au départ d'être hors des lieux. » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge).

2. Freins financiers et difficultés à pérenniser les postes

L'un des principaux freins au développement des programmes d'APA, exprimé par les acteurs interrogés, concerne les difficultés de financement des actions envisagées. Celui-ci est lié tout autant aux difficultés de rémunération des intervenants qu'à l'obtention de moyens logistiques nécessaires à la mise en œuvre des programmes. Notons que les pôles de SMR sont moins impactés dans un cadre intégrant l'APA comme moyen de rééducation fonctionnelle pouvant être prescrite, donc financées.

Les extraits de verbatims concernant les freins financiers sont nombreux et redondants. Nous n'en reproduirons qu'une partie, représentative des propos exprimés dans les dispositifs étudiés.

La situation concerne les Centres Hospitaliers au même titre que les autres structures médicales en impliquant un fonctionnement par réponse à des appels d'offre :

« L'argent, s'il n'y a pas d'argent on ne fait rien et vu qu'il n'y a pas d'argent on ne fait pas grand-chose (...) Ici il n'y a pas d'APA et à (nom de ville) du coup pour l'instant il n'y a pas d'APA non plus. C'est que quand il y aura l'argent qu'on embauchera l'APA » (Eva, EAPA et post-doc CH b).

« Alors après, pour pouvoir fonctionner, on répond quand même à un appel d'offres tous les ans pour avoir l'argent et pouvoir payer les personnes qui interviennent sur l'atelier » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

« Évolution souhaitée ? Peut-être embaucher un APAS, c'est qu'on on voit qu'elle n'est peut-être pas optimisée » (Mégane, cadre de santé CHU).

« Je me dis, je pourrais même avoir un collègue pour qu'on puisse travailler (...). Il y aurait largement de quoi faire, surtout avec les différents services et unités pour qu'on mène, qu'on manage nos équipes avec une qualité de vie qui soit plutôt sympa » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

« Le problème de ces ateliers, c'est que ce n'est absolument pas pérenne, c'est genre 3 mois (...) donc tu vas aller chercher, voir s'il y a pas quelque chose autour de chez lui, où il y a pas un club, où il y a pas une CPTS, une communauté professionnelle, voilà, c'est ça ; qui le déploie en APAS ou avec des pros formés. » (Mélanie, EAPA et doctorante CHU équipe régionale).

« Après, il faudrait qu'on développe plus de projets, plus de... enfin... Pour créer de nouvelles activités, il faut faire trois fois ton métier pour... et ça, je l'ai fait longtemps. Vraiment. Là, j'avoue qu'il y a une espèce de... ce n'est pas d'abandon car je suis là, sinon je serais partie, mais une espèce de résignation : je fais ce que je peux faire. » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

« ce qui a pu être un frein. Ça aurait pu être l'aspect financier, mais en fait, ça n'a pas été le cas puisque hôpital sourire a été de suite partenaire (...) il y a des itinérants, il y a des danseurs qui viennent dans les chambres, etc. Il y a des Spectacle de cirque des Magiciens et du coup, comme moi j'avais fait déjà de la danse avec les personnes post AVC (...) l'attaché culturel web, l'hôpital sourire qui était notre partenaire financier et, en plus, on avait deux professionnels de danse, donc une danseuse et un accordéoniste. On les a sollicités pour payer les artistes parce que l'hôpital ne pouvait pas les rémunérer, nos clients n'avaient pas de budget » (Mégane, cadre de santé CHU).

« Les impacts négatifs seraient qu'il manque toujours de matériel, de budget, d'effectif et de temps. Pour un hôpital avec pleins de services et deux maisons de retraites associées, je suis la seule APA alors que l'on pourrait être plusieurs. Il y aussi des contraintes au niveau du temps, on ne peut pas faire travailler autant de patients que l'on voudrait » (Clémence, EAPA CH a).

La situation financière rencontrée dans les EHPAD est particulièrement compliquée dans un secteur déjà en tension du point de vue du recrutement des professionnels du soin. Rappelons, à titre d'exemple significatif, que ce manque de ressource explique en grande partie le recrutement d'EAPA stagiaire en alternance au sein du groupe EHPAD Les 3 que nous avons étudié :

« La plus grosse difficulté c'est d'avoir du personnel tous les jours parce que c'est déjà très difficile de remplacer pendant les vacances, les arrêts malades prévues et au dernier moment il y a toujours des arrêts, donc des fois on part avec des équipes complètes puis rapidement on a moins 1 moins 2 donc la difficulté c'est de faire du travail correct en étant toujours en sous nombre, ce qui use les équipes, l'idéal serait une équipe complète tout le temps mais c'est un mythe » (Bénédicte, Cheffe de service EHPAD ML).

« Mener des actions par rapport aux autorités de tutelles de telle façon d'avoir des dotations qui intègrent l'APA » (Bruno, directeur EHPAS les 3).

« Pour moi le seul frein c'est financier parce que si c'était un poste (en APA) financé par une collectivité et que l'EHPAD n'aurait pas à payer il n'y aurait aucun souci, c'est uniquement financier » (Bénédicte Cheffe de service EHPAD ML).

« C'est un sacré enjeu (l'APA) mais cela ne pourra se faire que s'il y a une réelle volonté politique qui n'est pas encore affirmée avec des moyens concrets, car on ne peut pas se permettre d'abandonner des personnes, elles méritent vraiment d'être prise en compte dans leurs spécificités » (Daniel, représentant des aidants EHPAD Les 3)

« Le financement c'est toujours le frein parce que alors ici donc vous (stagiaire EAPA) vous êtes salarié en partie (...) il y a quand même un budget à respecter et des dotations qui ne sont pas extensives donc évidemment sur les négociations des fonctionnements au sens large des tutelles il faudra qu'à un moment il y ait des dotations en partie en tout cas qui soient accordés à l'activité physique adaptée parce que les établissement sont souvent dans des situations financières juste voire problématiques il y a pas forcément de moyens et après je ne sais pas si il y a forcément assez de moyen humain au niveau des gens formés. (...) Mais voilà s'il y a les moyens humains je pense qu'il faut qu'il y ait cette réflexion au même titre que dans un EHPAD on décide qu'il y ait tant d'équivalent temps plein de psycho ou de médecin voilà je pense que c'est à intégrer dans les effectifs. (...) Ça va revenir à ce que j'ai dit il faut voir si au niveau du financement c'est pérenne c'est le seul réel frein. (...) Qu'est-ce que je peux faire (rire) pleurer auprès du directeur, pleurer auprès de l'ARS et des instances quand on va négocier les cépom voilà c'est vraiment défendre ce nouveau maillon au niveau de ces instances je ne pense pas que je peux faire plus (...). Je ne connais que trois Ehpad donc sur l'autre on avait eu (nom d'opérateur) financé par l'ARS et dans les choix là où j'ai forcé un peu dans les choix de budget on a privilégié l'intervention de (nom d'opérateur) de façon payante puisque qu'au bout d'un moment l'ARS s'arrête évidemment. On a pris un petit bout du budget ergo qui n'était pas utilisé parce qu'on ne trouve pas d'ergo donc ce budget a été utilisé pour le financement de l'intervention de (nom d'opérateur) » (Tania, médecin coordinatrice EHPAD Les 3).

« L'ARS du coup finance une partie de mon salaire du coup, une partie du salaire aussi de l'animatrice parce que dans le projet il y a la partie animation, activité physique et aussi le PASA. D'accord oui. Le PASA c'est relié à l'ARS. Ouais, pour ce projet-là. Donc l'animateur il n'y en a pas. Donc moins de mon salaire. 50% c'est l'établissement et 50% c'est le financement, le budget de l'ARS directement. Ok. En passant par l'établissement. Mais c'est une enveloppe qui permettait en fait d'embaucher un APA à quasi temps plein ». (Jérôme, éducateur sportif EHPAD II).

« le frein ? Quand je dis le temps, ça peut être soit sur une seule personne le temps qu'elle reste sur la structure ou peut être mettre 2 professionnels sur la structure, tu as 2 fois plus de temps.

En tout cas le temps octroyé à l'activité physique et au sport adapté ça peut encore évoluer, même si ça a déjà bien évolué ça peut encore évoluer. » (Annette, Animatrice ML et Le V).

« il faudrait un éduc dans chaque EHPAD, fin c'est pas comme ça qu'on dit non, faudrait un enseignant APA dans chaque structure parce que c'est hyper important. (...) un enseignant APA sur chaque structure, c'est qu'en fait ça permettrait de le faire pour quasiment tous les résidents. N'Parce qu'en fait certains ne peuvent pas faire ne groupe il faut les faire seuls. Et ils le demandent énormément, énormément, énormément, énormément. Et malheureusement vous avez pas assez de temps et de moyens pour pouvoir, fin les moyens vous les avez certainement mais le temps, vous avez pas assez de temps avec une journée et demi sur les structures. » (Brigitte, Animatrice EHPAD Le C).

« Il n'y a pas de financement pour l'APA sur l'EHPAD donc c'est un financement sur les marges que peut s'octroyer l'EHPAD, ça se fait le cadre d'une fiche action dans le cépom qu'on va signer prochainement avec l'ARS et le conseil départemental où on a valorisé l'APA en montrant tous les bénéfices que cela pouvait apporter aux résidents et pour avoir un temps animateur APA financé, aujourd'hui c'est sur les fonds propres de l'EHPAD. Sur les installations sportives on a bénéficié de dons de plusieurs associations qui ont financé des outils sur le jardin thérapeutique. » (Eloïse, Directrice adjointe EHPAD III).

Comme nous l'avons déjà signalé, les formes d'actions menées par les groupements associatifs en APA à destination des aînés ont pour particularité d'être essentiellement dépendantes des aides octroyées par les financeurs en santé publique. Cette situation implique d'être en mesure de structurer des programmes qui répondent aux cahiers des charges fixés par les financeurs et qui s'inscrivent dans une démarche convaincante en matière de prévention santé par l'AP. Ce fonctionnement par conventions d'objectifs implique également de véritables compétences managériales et gestionnaires dont se dotent progressivement les acteurs du mouvement associatif :

« C'est justement par les appels d'offres à la CFPPA qui permet d'avoir des financements parce que l'association ne pourrait pas financer si y avait pas ses aides. La CFPPA c'est le département, oui je crois que c'est le département, l'ARS je sais plus exactement quels sont les financeurs faudrait se renseigner. Je sais que c'est la conférence des financeurs mais d'où viennent les financements, je pense qu'il y a le département, je ne sais pas s'il y'a pas des financements ARS. » (Dany, Infirmière Asalée Maison partagée).

« Chaque année les financeurs changent on va dire que c'est l'état qui à financer la 1^{ère} année de projet, la 2^{nde} année on s'est tourné vers la CFPPA donc la conférence des financeurs pour les personnes âgées, l'année d'après c'est à nouveau l'état l'ARS chaque année en fait et c'est mon job d'aller chercher des financeurs les plus importants possibles pour mettre en place un maximum d'actions. Le comité départemental (de l'UFOLEP) dépense aussi de l'argent dans ce projet-là mais c'est une vraie volonté de nos élus mais on va dire que depuis le début c'est quand même l'état qui finance en grande partie ce projet là même si la fédération aussi. » (Alix, Délégué départemental MSS UFOLEP).

« il faut savoir que pour un appel à projets maison de sport santé je vais répondre à l'appel à projet au mois d'avril mai et j'aurai le résultat du financement en septembre-octobre pour la même donc là on est en 2024...imaginons que je remplisse l'appel à projets dans un mois un mois et demi j'aurais la réponse en juin juillet août et j'aurai le paiement en septembre si c'est

accordé, donc il y a beaucoup de fragilité en définitive par rapport au projet parce qu'on est sur l'année 2024 ça veut dire que moi j'ai aucune certitude sur les financements mais je commence à dépenser l'argent que j'ai jamais reçu donc ça aussi c'est un frein, une crainte constante d'année en année » (Alix, Délégué départemental MSS UFOLEP).

Dans certains cas les financeurs sont multiples et nécessitent une réelle expertise dans la capacité à capter ces ressources en multipliant les réponses aux appels d'offre tout en faisant valoir la légitimité et l'efficacité des programmes proposés :

« *L'association est au carrefour de plusieurs choses. Donc c'est le comité départemental olympique et sportif. Ensuite, il y a le département du (nom), financeur. Il y a aussi la DDSCQ. Je ne le dis jamais dans le bon ordre. Dans le cadre de l'aide à l'emploi. Donc ça c'est, voilà, aide à l'emploi. Le département, c'est le financeur, oui. Tandis qu'il y a la conférence des financeurs pour la promotion de l'autonomie : la CFPPA. Et donc le CDOS, parce que l'association est affiliée au CDOS, mais on est aussi avec l'office municipal de l'OMEPS, là, de la ville (nom). On est partenaire, hein, tout simplement. Après, on est partenaire aussi de toutes les communes où on est présents : Ensuite de l'association, la fédération ADMR, l'UTARM, aussi : TransAlzheimer, TransParkinson ; EFformip, aussi. Et ensuite, aussi, il y a des associations type Génération Mouvement, aux familles rurales. Aussi, plus ou moins, les maisons sport santé. Voilà. La mutualité occitanie. Et un petit peu la banque, parfois, avec du mécénat. Et la fédération, aussi et Unichampollion. (...). Une fois qu'on a rempli l'appel à projets, il faut faire, quoi. Il y a une sorte de cahier des charges par rapport au droit de ligne direct au projet, soit de la conférence des financeurs, de la table de laquelle on s'est inscrits, on a forcément... » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge).*

« *Ce dispositif est vraiment parti d'une collaboration avec la CPAM dès mon arrivée en 2014. La CPAM proposait à l'époque des ateliers d'éducation thérapeutique diabète, il y avait beaucoup de monde sur 4 territoires. Je faisais des séances APA /ETP, on leur disait alors de bouger mais on ne proposait pas quelque chose d'adapté. Rapidement, on s'est dit qu'est-ce qu'on leur propose ? Donc mise en place du dispositif. On a décidé de ce dispositif en interne avec le conseiller et les services de l'état et nous l'avons ensuite proposé à la CPAM. A l'époque il y avait un petit financement de mon poste par la CPAM donc c'était avec eux que ça c'était initié Il y avait le département qui finançait fortement le poste, les services de l'état ARS et côté jeunesse et sport, la CPAM. La confédération des financeurs prévention perte de l'autonomie qui nous finance fortement. Au-delà du projet nos postes sont financés par eux, par le département et par l'ANS et l'État » (Lucie, EAPA coordinatrice départementale CDOS).*

« *Alors, il y a une participation des pratiquants, quand même, c'est pas négligeable - Le financement, on l'a déjà, vu le prêt d'installation sportive qui est gracieux. On va rencontrer ce qui est financier. Effectivement, il y a beaucoup... C'est un très important que ça tourne, ça c'est sûr. Ces difficultés ont été palliées par l'appel à une participation par une bénévole. (...) La difficulté, on peut dire, c'est le démarrage. Parce que, par exemple, pour obtenir de l'aide à l'emploi, il faut qu'il y ait une assiette... Que l'association ait déjà une assiette financière. Donc, le point délicat, c'est quand même le financier. » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge).*

« *Oui il y a qu'une heure par semaine, avec un groupe est très hétérogène. Des gens qui sont très fragiles, des gens beaucoup moins et c'est vrai qu'on essaye de se dédoubler toute les 2, de faire travailler les uns et les autres différemment mais c'est quand même assez compliqué et on aimeraient faire 2h mais il faudrait avoir les financements. (...) Déjà en augmentant le nombre de séances, et déjà si on augmente le nombre de séance et qu'on a un plus petit groupe je pense*

que l'espace s'adapte mieux après, la on cherche toujours dû matériels pour que ce soit toujours très ludique. On essaye de trouver des choses pour qu'ils soient content de faire de l'activité, on cherche le côté ludique » (Dany, Infirmière Asalée Maison partagée).

3. Freins relatifs aux ressources logistiques

Les problématiques liées aux freins en matière d'obtentions de ressources sont nombreuses et ne sont pas seulement financières. Elles peuvent être liées à des questions administratives et organisationnelles : « *ça peut être un frein, les aspects administratif et réglementaire et pour le coup, tout se joue sur ce côté professionnel.* » (Mégane, cadre de santé CHU).

Les problématiques relatives aux besoins en installations et en matériel restent fréquemment exprimées dans les entretiens, même si des solutions sont trouvées, comme c'est le cas pour la clinique SMR 2 :

« Depuis l'ouverture officielle de l'hôpital de jour, on a eu une extension du bâtiment. La salle de rééducation maintenant fait à peu près 180 mètres carré je crois, divisé en deux parties. Donc une partie qui sur les plans est un peu plus pour l'hôpital de jour mais qui est utilisé aussi pour l'hospitalisation complète. Donc on a une grande salle et une qui est un petit peu plus petite, on a des box pour les kinés, on a beaucoup de matériel du coup qui a été budgétisé pour cette ouverture d'hospitalisation de jour. Donc on a : tapis de marche, vélos elliptiques, vélos semis assis, des vélos classiques, barres parallèles, des rails de marche, du matériel de renforcement musculaire que ce soient des haltères, des poids lestés, des médecine-balls, on a eu beaucoup de matériel pour nous permettre voilà de euh de pouvoir intervenir auprès des patients, pour faire des ateliers de qualités sans manque de matériel. Donc là-dessus on n'a pas, on n'a pas de soucis. On voit encore avec l'évolution de projet qui nous faudrait d'autres matériaux un petit peu plus spécifique pour aller un peu plus loin dans notre prise en charge mais euh nous ne sommes pas à plaindre. » (Quentin, EAPA SMR 2).

Dans les EHPAD étudiés, la situation observée est plus délicate, traduisant une forme de concurrence renforcée par les fortes contraintes d'occupation des espaces qui disposent rarement d'espaces nécessaires à la pratique de l'activité physique :

« Des problèmes au niveau de l'organisation, au niveau des salles moi en premier lieu c'est ce que j'ai constaté parce qu'il y a plusieurs parfois des activités qui se font en même temps que du coup les activités de sport adapté on manque cruellement d'espace parce que bon on peut pas se contenter de faire ça dans un bureau donc il faut qu'il y est un minimum de place pour pouvoir faire les exercices et on manque cruellement de place » (Lucile, Animatrice EHPAD Le V).

Bien souvent, les espaces restent à aménager avec l'aide de financeurs externes aux établissements, tandis que les salles disponibles doivent être partagés avec d'autres utilisateurs, tels que les kinésithérapeutes :

« Il y a eu, c'est un peu encore en cours, devant l'établissement, la mairie a fait un petit parcours de santé motricité pour les personnes âgées, en bois. Mais par manque de financement, ce n'est

pas fini. Juste de l'autre côté de la rue, il y a un petit parcours avec des marches en bois, un truc qui peut être très bien, sauf qu'il n'y a pas le financement pour faire le sol. Donc il y a les ateliers, mais ce n'est pas nivelé, il n'y a pas de bitume, donc on ne peut pas y aller en déambulateur. Au niveau sécurité, on ne peut pas le faire. Le budget de la commune, le budget de la commune, du coup, avec l'endettement de la commune. Donc en termes de salles, on a une salle kiné qui est utilisée par là où les deux kinés et moi-même » (Jérôme, éducateur sportif EHPAD II).

Cette problématique, liée à l'occupation des espaces est particulièrement sensible pour les groupements associatifs d'APA qui entrent ainsi en concurrence avec les autres acteurs du mouvement sportif en étant dépendants des installations sportives mises à disposition par les collectivités territoriales.

De ce point de vue, la question des priorités établies en matière de politiques sportives et/ou sanitaires se pose concrètement :

« La difficulté c'est la mise en concurrence sur d'autres réservations par moment ou au jour au lendemain on n'a pas la salle il est obligé d'annuler la séance, bon ça va s'arranger mais c'est vrai que ça peut être une première contrainte » (Alix, Délégué départemental MSS UFOLEP).

« Les salles sont un problème chaque année. C'est pénible dans certains secteurs et dans certaines villes, c'est pas évident de trouver des salles alors que l'on ne demande pas forcément un gymnase, on comprend bien que les gymnases ne sont pas nombreux et en priorité pour les enfants. Même les salles c'est compliqué, car entre services ils ne s'entendent pas toujours. (...) quand on va sur des territoires sur d'autres dates, c'est un peu compliqué. D'où notre envie de pouvoir aménager un bus pour pouvoir faire les tests dedans. » (Lucie, EAPA coordinatrice départementale CDOS).

« Après ce qui est un peu négatif c'est oui le lieu qui ne s'adapte pas trop. On est obligé de débarrasser les tables, on est dans le salon à côté de la cuisine, des fois il y a encore des gens qui déjeunent. Ça s'est un petit peu dérangeant. (...) c'est au niveau du local que c'est pas toujours facile car on est obligé de tout déménager. Y a pas de pièce adaptée. » (Dany, Infirmière Asalée Maison partagée).

4. Des difficultés de coordinations liées à la réorganisation nécessaire des pratiques de soin et au rôle important joué par les médecins

Au-delà des difficultés liées aux espaces de pratique, ce sont les problèmes de réorganisation des services liées à l'introduction de l'APA qui traduisent les freins les plus apparents. Cette situation a comme conséquence une coordination fracturée entraînant souvent une mise à l'écart de l'APA dans les dispositifs étudiés.

Ces difficultés organisationnelles, liées à un manque de moyens tant humains que financiers, limitent le déploiement de l'APA dans le parcours de soins. Il faut rappeler que les dispositifs en milieu hospitalier ou médico-social accueillent des professionnels issus de différents secteurs (social, médical, sportif, administratif, économique...) dont il s'agit de

coordonner les actions. Il y a des médecins, des infirmières/infirmiers, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des aides-soignantes, des cadres de santé et des cadres d'hébergement, notamment. Il convient donc d'établir un planning d'intervention de ces professionnels pour prendre en charge les publics visés. De ce point de vue, l'intégration récente de l'enseignant d'APA ajoute une contrainte supplémentaire d'occupation du planning devant composer avec les multiples temps dédiés aux patients.

Dans les CH et CHU, l'enjeu organisationnel illustre une nécessité supplémentaire de coordonner les actions dans des services déjà très contraints par le nombre important d'intervenants du soin :

« On travaille en collaboration avec l'équipe de rééducation, donc les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes. Effectivement, après les infirmières, les aides-soignantes, toute l'équipe pluridisciplinaire et donc on essaye de travailler sur l'entretien, la motricité des personnes et la revalidation à la marche. (...) Des objectifs sont fixés et après dans les objectifs de rééducation, on essaye d'atteindre ces objectifs pour aider les personnes à se sentir mieux dans leur corps et à gagner plus en autonomie. » (Clémence, EAPA CH a).

« depuis 2, 3 ans, je suis vraiment au sein de l'équipe des kinésithérapeutes essentiellement, mais on se partage la salle et le matériel. (...) on utilise la salle des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes, et on utilise un peu le même matériel qu'eux. Après c'est sûr qu'on pourrait toujours avoir un peu plus de matériel ou des salles plus grandes pour peut-être faire plus de groupes, plus de collectifs, mais on s'adapte avec les moyens du bord. » (Clémence, EAPA CH a).

Cette problématique organisationnelle est étroitement dépendante des objectifs fixés par la structure de soin, voire des priorités qui sont fixées en matière d'intervention :

« Le frein ou le risque principal. C'est vraiment devenir l'enjeu, c'est vraiment de venir lier les objectifs de chacun (des intervenants professionnels) » (Mégane, cadre de santé CHU).

Le cas des EHPAD, illustre parfaitement ces enjeux organisationnels et les freins relatifs aux modifications des plannings fixés. L'introduction de l'APA met en évidence une réorganisation qui dépasse la simple contrainte d'emploi du temps en remettant en cause fondamentalement la hiérarchie des pratiques de soins. Ainsi, les contraintes relevées au sein du groupe d'EHPAD Les 3 contribuent à rendre difficile l'intégration de l'APA dans le « dispositif personnes âgées ».

Les créneaux possibles pour réaliser des séances APA sont assez limités pour une intervention qui n'est pas jugée prioritaire. De fait, les résidents ont des emplois du temps contraints par les soins, les examens médicaux, la kinésithérapie ou les animations déjà instaurées. L'APA, étant une nouvelle pratique dans les EHPAD, doit donc faire face à la diversité des activités initiales qui limite les possibilités d'accompagnement sur une journée. Les temps disponibles se concentrent uniquement en milieu de matinée de 10h30 à 11h30, soit après les soins des résidents et avant l'entrée en salle à manger à partir d'11h30. En ce qui concerne le début d'après-midi peu de résidents sont présents car une majorité fait la sieste et à 15h15 un goûter est servi. Une séance peut toutefois être proposée de 14h15 à 15h15, ainsi

qu'une autre séance après le goûter. Souvent des aléas, tel qu'un examen médical ou autre évènement, ne rendent pas possible la présence de certaines personnes. Il faut souligner que les équipes de soins et d'entretien ne peuvent pas adapter les emplois du temps afin de limiter les conséquences de retard. La pratique de l'APA est ainsi très contrainte dans l'organisation de l'établissement :

« Alors là c'est compliqué parce qu'il faudrait une refonte totale de la prise en soin des résidents parce qu'on a quand même les aides-soignants d'un côté, la restauration de l'autre donc il y a déjà des clans donc ...plus l'activité physique adaptée qui arrive comme ça qu'on connaît pas c'est bah c'est toujours pareil un poste entier plus de personnel soignant qui pourrait participer d'avantage, voir ce que tu fais, t'aider, être tes adjointes il faudrait un poste complet en APA et plus de soignant qui ferait l'intégrer davantage » (Bénédicte, Cheffe de service EHPAD ML).

Le manque de personnels, conjugué aux exigences du soin et aux différentes propositions d'animations, réinscrivent l'APA dans un champ de concurrence exigeant d'établir des priorités, ce qui traduit une situation sous tension dans le cas du groupe d'EHPAD Les 3. Le problème est donc moins épistémique ou axiologique, qu'organisationnel, bien que l'ensemble soit lié :

« Ah le seul frein c'est sur l'organisation en fait il faut vraiment trouver des plages d'interventions qui soient compatibles avec le fonctionnement des aides-soignantes essentiellement parce que si vous arrivez à 8h30 en disant ça va pas bien se passer il faut vraiment bien communiquer sur les horaires, qui participent quand combien de temps le lien aussi avec les infirmiers si il y a des rendez-vous médicaux parce que pareil si vous récupérez madame Machin et que son médecin traitant qui vient tous les 3 mois viens pile-poil ce jour pour faire un renouvellement il ne reviendra pas avant 4 mois (rire) donc voilà c'est plus dans l'organisation après je ne m'imagine pas qu'il puisse y avoir des freins idéologiques c'est à dire que jamais une aide-soignante va être contre l'idée qu'on propose une activité physique, ou une infirmière, c'est plus cette refonte dans le fonctionnement c'est les mêmes contraintes que l'animatrice en fait, l'animatrice elle récupère tant de résidents pour faire telle activité si il y a pas ce lien et cette organisation commune ça ne marchera pas. C'est important quand vous faites un nouveau groupe ou qu'un nouveau résident se dire il a déjà tout ça dans sa vie, les animations il ne faut pas que ça soit au détriment du reste donc si il a la sortie ciné et activité physique adaptée qu'est-ce qu'on choisit voilà donc ça se réfléchie donc c'est cette coordination entre soin rendez-vous médicaux nécessité d'accompagnement, les animations, les familles savoir si le jour où la famille viens voilà donc communication, coordination et inclusion » (Tania, médecin coordinatrice EHPAD les 3).

Cette situation ne facilite pas les coordinations entre intervenants. Elle impose une communication plus importante pour ajuster les formes d'intervention selon les nombreuses contraintes. C'est en ce sens que l'on constate des formes d'enjeux de savoir/pouvoir qui accompagnent les priorités définies :

« Si il y a cette communication, moi tu vois des fois j'avais prévu tel ou tel résident sur tel atelier à un moment donné si Justine vient me voir par exemple et qu'elle me dit j'ai besoin de tel résident sauf cas de force majeur pour raison particulière qui me pousse à dire tel résident il vaut mieux qu'il fasse telle activité par exemple des résidents qui sont pas bien en ce moment comme MR xx on sait que la peinture l'apaise donc la même par le conseil de la psy on dira il

vaut mieux qu'il fasse de la peinture qu'une séance de sport au vu de son état mental après tout est dans la communication c'est le seul inconvénient c'est qu'à un moment voilà il peut y avoir un non-respect dans les impératifs et demandes des résidents mais avec cet esprit de communication et bonne entente on peut très bien associer le sport adapté au sein de cet établissement avec le reste des rendez-vous et des activités mis en place » (Lucile, Animatrice EHPAD Le V).

Du côté des groupements associatifs développant l'APA, cet enjeu organisationnel s'exprime différemment. Il est avant tout lié à la bonne entente avec les partenaires des collectivités territoriales, à la qualité de l'accompagnement des programmes à destination des populations visées et aux ressources attribuées en termes d'installations et de moyens matériels :

« Il y a quelques couacs en fait au niveau de la disponibilité des salles voilà au niveau de la mairie on souffre entre guillemets pas mal de voilà de la mise à disposition des salles il y aurait peut-être un effort de leur part à faire pour être un petit peu plus indulgent voilà sur la mise à disposition des salles à (ville) quoi on sent pas en vrai un réel investissement après voilà à leur décharge ils nous mettent quand même à disposition une salle gratuite et ça a quand même des frais, faut qu'ils payent l'électricité faut qu'ils payent le chauffage et ça on ne paie pas quoi donc voilà mais après je pense qu'il est hein il pourrait faire mieux. » (Pierre, EAPA MSS UFOLEP).

II-B.e La prise en compte des usagers dans les programmes d'APA

L'introduction de l'APA dans les différents dispositifs étudiés accompagne l'importance croissante accordée à la place des usagers dans le système de soin, notamment du point de vue de l'éducation thérapeutique qui leur est parfois proposée, des démarches participatives qui les impliquent dans la co-construction des programmes les concernant et de leur inscription dans des modes de vie physiquement plus actifs (Cometti, 2017).

Le cadre de réflexion présenté dans ce chapitre est donc plus étroitement centré sur la participation des personnes âgées dans les programmes de prévention de la perte d'autonomie incluant de l'activité physique. Notons d'emblée que l'analyse présentée pour ce projet d'amorçage est moins attentive à la place des usagers, envisagée de leur point de vue et « *in situ* » (puisque nous n'avons pas pu les interroger), qu'à la façon dont les opérateurs considèrent leur implication dans les dispositifs proposant des programmes d'APA.

Pour contextualiser néanmoins les données recueillies, il faut rappeler que les inégalités d'accès à l'AP, particulièrement pour les populations précaires et/ou éloignées d'une culture médicale de l'hygiène, ont été révélées par les travaux épidémiologiques (INSERM 2019).

Dans les pas de la *décennie pour un vieillissement en bonne santé* de l'OMS (2021-2031), l'État français s'engage à diversifier les stratégies d'action afin de faciliter l'implication d'un public plus large à pratiquer une AP.

Soulignons également que la prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux - visant l'inclusion des ainés (Bertillot & Vanneste, 2022) en luttant contre les inégalités sociales et territoriales de santé - est fortement encouragée par les politiques publiques mais reste souvent peu opérationnalisée (Viriot-Durandal & al, 2017 ; Moulaert, 2018), comme nous l'avons déjà mentionné dans la partie concernant l'évaluation. En ne prenant pas en compte les dispositions des usagers à l'effort physique, leur rapport au corps ou au sport lié à leurs socialisations antérieures, de nombreux programmes de santé restent ainsi éloignés d'une stratégie favorisant leur participation (Sedrati-Dinet, 2016 ; Van-Hoye & al, 2021). Louise Potvin regrette en ce sens « *le manque de théorie pour réfléchir aux dimensions sociales et relationnelles de la pratique en santé publique* » (2005).

La littérature souligne régulièrement les difficultés d'inclusion et d'éducation des usagers dans les programmes d'AP (Terret & Perrin, 2007 ; Gaborit & al., 2021 ; Tchirkov & al., 2021). Elle montre également la forte différenciation et les adaptations variées des comportements des publics avançant en âge dans le domaine des pratiques physique (Morales & Génolini, 2019). Les enquêtes réalisées sur les déterminants sociaux de la pratique physique des usagers confirment que le maintien d'une pratique régulière d'AP est influencé par des parcours de vie (Charrault, 2020) et des configurations sociales qui peuvent freiner l'engagement des populations les plus fragiles (Morales-Gonzales & al., 2018 ; Issanchou & al. 2022). La recommandation d'une AP régulière se heurte ainsi à une difficulté de mise en œuvre, en particulier pour les individus qui sont les plus sédentaires, non socialisés à toute forme de pratique physique, fragilisés par une (ou des) pathologie(s) chronique(s), par l'âge et les conditions sociales d'existence (Barth & al, 2018).

Les stratégies de mobilisation des usagers s'avèrent être à géométrie variable, selon les dispositifs proposés en matière d'APA, puisqu'elles dépendent des ressources ou des contraintes dans l'action. Celles-ci sont plus ou moins partagées entre les différents acteurs (et leur ambition éducative déclarée), y compris selon les usagers eux-mêmes dans leur motivation pour l'AP (Perrin, 2019). Ainsi, l'idéal de démocratie sanitaire apparaît comme un référent flottant, un espace social au sein duquel des acteurs très différents coopèrent ou luttent pour imposer leur propre vision de la place accordée aux individus et des pratiques physiques favorables à leur santé.

1. Des profils d'usagers hétérogènes

Le premier constat, découlant des données recueillies dans l'enquête CAP APPA, montre que les programmes d'APA étudiés concernent généralement un public présenté par les acteurs comme étant particulièrement hétérogène. En raison des contraintes organisationnelles d'intervention, il apparaît difficile d'individualiser la prise en charge pour qu'elle corresponde très précisément au profil de chaque personne accueillie.

En structures médicalisées (Hôpitaux et cliniques) cette situation est régulièrement exprimée dans les entretiens :

« Les patients que l'on accueille au sein du service SSR sont des personnes âgées polypathologiques, c'est-à-dire qu'elles ont plusieurs pathologies, essentiellement cardiovasculaires, des maladies dégénératives comme la maladie de Parkinson ou des démences apparentées à la maladie d'Alzheimer etc. Ensuite il y a beaucoup de prothèses de genoux, des fractures du col du fémur, des fractures liées à des chutes, fracture de l'humérus par exemple. Donc c'est quand même assez lourd on va dire. C'est des personnes quand même fragiles, il y a vraiment une surveillance particulière à mettre en œuvre, parce qu'il y a plusieurs pathologies, il y a le diabète, tout ce qui est les problèmes d'arthrose. Voilà, c'est un public fragile. » (Clémence, EAPA CH a).

Selon les cas, les publics encadrés sont plus ou moins autonomes mais présentent des disparités sur le plan neurologique, ce qui accroît la difficulté d'une intervention homogène, impliquant spécifiquement chaque personne selon son pouvoir d'agir :

« C'est plutôt autonome quand même, autonome parce qu'on n'a pas vraiment à visée gériatrique, la plupart sont autonomes. Oui, mais au final, on a une mixité quand même. On a une diversité... on prend des patients, on essaie de ne pas mettre plus de deux neuros, sur chacun de nos plannings par heure. On se trouve à avoir une heure avec les 4 patients, qui ont des âges, des pathos différentes. Et tout le monde travaille ensemble sur le plateau » (Grégory, EAPA SMR 1).

« Ceux qui ne sont pas autonomes... sont hospitalisés ici et brancardés (...) il y a beaucoup d'orthopédiens, mais bon eux... ils sont eux, ils sont dépendants, juste temporairement, à cause de la pathologie, pour la plupart ! » (Mathias, EAPA SMR1).

« c'est du principalement gériatrique ou polypatho euh des patients qui sont soit en EHPAD soit à la maison. Donc certains étaient autonomes donc là on va vraiment essayer un maximum de leur permettre de récupérer cette autonomie à la fois fonctionnelle nous sur la rééducation mais aussi dans les soins que ce soit pour la toilette, pour les repas, se changer. Pour qu'ils

puissent retourner à la maison. (...) Certains patients parfois nous sont adressés mais sont malheureusement renvoyés à l'hôpital ou à la clinique parce que le patient ne correspond pas au profil de patient euh de la clinique. Soit beaucoup trop lourd soit au vu parfois des troubles cognitifs et des risques euh que ça peut engendrer pour lui ici donc on le renvoie pour qu'il puisse être par la suite transféré dans une unité plus adaptée. » (Quentin, EAPA SMR 2).

Ce problème d'hétérogénéité des publics complique la prise en charge, surtout lorsque les facteurs de fragilités cognitives s'ajoutent aux facteurs physiologiques :

« On essaie de construire au mieux les groupes pour que les patients se retrouvent un peu à un niveau d'autonomie ou fonctionnel égal. Après c'est comme tout, parfois il y a le côté cognitif qui va s'immiscer un petit peu » (Quentin, EAPA SMR 2).

Dans le secteur de l'APA en EHPAD, la situation est plus complexe au vu de la diversité des populations accueillies en résidence, tant du point de vue, physique que psychologique ou social :

« Les résidents qui sont accueillis en EHPAD sont des personnes polypathologiques à mobilité réduite pour la plupart. » (Éloïse, Directrice adjointe EHPAD III).

« Tu as différent profil, et en fonction des groupes on a vraiment choisi des personnes pour faire des groupes autonomes, semi-autonome, des groupes dépendants, Et c'est vrai que du coup en fonction des pathologies des résidents, de leur vécu, enfin pas de leur vécu mais de leur pathologie ouais » (Brigitte, Animatrice EHPAD Le C).

Les publics visés par les groupements associatifs en APA sont également hétérogènes même s'ils sont très majoritairement autonomes, ce qui autorise la mise en œuvre de programmes de prévention plus diversifiés. Notons que les hommes sont souvent plus difficiles à intégrer dans ces programmes, en raison des facteurs sociaux qui les éloignent des pratiques mobilisant des formes gymniques d'entretien corporel (Morales & al., 2023) :

« Oui, c'est pour les gens qui ne vont pas dans les salles de sport ou dans les clubs sportifs et qui ont comme toujours envie de pratiquer. (...) Et puis aussi, peut-être, je ne sais pas, mais que les programmes, ils ont une visée cognitive aussi. (...) puisqu'on a de plus en plus à être en réeduc. (...) Oui, oui, un public hétérogène, c'est-à-dire qu'on ne peut pas, malgré les évaluations, on ne peut pas, on n'a pas le... Et compte tenu, on voit les gens qui nous font par semaine aussi. Enfin, on les voit, on a la vision, on peut les voir plus, mais en fait, on est obligé de gérer l'hétérogénéité en permanence. Tout le temps, tout le temps, tout le temps (...). Et peut-être, mais ça, c'est... C'est des hommes, c'est un beau rêve, mais avoir des groupes plus homogènes, mais... » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge).

« Le public c'est majoritairement des plus de 60 ans préretraités ou retraités (...) Je pense qu'on est quand même sur des personnes qui sont GIR 5, 6, voilà, des personnes qui sont quand même encore avec une autonomie importante et l'objectif annoncé c'est le maintien de l'autonomie donc on ne peut pas être sur des personnes qui ont un GIR faible et qui sont dépendants, on est sur des personnes qui sont à un niveau d'autonomie important. » (Alix, Délégué départemental MSS UFOLEP).

« On a un public quand même en majorité je dirais 90% voire plus de 95% de personnes âgées quoi de seniors donc tu me demandais un peu de le décrire je l'ai dit ici très hétérogène donc on a des personnes âgées, moi je trouve qu'ils sont assez dynamiques, en fait donc on pourrait croire qu'on est vraiment sur un public en prévention primaire dont des publics qui eux aussi pratiquent à côté qui font de l'activité physique dans différents clubs en ou association au sein des villages où ils habitent (...) et ensuite on a un public de personnes âgées qui est en ...allez plus limité ...ouais plus limité avec des pathologies plus lourdes toujours très hétérogènes avec des problèmes on va dire moteurs, des problèmes fonctionnels pas mal de problèmes on va dire articulaires ...des problèmes ... certains ont des problèmes cognitifs » (Pierre, EAPA MSS UFOLEP).

« Le but du jeu du dispositif est de remettre les personnes qui ont des limitations modérées. Limitations sévères c'est compliqué, limitations modérées et minimes, de les remettre en condition pour pouvoir ensuite accéder à l'activité physique à l'offre du mouvement sportif principalement » (Lucie, EAPA coordinatrice départementale CDOS).

2. Une démarche participative incluant les usagers, relativement restreinte

Rappelons que la participation des usagers dans les institutions médico-sociales est aujourd’hui, et depuis une quinzaine d’années, promue pour être au centre de la prise en charge. Cela est précisé dans différentes lois : 2 janvier 2002, du 11 février 2005 et du 5 mars 2007 (ANESM, 2018a).

À titre d’illustration significative, il faut souligner que le projet personnalisé d’accompagnement (PPA) des résidents du groupe d’EHPAD Les 3, répond précisément à cette commande politique, comme nous l’avons déjà signalé. Le PPA apparaît comme un outil de coordination qui vise à répondre plus étroitement aux besoins et aux attentes des personnes accueillies. Il valorise une démarche de co-construction entre la personne (et/ou son représentant légal) et les professionnels des établissements. Ce projet personnalisé permet de renforcer le droit de participation de la personne accueillie (et/ou de son représentant légal selon les situations) concernant son accompagnement (ANESM, 2018b). Autrement dit, l’adhésion et l’incorporation de l’usager sont favorisées par l’élaboration du projet personnalisé de la personne accompagnée. Cette situation illustre ainsi la façon dont s’organise une forme de « gouvernement par la participation » des usagers dans le domaine de la santé (Carrel, 2017) :

« Le résident doit être acteur de son parcours de soin, la problématique qui se pose c'est vu qu'il y a un maintien à domicile le plus longtemps possible, le résident qui entre en EHPAD n'est plus en capacité cognitive de gérer son parcours de soin donc c'est plutôt gérer avec les familles mais bon on leur demande toujours ...même ceux qui ont des troubles, on leur pose toujours des questions, on leur demande si on peut, si ils veulent, on essaye de leur faire comprendre » (Bénédicte, Cheffe de service EHPAD ML).

La démarche d’implication des usagers est ainsi prise en compte de façon explicite par le groupe d’EHPAD Les 3 :

« *Bien évidemment chaque résident doit être acteur de sa prise en charge et ça doit se vérifier à n'importe quelle séquence de la prise en charge allant du réveil jusqu'au couché* » (Bruno, directeur EHPAD les 3).

Notons, également, que le « dispositif personnes âgées » a choisi en octobre 2023, de mettre en place une nouvelle terminologie pour désigner les résidents des EHPAD (carnet d'observation, octobre 2023). En effet, les termes « personne âgée » et « résident » sont remplacés dans le nouveau texte adopté par « la personne accompagnée ». Cette décision a précisément pour objectif de renforcer une posture d'acteur impliquant les aînés dans leur parcours au sein de l'établissement à travers leurs PPA.

De façon parallèle, au sein de la commission APSA de l'association qui gère les 3 EHPAD, il faut signaler qu'un représentant des usagers est invité à participer aux travaux menés, dans la perspective de co-construire les projets sportifs de l'association. La réalité observée est que malgré cette proposition, aucune personne accompagnée n'a encore été présente à ce jour.

Par ailleurs, à l'échelle interne de chaque EHPAD, un Conseil de Vie Sociale (CVS) est mis en place en référence à l'Article 10 de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002. Celui-ci correspond à une instance composée de résidents (personnes accueillies), des familles et des professionnels de l'établissement. Il favorise l'expression et la participation des résidents et de leurs familles à la vie de la structure. Ces CVS touchent des sujets variés allant de la démarche qualité, des prestations proposées, des projets de travaux, à l'animation et les services thérapeutiques.

Au total, sur un plan institutionnel, la démarche consistant à prendre en compte les usagers en les faisant participer aux instances de l'établissement est avérée. Pour autant, le fonctionnement des instances montre que cette implication ne débouche pas toujours sur une réelle co-construction des projets les concernant et traduit différents niveaux de participation :

« *Tu as le projet personnalisé qui est revu une fois par an, il permet de faire le point de ce qui a été fait cette année et tout ce qui va être fait pendant un an pour la personne en terme de projet balayant projets d'activités, projets de soins, de vie, les désirs, les capacités et puis après de manière un peu plus générale tu vas avoir les commissions menues, les CVS, la réunion des résidents une fois par mois pour donner leurs avis sur ce qu'ils veulent faire, ne pas faire, comment s'est passé les choses, les points qu'ils veulent aborder ensemble donc il y a différents niveaux de participation* » (Inès, psychologue EHPAD Le V).

En proposant d'intégrer l'APA au sein des PPA, dans son engagement en recherche interventionnelle, le principe adopté par Roxane Etève a été de permettre aux résidents de formuler explicitement leur volonté de pratiquer des activités physiques adaptées et de les inscrire dans leur projet d'accompagnement personnalisé, si aucune contre-indication à la pratique n'était signalée. Cela a initié (sur un temps court car lié à la période de stage) l'intégration de résidents dans un programme APA : marche adaptée, natation, séances collectives de prévention des chutes, séances d'activités sportives collectives adaptées à raison d'une à deux séances de 45 minutes par semaine. L'efficacité de la démarche n'a pas pu être vérifiée compte tenu de la fin du stage (juin 2024).

Dans tous les cas, si l'on se réfère aux travaux de Claire Perrin, l'autonomisation recherchée à travers le PPA et/ou le CVS apparaît comme dépendante d'une : « *activité d'enseignement qui vise le développement de « capacités » et l'émancipation des usagers.* » (2016). C'est une façon d'indiquer qu'elle ne se décrète pas mais nécessite d'être accompagnée et favorisée par des formes d'apprentissages (à la prise de parole, à la connaissance de soi, aux savoirs institutionnels, etc.,..). Dans ce cadre, le sujet doit avoir la possibilité d'incorporer les savoirs transmis afin de les appliquer dans son environnement. Ces transformations des habitudes peuvent impacter plus efficacement la santé et la qualité de vie de la personne accompagnée. En effet, c'est elle qui devient actrice de son projet et c'est à celui-ci que doit être intégré le programme d'APA la concernant.

En plaçant le curseur permettant d'évaluer la participation des usagers à ce niveau, force est de constater que la démarche participative reste plus souvent déclarative qu'effective dans la mise en œuvre des programmes d'APA.

De fait, la prise en compte des usagers en tant qu'acteurs de leur prise en charge est à nuancer pour l'ensemble des dispositifs étudiés. Le niveau d'incorporation du pouvoir d'agir et des savoirs d'usage est peu pris en compte dans les programmes d'APA analysés. Comme nous l'avons déjà établi, les coordinations entre acteurs professionnels ne sont pas suffisamment soutenues par le partage de connaissances sur et avec les publics concernés, notamment à propos des effets de l'APA, en matière de thérapeutiques non médicamenteuses.

Par exemple, comme l'affirme Clémence, EAPA en centre Hospitalier, à propos des programmes proposés aux personnes âgées concernées : « *ils n'ont pas été coacteurs pour la construction initiale du programme* ».

Cela peut s'appliquer à la très grande majorité des dispositifs inclus dans notre étude. Pour autant, les professionnels de l'APA soulignent régulièrement leur souci du bien-être des personnes accompagnées. Clémence précise ainsi l'importance de motiver les patients à s'investir dans la pratique d'APA, tout en respectant leurs envies sans « *les obliger* » à participer. Elle insiste sur le travail relationnel visant à créer de la confiance envers le professionnel et qui passe « *par de la communication et de l'écoute* » :

« *Il faut beaucoup de bienveillance, d'empathie. Il faut accompagner le patient. Ne jamais l'obliger. On lui propose toujours. Beaucoup d'écoute. De la patience aussi. En fait, nous le proposons aux patients, mais c'est dans un but de bien-être, d'amélioration de sa santé, de prévention. Mais c'est lui qui doit rester acteur et surtout nous on ne les oblige pas. On est à côté, on accompagne. On est plus dans un rôle de stimulation.* » (Clémence, EAPA CH a)

Clémence indique qu'elle adapte les propositions d'activité physique afin que les patients ne soient « *pas mis en échec* ». Elle privilégie ainsi un entretien initial permettant de mettre à jour pour chaque patient « *ses capacités, ses besoins aussi, ce qu'il aime, ce qu'il n'aime pas* » afin de « *fixer ensemble des objectifs* » et de fait pouvoir « *choisir le type d'activité à privilégier* ». Cet entretien est donc fondamental dans la compréhension des patients et de leurs besoins, afin de pouvoir intégrer une proposition d'APA qui s'inscrit alors indirectement dans le « *projet de soins ou projet de vie du projet individualisé du patient* ». Elle aménage donc l'APA au regard des envies des patients et explique proposer par exemple des activités pratiquées dans le passé par ces derniers, afin de prendre en considération leurs goûts en termes de pratique physique :

« Si déjà il a l'habitude de marcher chez lui ou en extérieur. À ce moment-là on peut lui proposer d'aller marcher. S'il a joué au foot dans sa jeunesse on pourra travailler avec le ballon, on va essayer de rassembler plusieurs éléments de son histoire de vie et de son histoire en tant que patient » (Clémence EAPA CH a).

Le choix des créneaux d'APA est également discuté avec les patients, afin de pouvoir ajuster les séances en fonction des soins réalisés mais également des horaires les plus susceptibles de leur convenir au regard de leurs contraintes personnelles, comme la fatigue ou la visite d'aidants et/ou de proches :

« Et ensuite on lecale avec le patient, en fonction de s'il préfère travailler le matin, l'après-midi et en fonction des soins, des pansements, des soins infirmiers ou des visites du docteur. » (Clémence EAPA CH a).

Clémence précise également qu'elle fait du lien avec les familles, et peut, à leur demande, informer des progrès réalisés par leur proche et des activités qui lui sont proposées.

En définitive, comme nous l'avons observé, la démarche participative impliquant les résidents rencontre des difficultés en raison du profil des personnes accueillies (niveau de dépendance, troubles cognitifs). Celles-ci impliquent également certaines précautions liées à leur sécurité pouvant freiner leur engagement.

3. Les contraintes sécuritaires

Parmi les freins régulièrement énoncés par les Enseignants en Activités Physiques Adaptées, les acteurs interrogés soulignent les contraintes liées à la sécurité des personnes âgées. Celles-ci sont moins liées à l'exercice même du métier, auquel les intervenants EAPA sont normalement préparés par leur formation, qu'aux inquiétudes manifestées par les autres professionnels issus du monde médical, qui peuvent ainsi poser des limites à l'APA, comme en atteste Margaux :

« On m'a tellement restreinte que je suis hyper-vigilante. (...) le risque zéro n'existe pas. Mais bon, ça, je sais que je suis hyper-vigilante pour ça. Si le médecin, s'il y a un problème cardio... moi, c'est niet, je prends pas ! Pas de risque ! » (Margaux EAPA CHU hôpital de jour).

Le cadre habituel de l'engagement en matière d'activité physique favorable à la santé est celui de la balance sécurité/risque (Koralsztein, 1986), permettant au public concerné d'engager les efforts nécessaires tout en garantissant d'évoluer en toute sécurité :

« oui, le bénéfice/risque, maintenant, à force, on sait » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

Des précautions doivent ainsi être prises en lien avec les bilans réalisés en évaluation, effectués le plus souvent sous le contrôle du médecin, de façon à tenir compte des limitations fonctionnelles :

« Il y a une surveillance clinique à faire aussi, par exemple s'il y a un patient qui a des problèmes cardio-respiratoire on va faire une surveillance avec le saturomètre, on ne va pas faire n'importe quoi » (Clémence, EAPA CH a).

« remplir les formulaires des capacités existante d'un point de vue physique les limitations liées aux pathologies parce qu'on peut avoir des résidents très alertes très en forme mais qui oublient un petit peu qu'ils ont des problèmes cardiaques voilà qu'ils ont un pacemaker des petites choses comme ça mais eux se sentent très bien mais voilà et puis pour les résidents qui ont des troubles neuro évolutifs effectivement ou des problèmes psychiatrique comme à (nom de ville) c'est important que vous sachiez ce qui est susceptible de bloquer en fait alors qu'il n'y avait pas de raison particulière, de difficulté particulière sur un exercice ou une proposition, mais pour eux ça perturbe leur schéma dans ce sens-là » (Tania, médecin coordinatrice EHPAD Les 3).

Dans ce cadre sécuritaire, l'hétérogénéité des personnes accueillies peut poser des problèmes d'ordre motivationnels, soit en raison d'objectifs trop élevés pour certaines personnes aînées fragiles ou trop limités pour d'autres :

« C'est ça la problématique dans les EHPAD quand il y a des groupes (homogènes) comme tu proposes c'est bien ! alors que quand il n'y a pas de groupe on met en difficulté certains résidents qui vont baisser les bras » (Victorine, animatrice EHPAD Le C).

La progressivité proposée dans les séances d'APA reste la solution la plus habituelle, adoptée en lien avec les bilans réalisés parallèlement pour vérifier l'adéquation entre le niveau de difficulté des exercices et les capacités de publics visés :

« J'ai mis en place les ateliers. Au début, on a commencé par la gym douce. C'est le plus facile à mettre en place parce qu'il n'y a pas besoin, il n'y a pas de danger par rapport à une marche à l'extérieur, par exemple. Donc, on est sur place. En cas qu'il y a un problème, il y a les infirmières qui sont joignables par téléphone rapidement ou le médecin. Donc, la gym douce, c'était le premier atelier qui a été mis en place. Après, j'ai mis en place les sessions extérieures. Avec la marche du lundi pour aller au marché et la marche du vendredi. Mais là, il fallait attendre de bien connaître les personnes, savoir quelle distance ils pouvaient faire. Il y a pas mal de prérequis avant, avant de lancer l'atelier. Donc, j'ai testé, en fait. Et puis, les pieds vont marcher s'ils se prennent pas les pieds. C'est ça. Et puis, même la durée de marche. Il y en a qui ne peuvent marcher que 10 minutes, d'autres 20, d'autres 1 heure, d'autres 5 minutes. Donc, il y en a qui marchent avec accessoires, donc des déambulateurs ou cannes. Il y en a qui sont sans accessoires » (Jérôme, éducateur sportif EHPAD II).

Pour les plus fragiles et les plus dépendants, l'activité de marche est également concernée par ces règles sécuritaires tout en cherchant à préserver le plaisir de la pratique malgré les contraintes liées à la diminution des capacités physique. Cette articulation sous tension : « sécurité/plaisir », exige une forme d'expertise permettant de repérer les signes annonciateurs d'une trop grande fatigue :

« Pour la promenade extérieure, la marche extérieure. Parce que sinon, c'est trop vite ...mise en danger. Il faut que la personne, dès qu'on est à l'extérieur, qu'elle puisse revenir. Et sans tomber, sans être hyper fatiguée. Il ne faut pas non plus que la marche soit fatigante pour toute sa journée après-derrière. Donc après, il faut adapter le parcours. Des fois, on peut prévoir de faire 1,5 km et on ne fait que 800 mètres. Mais dans ce cas-là... Il faut s'adapter. Il faut s'adapter

en permanence. (...) Moi, souvent, je regarde leurs pieds, leurs postures et j'écoute comment ils marchent. S'ils frottent beaucoup des pieds, c'est que ça commence à fatiguer parce qu'ils n'ont plus les pieds. Le fait de dialoguer avec eux pendant toute la marche, on sent que s'ils commencent à être moins cohérents, c'est qu'ils commencent à fatiguer. Donc c'est plein de petits signaux qui vont dire, tiens, il faut faire demi-tour. Ou on fait une pause assise parce qu'on a le temps. » (Jérôme, éducateur sportif EHPAD II).

Ce cadre d'intervention exigeant de maîtriser les paramètres de la mise en activité préservant l'intégrité des personnes âgées fragiles reste, malgré tout, préoccupant pour les EAPA qui indiquent régulièrement que, malgré toutes les précautions prises, le risque zéro n'existe pas :

« Alors, là, c'est à nous de mettre en place. C'est à nous d'anticiper, mais je crois que la sécurité puise dans le reste de l'intégrité de la personne. Ouais, moi, j'ai pas un moment de façon de dire, ouais, je me suis fait mal en faisant ce mouvement. J'y crois pas, quoi. C'est pas possible. Parce qu'avec toutes les recommandations, moi, j'estime qu'on peut toujours se faire mal. Ça existe tout le temps, le risque. Y a pas zéro risque, c'est pas ce que je veux dire. » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge).

« Des fois c'est un peu problématique là-dessus quand on a vraiment des patients qui ont bah ouais des hein ...des carences et qui auraient besoin vraiment d'un suivi plus individuel (...) sur des aspects sécuritaires là il ne faut pas se planter quoi ! Il peut arriver une tuile à tout moment. » (Pierre, EAPA MSS UFOLEP).

Il convient de signaler que, dans certains cas, les projections faites à propos des limitations des personnes âgées peuvent relever de formes d'âgisme (Caradec, 2023). Celles-ci apparaissent dans les données relevées par l'étude.

Pour rappel, l'âgisme correspond au fait de catégoriser les personnes et de les discriminer uniquement en fonction de leur appartenance à un groupe d'âge, sans tenir compte ni de leurs caractéristiques individuelles, ni des facteurs contextuels. Or vieillir n'est pas un processus homogène (Ennuyer 2020). L'âgisme peut s'exprimer de façon institutionnelle dans les conditions d'accès aux pratiques physiques référencées aux limitations « perçues » par certains médecins et cadres de santé. Celles-ci se nourrissent des représentations négatives, homogénéisantes et dépréciatives, en considérant que les plus âgés sont incapables d'engager tel effort ou de s'adapter à telle situation. D'autres formes d'âgisme traduisent une forme d'indifférence aux besoins et au point de vue des plus âgés, tendant à ne pas proposer d'activités adaptées à chacun et en nombre suffisant. D'autres encore peuvent relever d'un comportement « bienveillant », partant d'une bonne intention et cherchant à venir en aide à des personnes du fait de leur âge, en les surprotégeant par exemple sous un angle sécuritaire, elles n'en sont pas moins discriminantes (Caradec, 2023).

Ces différentes formes d'âgisme peuvent performer dans le secteur de l'APA et ralentir le déploiement des programmes, ce qui a été le cas dans le groupe d'EHPAD les 3, il y a quelques années :

« Alors oui et non, je m'explique, dans la volonté initiale du premier directeur qui avait... oui c'était de développer ça il était convaincu que c'était une nécessité ... après il y a eu des changements de direction je pense qu'ils avaient une vision plus de la personne âgée devant la cheminée qui regarde les feux de l'amour, donc l'activité physique a été rétrogradée ». (Inès, psychologue EHPAD Le V).

La plupart des acteurs interrogés mobilisent une rhétorique qui semble prêter attention à ces écueils en cherchant ainsi à se prémunir précisément contre toute forme d'âgisme :

« La différence est forcément dans les capacités, ce n'est parce qu'ils sont âgés qu'ils ont des limitations importantes. » (Lucie, EAPA coordinatrice départementale CDOS).

« C'est un moyen de montrer que - je te parlais alors de l'âgisme - de montrer qu'on fait des trucs super sympa en gériatrie, pas que de montrer pour fidéliser, pour donner envie de voilà. Donc, moi, j'ai aussi ce but-là de te montrer qu'on fait des super trucs en gériatrique. C'est cool, que voilà, on peut s'amuser. C'est pas l'image qu'on voit de l'extérieur non ? » (Mégane, cadre de santé CHU).

« Finalement, t'as pleins de patients où... Il ne faut pas les infantiliser et tout ça, tu vois. Mais quand même ! T'as quand même pas mal de similitudes entre géria et pédia. » (Mélanie, EAPA et doctorante CHU équipe régionale).

« il y a quelque chose d'infantilisant ? Oui. Mais là, non. Ce n'est pas... nous, ce n'est clairement pas le cas et on veut vraiment qu'ils aient ce sentiment-là de pouvoir être acteurs encore de sa santé, que l'âge n'est pas un facteur chez nous, ni une fatalité ! » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

4. Les freins liés aux personnes âgées /représentations

Si les freins à l'engagement sont dépendants des représentations de la fragilité des personnes âgées par les professionnels, il faut noter qu'ils sont également liés également aux représentations des personnes âgées elles-mêmes. Celles-ci expriment parfois une réelle crainte vis-à-vis de l'activité physique qu'elles confondent bien souvent avec l'engagement sportif. En ce sens, une partie du travail réalisé par les intervenants en APA consiste à faire évoluer ces représentations en communiquant de façon à rassurer les personnes les plus éloignées de la pratique physique et les plus fragiles.

Notons que cette situation s'applique à toutes les structures interrogées, que ce soit en milieu médical, médico-social ou dans le cadre des actions menées par les opérateurs associatifs d'APA :

« il y a une connotation autour de l'activité physique... (...) ils ne savent pas ce que c'est que l'activité physique adaptée. Quand on leur dit « est-ce que vous faites de l'activité physique adaptée ? », ils s'exclament « oh là là, moi je ne fais pas de sport ! J'en ai jamais fait, j'aime pas ça. (...) Voilà ce que l'on peut entendre de façon quotidienne et que je pouvais même entendre auprès des équipes soignantes au départ (...) L'enjeu est de détruire ces croyances et représentations, essentiellement, donc on déculpabilise énormément le discours. Et le jugement, vraiment pas de jugement les uns envers les autres » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

« C'est vrai que dans un EHPAD où les gens arrivent à 80, 85 ans avec des habitudes de vie et une personne qui n'aura fait aucun sport de sa vie elle arrive dans un EHPAD et vous lui dites maintenant on va ...hein debout, on va mettre le jogging on va s'activer un peu elle risque bon

(...) ne pas forcer, ce qui peut fonctionner avec certains peut ne pas fonctionner avec d'autres et ceux qui ont jamais fait de sport c'est pas à 90 ans ...on peut certes en tant que professionnel leur dire faire du sport ça peut vous permettre de maintenir votre autonomie c'est notre devoir de le faire cette prévention et cette pédagogie jusqu'à la limite du respect de l'intégrité » (Bruno, directeur EHPAD Les 3).

« Alors c'est de diffuser déjà l'information, que les gens, y avait beaucoup de freins et d'a priori sur l'activité physique parce que les gens imaginaient qu'on allait leur faire faire des choses extra-ordinaires. Il a fallu bien expliquer à quoi correspondait l'APA, que c'était vraiment adapté à la fragilité des personnes euh dans le respect des capacités de chacun, voilà de la réassurance quelque part. » (Dany, Infirmière Asalée Maison partagée).

« La difficulté, c'est casser les représentations. En fait, l'idée, c'était que quel que soit l'âge, que les pratiquants ne se permettent jamais d'avoir accès à une pratique physique. Parce qu'en fait, c'est un frein majeur, Ils disent ce n'est pas pour moi, compte tenu de mes limitations. » (Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge).

Dans le cadre des CH, CHU et cliniques, la démarche d'information, voire d'éducation thérapeutique des patients vient pallier précisément à la méconnaissance de l'APA :

« ...bien expliquer avec des phrases simples l'importance de l'activité physique et surtout des fois de casser leurs représentations parce que des fois quand on parle d'activité physique, la personne peut croire qu'on va faire du sport, alors que ça peut être juste bouger. Et de leur dire que même juste faire un peu de ménage ou de jardinage chez eux, ça fait partie d'une activité physique et l'idée c'est qu'ils se remobilisent et continuent de faire des choses (...) Dans tous les cas, il faut beaucoup de bienveillance, d'empathie. Il faut accompagner le patient, ne jamais l'obliger. On lui propose toujours beaucoup d'écoute, de la patience aussi. En fait, nous le proposons aux patients, mais c'est dans un but de bien-être, d'amélioration de sa santé, de prévention. Mais c'est lui qui doit rester acteur et surtout nous on ne les oblige pas. On est à côté, on accompagne. On est plus dans un rôle de stimulation » (Clémence EAPA CH a).

« Leur faire comprendre que l'activité physique, ce n'est pas forcément faire un marathon. S'ils bougent déjà au quotidien... mais que, oui, dans un objectif de santé, il faut faire un peu plus que marcher dans sa maison. Mais si dans un premier temps, la personne ne peut que marcher dans sa maison, ce sera toujours mieux que rien du tout, aussi. Donc c'est là aussi qu'il faut essayer de faire avancer les mentalités, les gens, et ça met du temps. Mais pour le coup, on y arrive vraiment. » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

Cette démarche d'information est parfois assez directe lorsque la prescription de rééducation n'est pas acceptée par le patient, comme l'exprime Mégane dans sa fonction de cadre de santé au CHU :

« Ils peuvent refuser la prise en charge. Il y a une notion de consentement même qui est importante. (...) Il y a une décision à prendre avec lui. C'est quoi le projet ? du coup, quoi ? parce que si vous n'êtes pas là pour faire de la rééducation, alors qu'on est dans un centre de rééducation, en fait, vous n'avez rien à faire là, quand il n'y a pas de souci, on respecte le fait que vous ne voulez pas. Mais du coup, vous allez rentrer chez vous et mourir, et voilà, ou alors pas mourir mais pas récupérer. » (Mégane, cadre de santé CHU).

Les EAPA recrutés en pôle de SMR des cliniques cherchent également à favoriser l'implication des usagers en prévision de la période post-soins, afin de préparer le retour à la maison sur la base d'une pratique plus autonome. Dans ce cadre, la difficulté réside dans l'adaptation des conseils aux motivations des patients et aux connaissances dont ils disposent :

« Et puis souvent, après, ils sont motivés sur le mois qui suit la rééducation. Et puis après, ils reviennent nous voir quelques temps après, quand on leur demande où ils en sont... « Ah bah... Il y a l'hiver qui est passé par là. » (...) « Je me suis refait mal, alors j'ai tout arrêté. ». (...) Moi, je sais que sur... bon les Parkinson, c'est une maladie chronique, donc on sait qu'on les revoit. Moi, sur le Covid long, les gens que je revois pour deuxième ou troisième séjour, soit ils sont retombés malades derrière et l'état s'est aggravé. Soit c'est un manque de motivation parce qu'il y a l'effet groupe aussi qui joue (...) Oui, ils reviennent l'année prochaine... et... la clinique s'en sert aussi. Comme la clinique, ils galèrent à trouver des patients, ils aiment bien rappeler aussi. Donc, ça va dans les deux sens. Normalement, il a le droit à deux séjours par an (...) Pris en charge par la sécu. (...) Oui, les patho-chroniques. Souvent, les gens qui font un genou, il y a l'autre genou. Donc, ils reviennent. » (Grégory, EAPA, SMR 1).

« Moi je vois pour les maladies chroniques... Il y en a, quand ils reviennent, ils disent souvent qu'ils ont besoin d'un boost pour remettre, s'ils reviennent. Parce qu'ils sont là... parce qu'à force d'être tout seul. » (Pauline, EAPA SMR 1).

« Mais c'est pareil, c'est au cas par cas (mobilisation de vidéos d'exercices). On le dit à certains patients, mais ceux qu'on sait qu'ils vont pouvoir le gérer. Parce qu'il y en a certains, en voyant la vidéo, ils vont faire n'importe quoi ! » (Mathias, EAPA SMR 1).

« parce qu'on leur dit... Le médecin leur dit : « oui vous pourrez revenir l'année prochaine. ». Pour eux, dans leur tête, ils reviennent l'année prochaine. (...) Il y en a pour lesquels voilà c'est... c'est une bonne chose. C'est nécessaire. (...) Notamment pour les « Parkinson », voilà, la pathologie évolue, ça leur fait un rappel, c'est pas forcément les mêmes besoins » (Mathias, EAPA SMR 1).

Les arguments présentés en EHPAD, sont exprimés de façon différente dans la mesure où les propos sont particulièrement centrés sur les motivations des résidents (personnes âgées dépendantes) et marqués par le déclin de leurs capacités. Cette situation renforce la nécessité d'adapter les propositions d'exercices tout en procédant par étapes afin d'attirer puis de retenir les participants dans les programmes d'APA :

« ce qui peut poser problème c'est le manque de motivation et/ou une diminution soudaine et brutale de leurs capacités ou d'une dégradation d'un état de santé impliquant les hospitalisations voilà » (Lucile, Animatrice EHPAD Le V).

« Les difficultés ça va être l'envie des personnes accompagnées, mais c'était au début surtout, je pense que c'est surtout le fait qu'ils ne te connaissent pas (stagiaire EAPA), qu'il y ait une nouvelle routine. Et le temps que cette routine s'installe. Ça a mis un peu de temps. Mais ce n'était pas vraiment un frein, enfin c'était normal en fait, un temps d'adaptation. Quand on a discuté de la liste des personnes accompagnées, certains refusent mais je trouve ça bien que même si on sait que cette personne-là allait dire non, je trouve ça bien de lui proposer quand-même. Et puis même proposer à tous, enfin si on peut prendre ce temps-là c'est quand même

assez chouette. C'était pas vraiment des freins mais c'est vrai que ça a mis un peu de temps à se lancer. » (Annette, Animatrice ML et Le V).

Dans certains cas, l'implication des personnes âgées échoue. Dès lors, les solutions sont limitées pour les intervenants, comme l'indique Margaux EPA au CHU :

« Si la personne ne veut pas, elle ne veut pas. On ne force pas les gens. En gros, notre idée est qu'on informe, on donne des recommandations et si vraiment la personne ne veut pas » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

Dans d'autres cas, la situation est plus favorable. C'est illustré par l'exemple tiré de la Maison Sport-Santé de l'UFOLEP dont le programme d'APA a pu inciter certains bénéficiaires (composé de personnes âgées autonomes) à créer une association sportive pour poursuivre un engagement régulier dans un activité physique :

« Le fait de proposer 6 mois d'activité physique gratuite qui ensuite donne l'envie à des personnes de plus de 60 ans de monter une association voilà de prendre les rênes d'une association pour faire de l'activité physique adaptée je trouve que c'est quand même quelque chose qui est révélateur voilà d'un projet qui fonctionne. » (Pierre, EAPA MSS UFOLEP)

On peut mentionner aussi l'effet d'entraînement qui peut résulter de la mise en œuvre des programmes d'APA en EHPAD dans le cadre de l'encouragement à la marche des résidents impliquant le personnel soignant :

« Il y a eu des aides-soignantes qui se sont mises à aller promener des résidents alors que ça s'était un peu perdu euh, vraiment. Et sur les weekends on a des aides-soignantes qui vont sur le chemin là » (Brigitte, Animatrice EHPAD Le C).

5. La prise en compte des aspects relationnels et de la dimension sociale

Si les facteurs biologiques sont essentiels au regard des critères de fragilité utilisés par les structures étudiées, les dimensions sociales sont présentes également. Elles accompagnent le cadre des justifications mobilisé dans le déploiement des programmes d'APA.

C'est un aspect qui présente une certaine spécificité en raison de la mobilisation des pratiques sportives mais aussi en lien avec l'influence des préoccupations sociales et l'importance accordée aux aspects relationnels qui animent une grande partie des intervenants, ce qui doit être mis en relation avec les formations qu'ils ont suivies :

« beaucoup de relationnel...Essentiellement. Pour moi, ce n'est que ça. Surtout à ces âges-là, clairement... » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

« C'est un espace (bal participatif) dans lequel le patient va s'oublier. La personne hospitalisée ne va plus être patient en fait. » (Mégane, cadre de santé CHU)

Comme cela a été rapidement évoqué, à propos des critères d'évaluation utilisés, une partie des acteurs impliqués dans les programmes d'APA prend en considération de façon

importante les aspects biopsychosociaux qui agissent sur les conduites de personnes âgées de 60 ans et plus. Cette dimension se retrouve dans plusieurs dispositifs étudiés.

« Par exemple, un patient qui vient pour une chute à domicile. (...) on va essayer de rassembler plusieurs éléments de son histoire de vie et de son histoire en tant que patient, essayer de trouver les causes de la chute. On va travailler aussi sur la prévention, ce qu'il peut aménager chez lui justement en prévention des chutes. C'est tout un ensemble de choses. On peut faire de l'éducation thérapeutique, on peut faire de la proprioception, il y a vraiment différentes activités que l'on peut mettre en place » (Clémence, EAPA CH a).

Cela peut déboucher sur une démarche cherchant à lutter contre les processus de déprise (Caradec, 2018), considérant par exemple l'implication initiale des personnes âgées dans une activité physique :

« Ou sinon, ils ont arrêté un de leurs trucs favoris. Tu vois, ça c'est dur par contre car ils peuvent avoir fait le deuil d'une de leurs activités... ce que j'ai en mémoire, ce qui revient le plus souvent, ce sont les randonnées. Les rando avec dénivelé, ils ne peuvent plus et c'est dur car il n'y a plus de paysage. Mais que veux-tu que je leur dise ? (...) Cela fait partie d'une perte d'autonomie, clairement. Ils n'iront plus en montagne, non. Alors, on peut peut-être aller dans des vallées. A défaut de trouver... et ça, souvent, ils n'y pensent même pas. Et le fait de parler de ça, « ah oui ! », et du coup on trouve une solution... pas forcément une vraie solution mais une alternative et on en a parlé et ça leur fait aussi du bien. » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

La prise en compte des socialisations sportives antérieures peut s'avérer également très utile dans le cadre de la dynamique de groupe de patients accompagnés :

« Ce qui est sympa, c'est que les plus sportifs donnent espoir à d'autres aussi, ils motivent les autres. Et moi, ce sont un peu mes seconds, on va dire, comme en cuisine. J'ai mes petits commis et commises. Mais c'est sympa car en plus, ça les valorise, ça les narcissise aussi et ils en ont besoin. C'est aussi un bon point d'avoir des gens qui sont un peu moteurs et eux, on peut leur donner un peu plus à faire donc pour moi, ce n'est pas une problématique. Ils aident les autres à faire, ils ont un rôle qui les valorise et c'est chouette. » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

Cette sensibilité aux parcours de vie des patients suscite une démarche particulièrement attentive à l'accompagnement des patients prenant en compte les aspects psychosociologiques :

« Nous, on peut se le permettre. Clairement, il ne vient pas, on appelle. (...) ils ont des troubles cognitifs légers, même si c'est pas pathologique. Donc peut-être qu'ils oublient. L'âge fait que oui, c'est important ...Pas de là à aller chercher chez eux non plus ! » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour) :

La prise en compte des aspects psychologiques est une dimension de l'accompagnement revendiquée également par les EAPA impliqués dans les pôles de SMR des cliniques. Cela passe parfois par l'utilisation des mécanismes psychiques fondant l'autorité médicale :

« On sait très bien que ce qu'on peut proposer ne peut pas forcément plaire à tout le monde, ne pas forcément correspondre à tout le monde donc c'est pour ça qu'on est toujours en train

de retravailler sur notre approche et certains patients qui sont réfractaire, opposant qui malheureusement pour certains ont des troubles cognitifs qui peuvent perturber la réalisation de l'atelier, ça se sont des choses un petit peu récurrente » (Quentin, EAPA SMR 2).

« Parfois on est obligé d'en référer au médecin. Pour que le médecin aussi derrière aille et euh qu'il y ait comme un contrat entre guillemet entre le médecin et le patient sur euh l'importance d'aller en rééducation, en activité physique pour leur récupération, pour leur euh bien être à eux. Et souvent comme c'est le médecin qui dit et beh la parole du médecin est parfois euh plus importante que nous dès le début. Donc du coup l'intervention du médecin parfois est très bénéfique là-dessus et on a pu ainsi récupérer beaucoup de patients qui étaient très grabataires ou dans l'opposition euh complète ». (Quentin, EAPA SMR 2).

Le plaisir et le bien-être, comme fondements de l'engagement en APA sont particulièrement mobilisés dans les jeux d'arguments qui accompagnent la promotion des programmes d'APA à destination des résidents en EHPAD. Ils renforcent parfois la confusion entre pratiques d'animation et pratiques physiques intégrées dans le parcours de soin mais restent importants pour justifier le bien-fondé des pratiques corporelles :

« Les résidents sont très contents de faire des séances. Ils sont pas fatigués et ça va dans cette perspective justement de maintien de l'autonomie et de leurs capacités non moi je n'y vois que du positif dans tout ça » (Lucile, Animatrice EHPAD Le V).

« On le voit auprès des résidents qui sont quand même hyper partant ils ont sports et ils sont très contents d'avoir sports ils sont en demande et quand il y a pas ils sont pas contents et puis on voit le replie aussi de ce qui sont là aussi pour la partie sociale et bah oui quand il y a pas APA il y a replis et voilà » (Tania, médecin coordinatrice EHPAD Les 3).

« On sent que la personne est en demande donc on comprend que quelque part il y a un plaisir qui a été pris puisque la personne en redemande. Donc ça, au niveau des objectifs, c'est plutôt atteint quand on voit que les personnes reviennent, demandent quand est-ce que les séances se font » (Annette, Animatrice ML et Le V).

« Maintenant c'est « si y'a pas la gym mon dieu sacrilège y a pas la gym ! ». Mais c'est très bien parce que du coup, ils s'y sont attachés et puis tu as des résidents qui disent « ah bin. Oui je vois l'évolution, bon j'ai eu mal pendant tant de temps mais je vois l'évolution et je suis très content qu'il y ait la gym et il faut qu'il y en ai plus ». J'ai un papy qui m'a dit, bon il est parti le pauvre, il me disait « moi je veux qu'il y ait des aides pour tous ces jeunes qui viennent nous faire le sport parce que c'est juste pas possible on a besoin de gym ! On a besoin de gym ! » et le papy il remarché alors qu'il marché plus trop. Et il te dit « punaise j'arrive à aller jusqu'à la place du village » mais c'est génial ! Parce qu'au final des personnes qui se renfermaient et qui se dévalorisaient bin ça change complètement ! (...) Toi t'es arrivée (stagiaire EAPA) et t'as été ce rayon de soleil qui a fait qu'en fait on a énormément de monde qui vient parce que quand même tu as toutes les chaises qui sont pleines, pour avoir les photos à l'appui voilà ahah et du coup c'est vrai que du coup Justine a apporté ce côté gym et on y va sur la fin avec les olympiades et même moi du temps où j'étais là d'avril à juillet. C'est vrai que toi t'arrives et hop hop hop ils s'y mettent tous et c'est fantastique parce qu'au début de ce qu'on disait, il y a 3 pelés un tondu et c'est pas top et machin, là on remplit quand même la salle d'animation avec un bon espace et pas mal de monde donc c'est une belle victoire » (Brigitte, Animatrice EHPAD Le C).

Dans les propos exprimés par les professionnels des EHPAD, Le rôle de l'APA devient alors, non seulement d'améliorer la motricité des personnes accompagnées mais aussi de participer au bien-être et au maintien des liens sociaux, tout en tenant compte également des inégalités sociales, pour des préoccupations qui peuvent être particulièrement sensibles dans ces établissements :

« Ils sont hyper motivés et ça leur donne des motivations ou en fait ils se disent ah bin oui en fait j'y arrive, je marche, j'arrive à faire du sport, j'arrive alors qu'en soit ils se renferment sur eux-mêmes par moment et ils sont même eux étonnés de voir certaines réactions et de voir qu'ils sont capables de faire ça. Et ils se disent surtout, bin tu vois la résidente la dernière fois qui me dis « bin je viens pas à la gym parce que je me sens complètement réduite alors elle l'a pas exprimé comme ça voulait dire ça, c'est qu'en fait je me sens restreinte, je marche avec un déambulateur, elle va dehors, hier elle était assise sous la pergola quand je suis arrivée mais elle te dis je m'essouffle vite, j'ai honte de le faire devant les autres, ce pourquoi en fait elle ne vient pas. Ils demandent, alors moi je pense que ça serait bien aussi » (Brigitte, Animatrice EHPAD Le C).

« Je me propose quand il y a des activités, je les vois content, le fait de leur faire le tour du quartier, c'est leur apporter ce petit bonheur. (...) C'est le côté bien être, pour pas être engourdie, pour le moral et pour le social. Je pense que tout le monde y met du sien, va discuter (...) Ils sont contents juste les fauteuils ils aimeraient plus sortir et c'est compliqué car on ne peut pas tous les sortir en même temps c'est une problématique » (Christine, Aide-soignante EHPAD Le C).

« Oui, puis déjà l'apprehension de sortir. L'apprehension de sortir, les trottoirs ne sont pas droits, il y a des marches, ça peut glisser au niveau du sol. Il n'y a pas forcément des gens bien chaussés non plus. Donc, il y a ça. Il y a aussi la luminosité. Des fois, ils sont gênés avec les maladies au niveau oculaire, donc ils peuvent être gênés. L'été, ils ont très vite chaud. L'hiver, ils ont très vite froid. Et souvent, ils n'ont pas les habits comme s'ils étaient à domicile, en fait. Voilà. Moi, j'ai des personnes, ils n'ont pas de manteau, donc on ne va pas les amener marcher en hiver. Quand il pleut, ils n'aiment pas. Ils n'aiment pas marcher sous la pluie, donc ils n'ont pas d'imperméable. » (Jérôme, éducateur sportif EHPAD II).

La question des inégalités sociales et économiques est particulièrement importante dans les rhétoriques mobilisées par les acteurs impliqués dans les groupements associatifs d'APA. En tant que partenaires de l'action publique en matière de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, leurs actions sont précisément justifiées par la volonté de chercher à corriger ces inégalités :

« Un autre frein, c'est aussi l'argent ça veut dire que y'a des personnes qui sont en réelle difficulté sociale et c'est difficile de les mettre sous perfusion pendant des années pour leur permettre de faire l'activité physique gratuitement donc il y a un vrai travail et enfin voilà c'est je pense que c'est le plus frustrant c'est de se rendre compte qu'on est un réel service public parce qu'on est gratuit même si c'est financé par l'état mais comme le service public et qu'on n'est pas reconnu par les acteurs locaux on est reconnu par l'état on est reconnu par l'ARS mais en définitive localement c'est plus reconnu et ça c'est dommage. Parce que si c'était aux municipalités d'effectuer ce travail-là ça leur coûterait cher plus cher que nous en tout cas. » (Alix, Délégué départemental MSS UFOLEP).

« Nous les gens qui viennent ont envie. Maintenant on a l'habitude de faire ça, au début on voulait aider les gens, on les relançait quand ils étaient absents, on les portait sur les orientations que maintenant on s'est détachés de tout ça avec ma collègue et quand ils nous disent à pardon on n'est pas là, ou je suis désolée ; j'ai envie de leur dire vous savez moi ça ne me change rien, c'est pour vous que vous venez donc, c'est dire que l'activité physique adaptée c'est pour que votre santé s'améliore. Ce n'est pas pour que la mienne s'améliore. Maintenant je me dis que s'ils ne viennent plus, ils ne viennent plus, je prendrai quelqu'un d'autre tant pis on se sort de ça sinon tu ne t'en sors pas » (Lucie, EAPA coordinatrice départementale CDOS).

« Alors là on a réussi, parce qu'ils ont une toute petite participation de 1 euros à chaque cours donc on a réussi à faire une commande de matériels pour avoir dû matériels sinon c'est nous qui fournissons le matériel donc c'est parfois un petit peu compliqué. (...) Après ce que nous on souhaiterait, parce qu'on ouvre aussi à des personnes extérieure à la structure, c'est de pouvoir faire 2h et faire 2 groupes parce que le groupe est très, très hétérogène et on a conscience qu'il y a des gens à qui on ne fait pas bénéficier du maximum des possibilités » (Dany, Infirmière Asalée Maison partagée).

6. Visées de capacitation

L'objectif de maintien de l'autonomie des personnes âgées de 60 ans, associé à la prévention des chutes et à la lutte contre tous les facteurs fragilisant ces populations qui justifie les programmes d'APA, s'accompagne nécessairement d'une réflexion sur les démarches de « capacitation » (Génard, 2007), « empowerment » (Bacqué & Biewener, 2015) ou « agentisation » (Rose, 2007).

Dans le domaine médical et médico-social, cette perspective implique une sensibilité à l'éducation thérapeutique des patients (ETP). Celle-ci implique d'augmenter la capacité des patients à infléchir leur mode vie dans un sens favorable à leur santé, tout en développant leur pouvoir d'agir sur eux-mêmes.

« Elles (les PA) n'y voient pas l'intérêt. Et donc, il y a une méconnaissance de leur côté quand même, c'est pourquoi il faut de l'ETP pour renforcer leurs connaissances sur l'activité physique, sur l'observance des traitements, sur les façons ...les stratégies qui sont possibles pour rester autonome. Ils sont socialisés selon un effet de génération aussi. (...) ce ne sera pas pareil non plus pour nous, quand on sera vieux, nous, on sera beaucoup plus sensibilisés » (Mégane, cadre de santé CHU).

« Mais j'essaie de leur montrer des exercices qu'ils peuvent reproduire chez eux avec peu d'outils, peu de matériel, beaucoup de motivation c'est certain, mais voilà, pour leur dire qu'en fait, il n'y a pas besoin d'une grande expertise pour se mettre à bouger et faire du renforcement musculaire. Ils le voient. Ils le voient concrètement, ils l'appliquent en séance, l'idée étant que cela leur donne une certaine confiance en eux. Ces ateliers sont plus un tremplin pour qu'ils puissent se réinsérer dans des groupes autour de chez eux. (...) en tout cas, ils savent à peu près ce qu'ils sont capables de faire et ce qu'ils ont fait... je vous dis, même six à huit semaines

avec nous, c'est largement suffisant pour connaître ses capacités. Et donc là, ils peuvent se jauger, se juger. » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

Bien que l'ETP ne soit pas prévue dans les cliniques et pôles de SMR étudiés, il est symptomatique de constater que les EAPA s'y emploient néanmoins, en lien avec l'importance accordée au maintien d'un engagement physique des patients post-soins :

« *de l'ETP ? Indirectement, plus ou moins. Il n'y a pas de programme officiel.* » (Grégory, EAPA SMR 1) :

« *On a été formés, mais... on ne dit pas que c'est ETP (...) on a fait une formation ETP en Park aussi. Moi j'avais demandé une formation cancéro cette année, mais finalement ça a été décalé et je ne suis pas disponible, mais ma collègue va la faire* » (Mathias, EAPA SMR 1).

« *Et là, je suis en train de mettre en place pour tout le monde, pour tous les patients qui passent de leur faire un petit ETP d'une heure, en début de prise en charge, pour expliquer un peu les effets du sport, des activités physiques, etc. Qu'est-ce qu'ils peuvent faire, qu'est-ce qu'ils pourront faire à l'extérieur, et puis voilà, oui. Et ce qui est bien, c'est que quasiment tous les groupes pour leur donner un petit livret à la fin. Pour qu'ils aient une trace de tout ce qu'ils ont fait, tout ce qu'ils peuvent faire à l'extérieur... Bon du renforcement musculaire, sur l'endurance et sur les activités physiques* » (Corentin, EAPA SMR 1).

La recherche à dimension interventionnelle initiée par Roxane Etève dans le groupe d'EHPAD Les 3, illustre les espoirs que suscitent une démarche plus attentive à la capacitation des personnes accompagnées en EHPAD. Comme elle le rappelle dans son carnet d'observation, cette population est sédentaire et passe beaucoup de temps dans l'attente ...sans grandes occasions de se mouvoir et souvent en manifestant une certaine appréhension à se déplacer. Apprendre aux résidents à chuter et à se relever, en sécurité, permet de leur redonner confiance et de réduire leur peur de la chute. Cette peur est très présente dans les discours recueillis auprès des personnes âgées lors de l'entretien initial. Certaines indiquent qu'elles ont arrêté d'utiliser les escaliers pour cette raison. Le sentiment d'être incapable de réaliser ce type d'actions est souvent associé aux ressentis et craintes exprimés.

Les conduire à retrouver une forme de confiance sur ce plan peut leur permettre de se déplacer plus longtemps en autonomie. Cela permet également d'améliorer leur qualité de vie. A la suite du programme d'APA réalisé, incluant une forme d'éducation thérapeutique en acte (modalités de pratiques suscitant leur participation et leur compréhension de l'utilité des exercices : formes de gymnastique d'entretien, exercices de chutes, déplacements avec obstacles), les témoignages de plusieurs participants confirment l'effet positif des apprentissages réalisés. En effet, certaines personnes accompagnées reproduisent ensuite dans leur chambre et de façon autonome : des étirements ou des exercices de mobilité. D'autres reprennent de nouveau les escaliers. Et enfin, une partie d'entre-elles marche désormais seule et/ou sur une plus longue distance. Elles peuvent alors se rendre à pied jusqu'au centre du village où elles retrouvent d'anciennes connaissances. C'est donc aussi un moyen de renouer des liens sociaux (carnet d'observation, juin 2024).

Dans ce cadre expérimenté, l'approche biopsychosociale et éducative proposée a cherché à dépasser une approche informative, normative et injonctive pour valoriser une démarche favorable à l'implication de l'usager.

Il n'en reste pas moins que la participation des usagers reste variable dans les dispositifs étudiés. Les stratégies de mobilisation des usagers semblent être à géométrie variable puisqu'elles dépendent des ressources ou des contraintes dans l'action, qui sont plus ou moins partagées entre les différents acteurs, y compris les usagers eux-mêmes. La démarche participative et inclusive reste, par ailleurs, soumise aux conditions de faisabilité organisationnelle que nous avons longuement évoquées dans ce rapport.

Les acteurs expriment souvent une forme de croyance dans la capacité des patients bien informés à modifier ses comportements en oubliant l'importances des déterminants sociaux traduisant des formes d'injustices épistémiques (Fricker, 2007 ; Godrie & Dos Santos, 2017) pouvant freiner l'implication des populations les plus faiblement dotées en capital culturel et social.

La série d'extraits de verbatim qui suit confirme que l'implication initiale des personnes âgées reste rare, que l'information et la consultation font office d'éducation, que la responsabilisation des personnes âgées peut parfois prendre des allures de moralisation et que les déterminants sociaux restent assez peu perceptibles dans les propos des acteurs interrogés :

« On ne les a pas vraiment intégrés (patients), on leur propose les activités qui existent au sein du service et après on voit avec eux ce qu'ils préfèrent. Donc on les associe un peu mais pas complètement non plus, et cela dépend des objectifs et de ce sur quoi on veut travailler. Il faudrait associer les patients dans les décisions, parce que souvent on est pris par le temps et en les associant plus ils prendraient plus de recul. » (Clémence, EAPA CH a).

« On les a sollicité par le biais des comités milieu de vie et des conseils de vie sociale pour leur présenter l'axe qu'on voulait développer en prévention des chutes. Du coup, on leur a indiqué que tous les lundis ça allait être axé sur l'activité physique et après ils ont été réceptif et ça s'est mis en place. Leurs besoins étaient la mobilité, de marcher, de bouger et de maintenir encore leur capacité qu'il leur reste. Non on ne propose pas de réunion de suivi » (Éloïse, Directrice adjointe EHPAD III).

« Que les patients soient vraiment participatifs, soient impliqués dans leur prise en charge. Et si vraiment on voit que ça ne fonctionne pas, on va plus orienter la prise en charge sur une prise en charge individuelle plutôt que du collectif. (...) Mais dans l'ensemble les patients sont assez ouverts pour parler de leur ressentis, de leur évolution s'ils se sentent mieux ou pas. » (Quentin, EAPA SMR 2).

« C'est moi qui propose, généralement. Je leur fais tester à plein de choses. Je peux leur laisser aussi le choix. Mais plutôt sur l'atelier jeu d'adresse. C'est que, des fois, j'impose. Parce que sinon, on ferait toujours la même chose. C'est des choses qu'ils connaissent. Et il faut aussi les amener à faire des choses. Il faut faire quelque chose qu'ils ne connaissent pas pour sortir de la zone de confort. Et ça, ils ont du mal à sortir de leur zone de confort. » (Jérôme, éducateur sportif EHPAD II).

« Mais il faudrait mettre quelque chose d'important pour s'affranchir du négatif. Il faut vraiment rendre le pratiquant pilote de ses propres mouvements. Moi, je le perçois comme ça.

C'est pas négatif, mais à la mesure où la personne, elle est responsable de son mouvement. »
(Anne-Marie, EAPA Asso AP/âge).

« Non le patient sur le projet n'a pas été au cœur du projet après on s'est mis à la place d'eux je veux dire on s'est mis à la place du patient, on sait très bien dit on peut pas lui proposer 10h de sport par semaine parce qu'il les fera pas (...) Ils sont arrivés dans un second temps néanmoins je les ai mis autour de la table 4 mois après le lancement je vais dire en avril 2020 je les ai mis autour de la table parce qu'ils étaient à 2 mois de la fin de leur premier cycle de la maison sport santé de 6 mois. Et je leur ai fait comprendre qu'on allait arrêter avec eux et qu'on allait prendre un nouveau groupe et là il s'était vachement embêté et donc on s'est mis autour de la table pour savoir comment continuer et on a travaillé sur un autre projet mais qui n'est pas la qui n'est pas la maison sport santé. » (Alix, Délégué départemental MSS UFOLEP).

« Le fait de vouloir être vraiment acteur quoi après est-ce qu'on les rend consommateurs ? oui peut-être hein il y a il y a certainement des biais pour enseigner différemment ouais ça demanderait une réflexion ou qu'on me montre d'autres pratiques ...il doit en exister les façons de les rendre au moins consommateurs et plus acteurs quoi je crois que là-dessus l'UFOLEP travaille pas mal hein » (Pierre, EAPA MSS UFOLEP).

« Le côté de la dimension bio psycho sociale (...) Ce qui est difficile avec le dispositif c'est qu'il faut le faire vivre tout le temps, être dans le suivi. Il faudrait que dès que les personnes sont sorties du dispositif il faudrait les appeler, ne pas les lâcher, à trois mois à six mois pour voir où ils en sont. Il faudrait un suivi des gens, des organismes sportifs partenaires pour qu'ils continuent à se former (...) Les patients oui, car depuis le début les patients nous disent qu'ils ne peuvent pas aller sur un club classique, qu'ils ont besoin d'accompagnement » (Lucie, EAPA coordinatrice départementale CDOS).

« Oui, à chaque résident, à chaque colocataire je dirais c'est proposé. Ils s'en saisissent, ils ne s'en saisissent pas, c'est leur choix ! Oui on essaye, il y a des choses qu'ils aiment plus que d'autres donc on essaye de toujours, déjà qu'il y a des moments ludiques, voilà, ça c'est important. Après il y a des choses qu'ils n'aiment pas trop mais on essaye de le faire passer en leur expliquant les bienfaits que ça peut leur apporter, ils râlent sur le moment, puis après, ils en sont convaincus. Puis s'il y a un exercice qu'ils ont particulièrement aimé, on refait bien sûr. (...) il y a des fois où ils vont être très très impliqué et puis il y a des fois ou selon les états cognitifs qui jouent ou l'état de fatigue ou l'état de concentration, c'est assez variable mais dans l'ensemble ils sont assez impliqués. » (Dany Infirmière Asalée Maison partagée).

7. Place des aidants dans les dispositifs

La spécificité de l'étude CAP APPA consiste à interroger pour partie importante les programmes proposés aux personnes âgées de 60 ans et plus identifiées comme pré-fragiles, fragiles, voire dépendantes. Or, la question de la place accordée aux aidants apparaît importante, comme le rappelle Mélanie, EAPA et doctorante CHU équipe régionale : « *Et ce qui est important de cibler aussi, une population qu'on oublie souvent, c'est les aidants* ». De ce point de vue, il faut admettre que le rapport proposé est partiel dans la mesure où un seul aidant a été interrogé. L'analyse qui suit exprime donc plutôt l'appréciation portée par les acteurs professionnels à propos du rôle des aidants que l'expression des aidants eux-mêmes.

Le premier constat relevé dans l'analyse des dispositifs dépendants d'un cadre médical et médico-social met en évidence que la place des aidants tend à être davantage reconnue depuis quelques années :

« *Il y avait des conjoints qui venaient, et donc ça en a fait pendant deux ans* » (Mégane, cadre de santé CHU)

« *On a un lien avec les familles effectivement ou les familles peuvent venir voir les patients travailler en salle. S'ils expriment l'envie, on les tient oralement informés régulièrement des progrès ou de l'évolution des capacités des patients.* » (Clémence, EAPA CH a).

« *Il y en a certains aidants, du coup, qui peuvent venir, nous, à l'établissement pour faire un moment de pause pendant que la personne, elle, fait son activité, d'avoir un moment de pause, d'écoute. Ça, on en a très peu. Il y en a une qui est venue, mais c'est plutôt des échanges téléphoniques avec la coordinatrice du projet.* » (Jérôme, éducateur sportif EHPAD II).

« *Les aidants ont participé plus tard, car on a fait évoluer le projet vers un aidant /aidé . On a fait pas mal de projets avec le département sur les aidants donc. C'est arrivé après, mais cette question de l'implication des gens, on sait que l'institution a envie que les personnes soient impliquées mais ils le sont parce que les retours se font de façon informelle. Ils ne sont pas formels mais on s'appuie dessus. Ce n'est pas formalisé dans des réunions.* » (Lucie, EAPA coordinatrice départementale CDOS)

Les aidants peuvent également être présents dans les instances consultatives, comme c'est le cas pour certains EHPAD :

« *Dans la commission APSA il y a trois administrateurs qui sont les représentants des aidants, nous avons la chance de les avoir sur les manifestations culturelles. Je pense qu'aujourd'hui tout le monde a compris l'intérêt des activités sportives. Je crois que de façon globale on a l'occasion d'expliquer les enjeux, les orientations et le projet socle a déjà été indiqué comme ayant des réalisations cette année. Les familles sont informées de cette volonté associatives partagées car on a aussi des échanges individuels pour aussi vérifier qu'on est dans le vrai, dans le concret* » (Daniel, représentant des aidants EHPAD Les 3).

D'une manière générale, les données recueillies dans les entretiens mettent en tension le rôle des aidants en soulignant à la fois les freins que leur présence induit dans la mise en œuvre des programmes et l'aide qu'ils peuvent apporter en matière d'accompagnement des publics aînés.

Sur un plan négatif, les arguments renvoient aux inquiétudes manifestées par les aidants au sujet de la santé de leur proche, pouvant avoir comme effet de renforcer la sédentarité des personnes âgées par crainte d'éventuels accidents. De même les propos exprimés par les aidants sont parfois décalées de la situation réelle des aînés, ce qui se traduit par des attentes trop élevées concernant l'efficacité des soins prodigués :

« *Auprès des aidants, des fois on les forme quand on tombe sur des personnes qui disent « il faut pas qu'elle marche, elle va tomber ! ». On dit « au contraire, si elle reste sédentaire... », ce sont leurs comportements à eux et leurs craintes qui vont augmenter la sédentarité de leurs parents. Donc là aussi, il y a de l'information et de la formation à faire auprès des familles,*

oui. (...) Parce qu'après, un aidant ne peut pas tout faire... » (Margaux, EAPA CHU hôpital de jour).

« Certaines familles vont exiger euh ...certaines récupérations du patient tout en étant en fait dans un certain déni sur les capacités de leurs parents (...) on a des familles qui sont très présentes dans le bon sens du terme, d'autres qui le sont mais qui n'ont pas consciences de l'état de santé de leurs parents. » (Quentin, EAPA SMR 2).

Sur un plan plus positif, l'intérêt manifesté par les aidants impliqués dans le suivi des personnes accompagnées est apprécié par plusieurs intervenants en APA interrogés. De ce point de vue, ils notent une plus grande motivation des personnes âgées en présence des aidants :

« Il y a certaines familles de toute façon qui sont très très demandeuses, très présentes et euh du coup pour celle-ci euh, dès le début du séjour elles viennent nous voir pour nous poser des questions, nous expliquer un peu comment c'était à la maison, que l'idée c'est de retrouver la même autonomie pour éviter le placement. Il y a une certaine attente de la part de la famille, et nous on fait notre possible pour euh ...que le patient puisse récupérer au mieux et que du coup la famille derrière soit un petit peu plus euh rassurée et sereine quant à un potentiel retour à la maison. » (Quentin, EAPA SMR 2).

« vous voyez une différence quand même quand il y a les aidants autour au niveau de la perception ils le font beaucoup plus ils le font mieux en fait c'est des motivations finalement. J'en ai quand même pas mal qui le font avec les aidants, s'ils sont maris et femmes moi je donne les conseils à la femme et au mari donc ça c'est chouette » (Eva, EAPA et post-doc CH b).

« Et après on a des patients beh ...qui n'ont pas du tout de famille pour qui s'est compliqué et là c'est sûr que euh le fait de venir sur la salle de rééducation que ce soit en kiné, en activité physique beh ça permet de leur donner euh un moment de euh de relation sociale, de bonne humeur, de rigolade et ça leur occupe une bonne partie de la journée. Et du coup ceux-là sont quand même plus enclin après à venir parce que c'est leur moment à eux de travail, de détente et ils savent qu'ils passeront un bon moment. » (Quentin, EAPA SMR 2).

Dans le cadre du projet d'amorçage CAP APPA, réalisé en 12 mois, la question de la prise en compte et de l'implication des usagers dans les programmes d'AP, ainsi que celle de la place accordée aux aidants ont été étudiées en se centrant sur le point des vues des acteurs professionnels. Les analyses méritent d'être déployées en intégrant davantage les personnes âgées concernées et leurs proches. Rappelons que cela est prévu dans un travail de plus grande envergure obtenu récemment : ANR APPAPA : 2024-2028.

CONCLUSION GENERALE

Le rapport réalisé dans le cadre de ce projet d'amorçage a pu montrer que le degré d'implémentation des programmes d'APA observés varie, depuis une période récente, d'une situation innovante accompagnant les premières initiatives ... à une installation opérante et relativement pérennisée dans les quelques dispositifs les plus avancés.

Comme nous l'avons observé, l'articulation des différents services de l'action publique en matière de santé, organisée en silos (Bloch & Hénault, 2014) par grands secteurs (sanitaire ; médico-social et social...), constitue en soi un défi dans le champ de l'autonomie. L'étude présentée a pu mettre en évidence les aspects communs aux différents dispositifs proposés (CH/CHU, SMR, EHPAD, et opérateurs associatifs) ainsi que les différences établies dans les publics accueillis et les formes de collaborations mises en œuvre.

D'une façon générale, le rapport met en évidence, des difficultés de coordination et d'ajustement entre acteurs impliqués dans les programmes d'APA. Si, sur un plan axiologique et épistémique, l'intérêt de l'AP comme facteur de santé semble s'imposer à l'aide des recommandations de santé publique, les aspects financiers, matériels ainsi que les enjeux organisationnels mettent en évidence d'importants freins à leur déploiement.

De ce point de vue, les structures étudiées traduisent le plus souvent des formes de coordinations minimalistes ayant pour conséquence des représentations de l'APA, envisagées sous forme d'animation ou de complément à visée de bien-être physique et social, plutôt qu'intégrées véritablement aux parcours de soin.

Ainsi, ces nouvelles façons de « *gouverner les conduites* » (Dubuisson-Quellier, 2016), en matière de santé des populations âgées favorisent des instruments plus incitatifs et participatifs, qui réclament des coopérations plus étroites entre les opérateurs fonctionnels de la santé et/ou du sport, les cadres de santé ou encore les représentants des collectivités territoriales. La démarche mise en lumière promeut une logique de contractualisation et de responsabilité partagée, sous forme de collectifs hybrides et d'équipes pluri-professionnelles, favorisant l'implication des acteurs de l'APA ou d'autres opérateurs de services (Schut & Pierre, 2018 ; Charles & al. 2019), conduits à s'adapter aux normes d'interventions issues du monde médical (Perrin, 2019).

Par ailleurs, le déploiement des programmes d'AP/APA destinés aux personnes âgées fragiles se heurte à un secteur « APA » ou « sport-santé » hétérogène, marqué par des difficultés relatives aux luttes de territoires professionnels (Perrin, 2016, 2019), à l'intersectorialité de l'action publique (Pascal & Capgras, 2020) voire aux particularismes géographiques (Denoyel-Jaumard & Chasles, 2016), traduisant une implantation qui reste limitée et qui peine à prendre en compte les inégalités sociales et épistémiques.

Cette situation réaffirme un domaine des services aux personnes âgées caractérisé depuis longtemps par sa fragmentation (Bloch & Hénault, 2014), à partir de nombreux dispositifs de prévention du vieillissement incluant l'AP, dont l'hétérogénéité, les dynamiques d'ajustement entre acteurs et les formes de coordinations doivent encore être questionnées et comparées à l'échelle de plusieurs territoires.

De nombreuses questions ont émergées mais restent encore ouvertes au débat scientifique. Ainsi, doivent être encouragées des recherches qui essayent d'élucider les

conditions de coordinations les plus favorables à l'intégration de l'APA dans les parcours de soin. De même, doivent être envisagés les différents modèles d'intervention en prêtant attention aux ressources obtenues tant financières qu'humaines. Par ailleurs, les différences les plus significatives entre les formes d'encadrement/accompagnement des personnes âgées doivent être observées en les rattachant aux compétences disponibles. Concernant les usagers, les différences entre le degré de fragilité, les tranches d'âge et entre les sexes dans le niveau d'exercice/activité physique devraient être analysées. De plus, concernant le rapport entre la pratique d'exercice/activité physique et la participation des usagers, des études supplémentaires sont nécessaires pour confirmer les modalités observées. Des études qui prennent davantage en compte l'influence socio-culturelle sur l'adhésion à la pratique d'exercices physiques peuvent ainsi apporter des renseignements importants pour mettre en place des programmes d'exercice physique plus efficaces et mieux adaptés aux personnes âgées.

Le projet d'amorçage CAP APPA a pu jouer son rôle en mettant en évidence certains résultats et des questionnements utiles. Il a ainsi pu initier une recherche de plus grande envergure à travers le projet ANR APPAPA obtenu pour 2025-2029.

BIBLIOGRAPHIE MOBILISÉE

- Akrich M., Callon M., & Latour B. (2006). *Sociologie de la traduction – Textes fondateurs*. Paris : Mines
- Alvarez S. (2016). Émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse. *La Revue de l'Ires* 1 (n° 88) : 33-61.
- ANESM. (2018a) La participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico.sociaux. Recueil des pratiques et témoignages des acteurs
- ANESM. (2018b). Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD).
- ARS Occitanie. (2016) L'activité physique dans les Ehpad et ses conditions de développement. Évaluation https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2019/07/RapportAPA_EHPAD_20122016_VF.pdf
- Bacqué MH, Biewener, C. *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?* Paris: la Découverte, 2015.
- Barbin, J. M., Camy, J., Communal, D., Perrin, C., Fodimibi, M., & Vergnault, M. (2015). Référentiel d'activité et de compétences de l'enseignant en Activité Physique Adaptée.
- Barth N. & Perrin C. (2015). Type 2 Diabetes and commitment of seniors to Adapted Physical Activity within the French system of therapeutic education, in E. Tulle & C. Phoenix (dir.) *Physical Activity and Sport in later life: critical approaches*, Palgrave, Basingstoke, Chapter 5: 43-53.
- Barth N., Hupin D., Roche, F., Celarier T., Bongue, B. (2018). La prescription de l'activité physique adaptée chez le sujet âgé : de l'intention à la réalité. *NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie* 18 : 155—161.
- Barthe J.-F., Clément S., Drulhe M., (1988). Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées. *Les Cahiers de la Recherche sur le Travail Social*, n° 15, Caen : 11-31.
- Benamouzig D. (2005). *La santé au miroir de l'économie*. Paris, PUF.
- Bertillot H, Bloch MA. (2017) Quand la « fragilité » des personnes âgées devient un motif d'action publique. *RFAS* 4 : 107-128.
- Bertillot H, Vanneste D. (2022). L'inclusion comme expérimentation : la Communauté Amie Des Aînés du pays de Mormal. *Gérontologie et Société* 44(167) : 153-171.
- Berthier N. (2010), *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, éd., *Méthodes et exercices corrigés*, Paris, Armand Colin.
- Blondiaux L., (2008). *Le nouvel esprit de la démocratie. Actualité de la démocratie participative*, Paris, Seuil.
- Bloch, M., Hénaut, L. (2014). *Coordination et parcours: La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod.
- Boltanski L. & Thévenot L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.
- Bourdieu P. (1980). Quelques propriétés des champs. In Bourdieu, P. (Ed.), *Questions de sociologie*. Paris, éditions de Minuit : 113-120.
- Callon, M. & Latour, B. (1991). *La science telle qu'elle se fait – Anthologie de la sociologie des sciences en langue anglaise*, Paris, La découverte.
- Cambois E. & Robine J.-M. (2017) L'allongement de l'espérance de vie en Europe. *Revue européenne des sciences sociales*, vol. 55, n° 1 : 41-67.
- Cambon L. & Alla F. (2014). Recherche interventionnelle en santé publique, transfert de connaissances et collaboration entre acteurs, décideurs et chercheurs : le défi français de l'innovation. *Questions de santé publique*, n° 27.
- Capuano Ch. (2018). *Que faire de nos vieux – une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours*. Paris, SciencesPo Les presses.
- Caradec, V. (2009). L'expérience sociale du vieillissement. *Idées économiques et sociales* 3 (N° 157) : 38-45.
- Caradec, V. (2018). Intérêt et limites du concept de déprise. Retour sur un parcours de recherche. *Gérontologie et société* 2018/1 (vol. 40 / n° 155): 139-147.
- Caradec V. (2023). L'âgisme anti-vieux en pratiques. Petit essai de typologie. *Traits-d'Union, la revue des jeunes chercheurs de Paris* 3.2023:12,82-92.

Carré F. & al. (2021). Activité physique et maladies chroniques : quels effets et dans quel cadre ? *ADSP* 114(2) : 13-25.

Carrel, M. (2017). Injonction participative ou empowerment ? Les enjeux de la participation. *Vie sociale*, 19, 27-34.

Castel P. Politiques de la coordination : enjeux organisationnels et professionnels dans Thomas Denise, Sophie Divay, Marie Dos Santos, Cécile Fournier, Lucile Girard, Aymeric Luneau. (2022). *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques* : p. 339-352.

Céfaï D. (1996). La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques. *Réseaux*, 1996, volume 14 n°75. pp. 43-66.

Céfaï, D. (2007). *La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques*. *Réseaux* 14/75 : 43 – 66

Charrault, A. (2020). Le paradigme du parcours de vie. *Informations sociales*, 201 : 10-13.

Châteauraynaud F. (2015). L'emprise comme expérience. *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Pragmatisme et sciences sociales : explorations, enquêtes, expérimentations.

Charles M., Larras B., Bigot J. & Praznocy C. (2019). L'activité physique sur prescription en France : état des lieux en 2019 - Dynamiques innovantes et essor du sport sur ordonnance, Rapport ONAPS.

Collinet C. & Terral P. (dir.). (2013). *Sports et Controverses*. Paris, Éditions des archives contemporaines.

Collinet C. & Schut P.-O. (2016). Les modes de prise en charge du public dans la prévention du vieillissement par les activités physiques au niveau local, *Santé publique*, HS n°1 : 41-49.

Collinet C. & Tulle E. (2018). L'activité physique et le vieillissement : bilans et perspectives. *Gérontologie et société*, 40(156) : 9-16. <https://doi.org/10.3917/gs1.156.0009>

Cometti, E. (2017). Participation de tous : passer des intentions aux actes. *Vie sociale*, 19, 131-152.

Cornu M., Orsi F. & Judith Rochfeld J. (dir.) (2016), Dictionnaire des biens communs, Paris, Presses universitaires de France.

Cours des comptes, (2021). *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Construire une priorité partagée. Rapport public thématique. Novembre.* <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/282645.pdf> - consulté le 2 décembre 2021.

Crenshaw K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, vol. 43, n° 6: 1241–1299.

Cristol D. (2018). L'usager dans la stratégie nationale de santé : la démocratie en santé en quête d'un nouveau souffle. *Revue de droit sanitaire et social*. Sirey, Dalloz : 413-427.

Davin, B. et Paraponaris, A. (2012). Vieillissement de la population et dépendance. Un coût social autant que médical. *Questions de Santé Publique* (19): 4.

Demaizière, F. (2008). Le dispositif, un incontournable du moment. Alsic

Denoyel-Jaumard A., Chasles V. (2016). Lecture géographique des « déserts médicaux». *Revue générale de droit médical* : 25-38.

Dodier N. (1993), Les appuis conventionnels de l'action. Éléments de pragmatique sociologique. *Réseaux* 65 : 63-86.

Dodier, N. & Barbot, J. (2016). La force des dispositifs. *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 2(71) : 421-450.

Dubuisson-Quellier S. (2016). *Gouverner les conduites*. Paris : Presses de sciences Po.

Ennuyer B, (2020). La discrimination par l'âge des « personnes âgées » : conjonction de représentations sociales majoritairement négatives et d'une politique vieillesse qui a institué la catégorie « personnes âgées » comme posant problème à la société. *Revue des droits de l'Homme*. 2020: 17 [en ligne].

EHESP, (2011). *Bien vieillir, Prévention de la dépendance – Module interprofessionnel de santé publique*.

Fassin D. (1996). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris : PUF.

Favier-Ambrosini B, Collinet C. (2021). La normalisation des pratiques dans les réseaux Sport-santé-bien-être. *Sociologies*, 2021.

Feillet, R. (2018). L'activité corporelle en EHPAD : de l'occupation au maintien de l'autonomie. *Gérontologie et société*, 40(156) : 81-91. <https://doi.org/10.3917/gs1.156.0081>

Forté L., Gaborit E., Terral P. (2021). S'engager dans un programme d'ETP en oncologie : effets croisés des socialisations et des interactions en séances sur les formes et le sens de l'engagement. *Revue Sciences sociales et santé*, vol.39, n°4, p. 75-103.

Foucault M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Paris, Gallimard.

Foucault M., (1994) [1977]. *Dits et écrits*, T. II., Paris, Gallimard : 298-329.

- Fricker M. (2007), *Epistemic Injustice*. Oxford, Oxford University Press.
- Gaborit E., Terral P. & Génolini J-P. (2021). Étudier de près les modes de coordination pour construire un partenariat visant à réduire les inégalités épistémiques. *Global Health Promotion*. vol. 28, Issue 1: 39-46.
- Génard JL. (2007). Capacités et capacitation : une nouvelle orientation des politiques publiques ? In Genard JL, Cantelli F, *Action publique et subjectivité*, LGDJ. 2007 : 41-64.
- Génolini JP, Mathieu C. & Cayla F. (2021). L'activité physique en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : alignement médical ou émancipation ?. *SociologieS* [Dossiers, mis en ligne le 28 janvier 2021. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/15773>.
- Génolini, J-P. & Morales, Y. (2023). Participation vs prescription : vers une réduction des inégalités sociales en promotion de la santé par le sport. *Revue STAPS* n°5/143, p. 41-60.
- Gilbert C, Henry E. (2012). La définition des problèmes publics. *Revue française de sociologie* 1(53) : 35-59.
- Gillet, A & Tremblay A.G. (2017). *Les recherches partenariales et collaboratives*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes (PUR) et Presses de l'Université du Québec (PUQ).
- Godrie B. & Dos Santos M. (2017). Présentation : inégalités sociales, production des savoirs et de l'ignorance. *Sociologie et sociétés*, 49(1) : 7-31. <https://doi.org/10.7202/1042804ar>
- Godrie B., Boucher M., Bissonnette S., Chaput P., Flores J., Dupéré S., Gélineau L., Piron F., & Bandini A. (2020). Injustices épistémiques et recherche participative : un agenda de recherche à la croisée de l'université et des communautés. *Gateways: International Journal of Community Research and Engagement*, 13:1, Article ID 7110. <http://dx.doi.org/10.5130/ijcre.v13i1.7110>
- Grossetti M. (2004). *Sociologie de l'imprévisible : Dynamiques de l'activité et des formes sociales*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Guillemard A.-M. (dir.), (2017). *Allongement de la vie. Quels défis ? Quelles politiques ?* Paris, La Découverte.
- Gusfield J. (1981). *The Culture of Public Problems: Drinking-Driving and the Symbolic Order*, Chicago, Un. Of Chicago Press.
- Haute autorité de santé. (2011). *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées.* p10. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201106developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_no_n_medicamenteuses_fiche_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201106developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_fiche_synthese.pdf)
- Husser, J. (2009). *La théorie des conventions : quelle logique organisationnelle ?* . *Vie sciences de l'entreprise* N° 182 (2): 75-85.
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm). (2015). Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Rapport. Paris, France : Éditions Inserm (Expertise Collective) : <http://hdl.handle.net/10608/6807>.
- Issanchou D., & al. (2022). Du modèle médical vers un modèle social de l'autonomie des personnes atteintes de mucoviscidose. *Recherches en Soins Infirmiers* 147(4) 2022 : 42-54.
- Inserm (2019). *Expertise collective Inserm - Activité Physique. Prévention et traitement des maladies chroniques*. Paris, Ed. Inserm.
- Jureidini, J, & McHenry L-B. (2022). The Illusion of Evidence Based Medicine. *BMJ*, vol. 8, n. 376, 2022, p. 702.03.
- Kingdon J. (1984). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston, Mass: Little Brown and Company.
- Koralsztein, J.-P. (1986)., *La santé à l'épreuve du sport*. Grenoble, PUG.
- Latour, B. (1996). *Petites leçons de sociologie des sciences*, Paris, Seuil.
- Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2004). *Gouverner par les instruments*. Presses de Sciences po.
- Laurent c. & al. (2009). Pourquoi s'intéresser à la notion d'« evidence-based policy » ?, *Revue Tiers Monde* 4 (n° 200), 853-873.
- Lemieux C., (2000). *Mauvaise presse. Une sociologie compréhensive du travail journalistique et de ses critiques*, Paris, Métailié.
- Morales Y., Saint-Martin J., Travaillet Y. & Lebecq P.-A. (2018), Les Fédérations sportives face aux défis du vieillissement (FFEPGV : 1990-2017). *Gérontologie et société* 156, vol. 40 : 55-70.
- Morales Y. (2019a). Action publique et injonction du "sport-santé" : les fédérations sportives, nouvelles opératrices de santé (1980-2018). *Revue Corps* 1/17 : 77-87.
- Morales Y. & Génolini J.P. (2019b). Le réaménagement des activités physiques au fil du temps. In A. Méidani & S. Cavalli, *Figures du vieillir et formes de déprise*. Toulouse, PUM : 273-304.

Morales Y. (2021). *La fabrique sociale du sport-santé en France – Une sociohistoire de la lutte contre la sédentarité*. Habilitation à diriger des recherches, Université Jean Jaurès Toulouse 2, (15 nov 2021), non publiée.

Morales Y. (2022). La fabrique du « sport santé » - Une cause sanitaire mobilisant le mouvement sportif associatif (1990-2012). In C. Perrin, C. Perrier & D. Issanchou (dir) (2022). *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une dynamique contemporaine*. Grenoble, PUG UGA, collection « Sport, culture et société ».

Morales, Y. (2023). Fabrique des risques liés à la sédentarité et promotion du “sport-santé” en France (1960-2022) », *Émulations* n° 45. En ligne.

Morales Yves & al. Rapport *SeniorActifsGV* : les « ressorts de l’engagement du public senior dans une activité physique » (Décembre 2023).

Morales Gonzales V. & al.. (2018). Motifs d’adhésion à une activité physique adaptée chez des seniors en ALD. *Gérontologie et Société*. 40/156, 2018 :143-159.

Moulaert T. & Viriot-Durandal J.-P. (2012). Le « vieillissement actif » sur la scène internationale : perspectives méthodologiques pour l’étude d’un référentiel polymorphe. *Politiques sociales* 1-2 : 10-21. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01593450/document>.

Moulaert T. (2018). Les habits neufs du « vieillissement en bonne santé ». *Gérontologie et Société* 40(156) 2018 : 19-34.

Nussbaum MC. (2012). Capabilités—Comment créer les conditions d'un monde plus juste ? Paris:éd. Climats ; 300p.

OMS (2020). *Décennie pour le vieillissement en bonne santé* (2020-2030).

ONAPS (2018), *Etat des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France* - édition 2018 - personnes avançant en âge

Palier B. (2005). Les instruments, traceurs du changement. La politique des retraites en France. In Lascoumes P, *Gouverner par les instruments*. Paris, Presses de Sciences Po : 273-300.

Pascal C, & Capgras J. (2020). Le système de santé mis au défi de la coordination. *Journal de Gestion et d'économie de la Santé* 5-6.

Perrin C. (2016). Construction du territoire professionnel de l’enseignant en APA dans le monde médical. *Santé Publique*, 28(1) : 141-151

Perrin C. (2019). Logiques et modalités d’intervention en activité physique auprès des malades chroniques : approches sociologiques. *Expertise collective Inserm « Activité Physique. Prévention et traitement des maladies chroniques »*. Paris, Ed. Inserm : 49-100.

Perrin C, Issanchou D., Perrier C. (2022). *Bouger pour la santé ! analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*. PUG.

Plan anti-chutes des personnes âgées (2022). Circulaire N° SGMCAS/CNSA/2022/21 du 9 février 2022 et Dossier de presse lundi 21 février 2022.

Plan National Sport-santé. Instruction n° DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012. URL : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir_36363.pdf

Potvin, L., Ferron, C., Terral, P., Di Ruggiero, E., Cervenka, I., & Foucaud, J. (2021). Recherche, partenariat, intervention : le triptyque de la recherche interventionnelle en santé des populations. *Global health promotion*, 28(1 suppl), 6-7

Potvin L., Gendron S., Bilodeau A., & Chabot P. (2005). Integrating social theory into public health practice. *American journal of public health*, 95(4): 591-595. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.048017>

Potvin L., Di Ruggiero E., Shoveller J-A. (2013). Pour une science des solutions : la_recherche interventionnelle en santé des populations, *La santé en action*, n° 425, 13-16.

Rapport CNSA (2021). *Dossier technique – Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et de l'habitat inclusif – Synthèse des rapports d'activité 2019*. https://www.cnsa.fr/documentation/2021_03_26_rapport_cfppa-cfhi_2019_vf.pdf

Rivière D. (2013). *Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés*. Rapport remis aux ministres [En ligne].

Robine J.-M. (2016). La révolution de la longévité des adultes. *Gérontologie et Société* 38 (151) : 21-40.

Rose NS. (2007). *Politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: PUP.

- Schut P. & Pierre J. (2018). Siel bleu : un modèle de développement pour la France et l'Europe ?. *Gérontologie et société*, 40(156) : 67-80. <https://doi.org/10.3917/gs1.156.0067>
- Sédrati-Dinet C. (2016) Participation des usagers : une révolution qui tarde. *Actual Soc Hebd.* 2972: 26 : 30-33.
- Stratégie Nationale sport santé, Ministère des Solidarités et de la Santé – Ministère des Sports, 2019.
- Terral P. (2013). *Corps efficients, Corps pathologiques et Expertises plurielles : Les sciences face aux critiques utilitaristes*, Habilitation à diriger des recherches, soutenue à l'Université Paul Sabatier Toulouse 3 (non publiée).
- Terral, P. (2020). Développer une science des solutions pour les interventions en santé en France : les RISP, un espace intermédiaire de pluralisation des expertises. *Revue Française des Affaires Sanitaires*, 4, p.53-72.
- Terral, P., Ferron, C., Potvin, L. (2021). Leçons d'un colloque : les enjeux épistémiques et politiques de la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP). *Global Health Promotion*, vol. 28, Issue 1, p.62-65. <https://doi.org/10.1177/1757975920984717>
- Terret T, Perrin C. (2007). Activité physique des personnes atteintes d'un diabète en France : du rejet de la pratique à sa promotion par les associations de patients. *Stadion XXXIII/2*, 2007 : 185-206.
- Tchirkov V, Didierjean R, Schuft L. (2021) Adapted physical activity to treat chronic illness: a literature review of obstacles to prescription and compliance. *Trends in Medicine*, 2021: 1-5.
- Thomas H. (2005). Le « métier » de vieillard. Institutionnalisation de la dépendance et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse. *Politix* 4 (n° 72) : 33-55. DOI 10.3917/pox.072.0033.
- Van Hoye, A. & al. (2021). Bouger pour sa santé : une revue narrative des modèles théoriques de l'engagement dans l'activité physique à partir de l'approche socio-écologique. *Staps HS*: 105-125.
- Vellas B. (2015) *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles - livre blanc sur la fragilité*, IAGG/SFGG.
- Vieille-Marchiset G. (2019). *La conversion des corps. Bouger pour être sain*. Paris, L'Harmattan.
- Viriot-Durandal JP, & al. (2017). Définitions et enjeux de la participation sociale : Quelques éclairages issus de la recherche internationale. *Les Essentiels Amis des Ainés* : 22-25.
- Viriot-Durandal JP. & al. (2018). Adaptation des territoires au vieillissement. *Retraite et Société* 79(1): 7-41.

II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

FICHE A RENSEIGNER

Publications scientifiques

1. Liste des articles et communications écrites

- Génolini, J-P. & Morales, Y. (2023). Participation vs prescription : vers une réduction des inégalités sociales en promotion de la santé par le sport. *Revue STAPS* n°5/143 : 41-60 (Revue ACL).
Lien : https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=STA_143_0041

Cet article, sera déposé sur Hal

- Autres articles en préparation

2. Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet.

3.

- En cours (2024-2027) : En lien avec l'étude CAP APPA et son prolongement ANR APPAPA, nous avons participé (Romaine Didierjean, Sylvain Ferez et Yves Morales - membres du consortium APPAPA) à la réponse à l'AAP Emergence soutenu par la Région Occitanie et FEDER intitulée « *Etude des Dispositifs d'Activités physiques dans les établissements d'hébergement pour Personnes âgées en Occitanie : enjeux des coordinations professionnelles et ressorts de l'engagement des residents* » (DAPOcc). Ce projet a obtenu deux allocations de thèse qui sont proposées en 2024-2025 et s'inscrivent très étroitement au questionnement ouvert par CAP APPA. Je serais associé à ces deux thèses.
- En prévision : Le projet APPAPA qui prolonge CAP APPA implique une thèse (budget alloué) prévue en 2025-2028 dans le financement ANR obtenu (2025-2029).

4. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisé durant la période concernée

- 23/06/2023 : Organisation d'un séminaire de recherche sur la thématique du vieillissement dans le programme du CRESCO. Titre : « présentation du projet CAP APPA aux membres du CRESCO et invités ».
- 26/01/2024 : Invitation pour présenter les résultats de l'étude « *seniorsActifsGV* - Les ressorts de l'engagement des publics de plus de 60 ans dans une activité physique » (2019 ... 2023) dans le cadre de la journée d'étude APSAGE proposée par l'Université de Nantes (STAPS) – La table ronde a permis de présenter également les premiers résultats de l'étude CAP APPA.
- 11-13/04/ 2024 : Participation au *colloque scientifique pluridisciplinaire – « Pour que vieillir soit une chance » UFR STAPS DIJON*. Communication

présentée : « *L'engagement contrasté des hommes et des femmes de plus de 60 ans dans une activité physique : effets des inégalités sociales et épistémiques sur la variation des trajectoires sportives.* ». Les données mobilisées croisent celles obtenues par l'enquête *SeniorActif GV* et par CAP APPA. Les contacts noués avec les congressistes ont pu bénéficier au projet APPAPA qui prolonge l'étude CAP APPA.

- 5-7 juin 2024 : Participation au 7^e colloque international du Reiactis (Réseau d'Études International sur l'Âge, la CitoyenneTé et l'Intégration Socio-économique) « Vieillir au pluriel », à Montréal. Communication présentée : « *Effets des inégalités sociales et épistémiques sur l'engagement contrasté des femmes et des hommes de 60 ans et plus dans une activité physique.* ». Les données mobilisées croisent celles obtenues par l'enquête *SeniorActif GV* et par CAP APPA. Les contacts noués avec les congressistes, à un niveau d'échelle international, ont pu bénéficier au projet APPAPA qui prolonge l'étude CAP APPA
- 6/11/2024 : conférencier invité à l'Université d'Artois pour un évènement portant sur « le "bien vieillir" par les activités physiques ». Titre provisoire de la conférence proposée : « *Les ressorts et les freins à l'implémentation de l'activité physique adaptée à la prévention de la perte d'autonomie des seniors* » (communication basée intégralement sur l'étude CAP APPA).
- 18 et 19/11/2024 : participation à la journée d'étude : « *Activité physique et santé : la fabrique des (in)égalités sociales* ». Université de Nîmes Journées d'études organisées par le RT19 (Santé, médecine, maladie et handicap) et le RT31 (Sociologie du sport et des activités physiques) de l'AFS (Association Française de Sociologie), en collaboration avec l'Institut ReCAPPs (Recherches Collaboratives sur l'Activité Physique et la Promotion de la santé). Communication acceptée sous le titre : « *Coordinations pour l'activité physique adaptée à la prévention de la perte d'autonomie (CAP-APPA) et difficultés de prise en compte des inégalités sociales de santé* ». Etude basée intégralement sur les données issues de CAP APPA.

5. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet

- Missions à Montréal dans le cadre du congrès international Reiactis (Réseau d'Études International sur l'Âge, la CitoyenneTé et l'Intégration Socio-économique) visant à établir et renforcer des contacts engagés avec des partenaires de recherche sur le vieillissement à l'international (Canada, Belgique, Suisse et USA essentiellement).

Communications au grand public

- 24/04/2024 : Participation aux "matinales de la DRAPPS Occitanie" organisées par Promotion Santé Occitanie. Yves Morales et Lise Charissou « *Marcher pour sa santé une analyse des facteurs sociaux et environnementaux favorables ou défavorables à une pratique régulière* ».
Lien : <https://www.youtube.com/watch?v=52WLrfwK4M8>