



Institut Régional de
Formation aux Métiers
de Rééducation
et de Réadaptation
Pays de la Loire
MASSO-KINÉSITHÉRAPIE



Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation
Pays de la Loire
54, rue de la Baugerie – 44230 SAINT-SEBASTIEN SUR LOIRE

Place de l'activité physique dans la prise en charge des personnes âgées en
EHPAD, entre recommandations et pratiques cliniques

CAMILLE FRAMPAS

Mémoire UE28

Semestre 10

Année scolaire : 2020-2021

REGION DES PAYS DE LA LOIRE



AVERTISSEMENT

Les mémoires des étudiants de l'Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et de la Réadaptation sont réalisés au cours de la dernière année de formation MK.

Ils réclament une lecture critique. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent pas faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFM3R.

Remerciements :

Pour commencer je souhaite remercier ma directrice de mémoire qui a su être à l'écoute et réactive tout au long de cette dernière année.

Merci aux sept professionnels qui ont pris le temps de répondre à mes questions pour réaliser cette étude.

Merci à l'ensemble de mes tuteurs de stage qui, au cours de ces quatre années, ont su me partager leurs savoirs et me faire découvrir le métier.

Un remerciement particulier à mon dernier tuteur de stage pour sa confiance durant le clinicat.

Pour finir, je tiens à remercier tout particulièrement mes parents, mes deux sœurs et mon copain. Merci de m'avoir soutenue et encouragée notamment pendant les deux années de sélection PACES.

Résumé :

Introduction - Le système de santé français doit faire face à de nombreuses problématiques de santé dont le vieillissement de la population. Parmi les actions proposées par les instances de santé publique, la pratique d'une activité physique pour cette population est recommandée, ayant montré de nombreux bienfaits sur leur santé physique et mentale. L'objectif de cette étude est de mettre en avant les connaissances des masseurs-kinésithérapeutes sur les recommandations de bonnes pratiques concernant l'activité physique, mais également d'explorer leurs pratiques cliniques dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Matériel et méthodes - Cette étude qualitative a été menée à l'aide d'entretiens semi-directifs, auprès de sept professionnels travaillant ou intervenant en EHPAD.

Résultats - Les résultats montrent une lecture non systématique des recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant l'activité physique chez les personnes âgées par les professionnels interrogés. Le recours à l'activité physique dans les prises en charge des personnes âgées est systématique pour la plupart des professionnels, mais les modalités varient selon le kinésithérapeute, le patient et la structure. Bien qu'elle soit le plus souvent utilisée, il existe selon eux de nombreux freins à sa mise en place sur le terrain. Pour tous les kinésithérapeutes libéraux interrogés, les contraintes organisationnelles constituent le principal frein.

Discussion - La confrontation des résultats obtenus lors de nos entretiens aux données de la littérature a permis de faire émerger des réflexions sur des perspectives professionnelles. Des études plus approfondies sur les modalités de l'activité physique permettraient aux professionnels d'adapter leurs prises en charge au plus près des besoins de la personne âgée.

Mots clés :

- Activité physique
- EHPAD
- Enquête qualitative par entretien semi-directif
- Personne âgée

Abstract :

Introduction - The French health system faces many health issues such as the aging of the elderly. Among the actions proposed by the public health authorities, the practice of a physical activity in this population is recommended, as many benefits on their mental and physical health have been demonstrated. The objective of this study was to evaluate the knowledge of physiotherapist concerning the recommendations of good practice, and to explore their clinical practices in nursing homes.

Material and methods - This qualitative survey included seven physiotherapists with nursing home activities and was conducted using semi-structured interviews.

Results - The reading of the recommendations concerning physical activity in the elderly is non-systematic. Physical activity in the care of the elderly is practiced by most professionals, but the modalities vary according to physiotherapists, patients and goals. Although it is most often used, there are many obstacles to its implementation, according to the seven physiotherapists. For all the liberal physiotherapists interviewed, organized constraints are main obstacles in nursing home.

Discussion - The comparison of the results obtained during our interviews with the data in the literature allowed to emerge reflections on professional perspectives. Studies on the modalities of physical activity would allow professionals to adapt their care as closely as possible to the needs of the elderly.

Keywords

- Elderly
- Nursing homes
- Physical activity
- Qualitative survey using semi-structured interviews

Sommaire :

1.	Introduction :	1
2.	Cadre conceptuel :	2
2.1.	Gériatrie :	2
2.2.	Activité physique :	10
3.	Problématisation :	15
3.1.	Contexte général :	15
3.2.	Question de recherche :.....	16
3.3.	Hypothèses :	17
4.	Méthode :	18
4.1.	Choix de la méthode :	18
4.2.	Sélection de la population :.....	19
4.3.	Démarchage pour la sélection de la population :.....	19
4.4.	Les contacts auprès des professionnels :	20
4.5.	Préparation d'un guide d'entretien :.....	20
4.6.	Paramètres de l'entretien :.....	20
4.7.	Réalisation des entretiens :.....	21
4.8.	Methodologie d'analyse :.....	23
5.	Résultats :	24
5.1.	Présentation des professionnels :.....	24
5.2.	Les savoirs sur les recommandations concernant l'activité physique en gériatrie :.....	24
5.3.	Les objectifs et les bénéfices attendus par l'activité physique :	25
5.4.	Les modalités de l'activité physique selon les professionnels interrogés :	26
5.5.	Les freins rencontrés par les professionnels lors de la mise en œuvre d'activité physique en établissements pour personnes âgées :.....	29
5.6.	L'apport du kinésithérapeute dans le maintien de l'autonomie des résidents :	31
6.	Discussion :	33
6.1.	Les limites et biais de l'étude :	33
6.2.	Discussion de l'étude :.....	35
6.3.	Perspectives professionnelles à venir :	48
7.	Conclusion :	49

Références bibliographiques

Annexes 1 à 3.....I à XV

1. Introduction :

La population française voit son espérance de vie augmenter ces dernières années, devenant ainsi une population plutôt vieillissante. Ce processus physiologique entraîne de nombreux impacts sur la qualité de vie et l'autonomie de la personne âgée.

Le vieillissement de la population est au cœur des problématiques de santé publique (1). Le système de santé actuel cherche à promouvoir différentes actions cherchant à diminuer ou tout du moins reculer les effets du vieillissement permettant ainsi une entrée en institution plus tardive. Parmi ces actions, la mise en place d'une activité physique régulière chez la personne âgée est recommandée.

Au cours de notre formation, nous avons été sensibilisés à l'importance d'une sollicitation physique et cognitive régulière des personnes âgées, visant en particulier à améliorer leur qualité de vie et favoriser leur autonomie. Cette sollicitation semble d'autant plus importante en structure ou en EHPAD où des aides peuvent être mises à disposition de cette population. L'effort physique peut être alors réduit, et les personnes âgées se laissent aller à un mode de vie moins autonome.

Nous pouvons ainsi nous poser les questions suivantes : Comment le masseur-kinésithérapeute peut participer au maintien de l'autonomie des personnes âgées en EHPAD ? Quelle place a le masseur-kinésithérapeute en EHPAD ?

Nous nous sommes intéressés tout particulièrement à la mise en place d'une activité physique chez cette population, comme le recommandent la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2)(3). De nombreuses études ont été réalisées ces dernières années démontrant les bienfaits sur la santé physique et mentale des personnes âgées (4)(5).

Nous avons pu à travers nos formations cliniques et notre expérience en EHPAD observer que l'accessibilité à l'activité physique ne semble pas homogène entre les structures, malgré les recommandations mondiales faites à ce sujet. Il est alors intéressant de se poser les questions suivantes : Comment le masseur-kinésithérapeute peut-il mettre en place une activité physique adaptée à cette population ? Quels moyens a-t-il à sa disposition ? Existrent-ils des freins à la mise en place d'activité physique en structures ?

Nous avons décidé de recueillir les expériences et les pratiques cliniques des masseurs-kinésithérapeutes intervenant ou travaillant en EHPAD pour éclairer notre questionnement.

2. Cadre conceptuel :

2.1. Gériatrie :

2.1.1. Épidémiologie :

Au 1er janvier 2020, la France comptait 67,064 millions d'habitants, dont 24 % âgés de moins de 20 ans et 50 % entre 20 et 59 ans. Les plus de 65 ans représentaient en 2020 20,5 % de la population générale contre 20,1 % en en 2019 (6).

Cette augmentation de la population de plus de 65 ans s'explique notamment par le recul progressif de l'espérance de vie à la naissance et par des conditions de vie plus favorables pour la population âgée.

Selon les données de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), la population française a vu son espérance de vie à la naissance passer de 69,2 ans pour les femmes en 1950 à 85,7 ans en 2019, et pour les hommes de 63,4 ans à 79,8 ans en 59 ans (7). Les études statistiques faites par l'INSEE montrent que les femmes vivent plus longtemps que les hommes. (Figure 1) (7).

Selon les statistiques menées par l'INSEE, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans ne va cesser d'augmenter d'ici 2070, passant de 9,3 millions en 2020 à 17,9 millions en 2070 (Figure 2) (8).

L'ensemble de ces données montrent l'importance de la prise en charge gériatrique actuelle et future, la population vieillissante nécessitant des soins individuels et une surveillance médicale et paramédicale particulière.

Pyramide des âges au 1^{er} janvier 2020

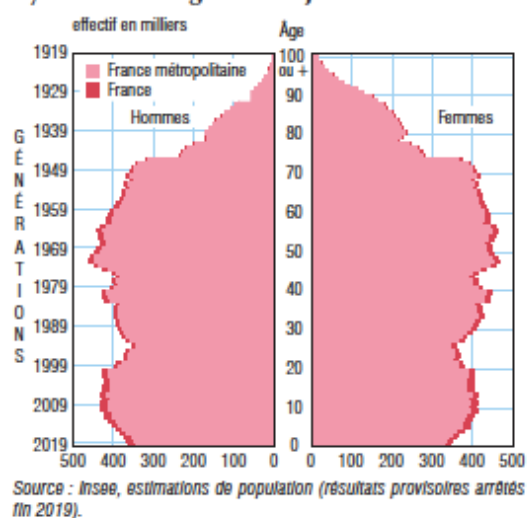


Figure 1: Pyramide des âges Janvier 2020 (INSEE, 2020)

	en %					
	Population au 1 ^{er} janvier en millions	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans à 64 ans	65 ans à 74 ans	75 ans ou plus
2020	67,8	24,4	49,4	6,1	10,8	9,3
2025	69,1	23,7	48,3	6,2	11,0	10,8
2030	70,3	23,0	47,4	6,2	11,2	12,2
2035	71,4	22,4	46,5	6,2	11,4	13,5
2040	72,5	22,2	46,1	5,6	11,5	14,6
2050	74,0	22,3	44,9	5,7	10,8	16,3
2060	75,2	21,7	44,9	5,5	10,7	17,2
2070	76,4	21,3	44,2	5,8	10,8	17,9

Source : Insee, scénario central des projections de population 2013-2070.

Figure 2 : Projection de population par groupe d'âge (INSEE, 2020)

2.1.2. Définition de la personne âgée :

Dans la plupart des données de la littérature, la notion de « personne âgée » est associée à un indicateur d'âge :

- La HAS définit la « personne âgée » comme toute personne âgée de plus de 75 ans (9).
- Le Centre d'Analyse Stratégique a réalisé lui un rapport en 2010 définissant la personne âgée en deux catégories : la « personne âgée » comme ayant plus de 75 ans et « le grand âge » pour les personnes ayant plus de 85 ans (10).
- Quant à l'OMS, elle la décrit comme une personne de plus de 60 ans (11).

Ces différentes définitions semblent se mettre d'accord sur l'âge moyen de la vieillesse qui est autour de 70 ans.

Outre l'indicateur de l'âge, il est important d'y associer l'état général de la personne, la notion de polypathologie, de fragilité physique, psychique ou encore socio-économique, avec un certain risque de chute et de perte d'autonomie (11)(12). Il n'existe pas de « personne âgée type » comme l'affirme l'OMS (11), chacun ayant des capacités physiques et mentales plus ou moins préservées, un environnement social et familial plus ou moins favorable, et une histoire de vie personnelle.

2.1.3. Le vieillissement :

Dans les travaux de John W. Rowe et Kahn, ils différencient trois types de vieillissement : le vieillissement dit normal « physiologique », le vieillissement dit « réussi » et le vieillissement dit « pathologique » (13).

Le **vieillissement physiologique** correspond à l'ensemble des modifications physiologiques et psychologiques, modifiant la structure et les fonctions du corps à partir d'un certain âge. Des facteurs génétiques, sociaux et environnementaux interviennent également dans ces changements, pouvant plus ou moins accélérer leurs apparitions (13).

Ce processus physiologique lent et progressif est à différencier de la **vieillesse dite pathologique** qui associe des maladies sous-jacentes (démence, affections cardio-vasculaires, troubles de la locomotion, dépression...) (13). Le **vieillissement réussi** correspond, selon Rowe et Kahn, à un niveau de fonction supérieur au vieillissement physiologique (13).

En plus de l'aspect purement biologique de ce processus, il est important d'insister sur l'impact social du vieillissement. Cette nouvelle étape va engendrer de nombreux changements

dans la vie quotidienne de la personne, une adaptation dans les activités sociales, familiales et dans les déplacements (14).

2.1.4. Les effets du vieillissement :

Ce processus de vieillissement entraîne des effets similaires plus ou moins prononcés d'un individu à l'autre (12).

Tout d'abord l'appareil cardio respiratoire va subir une diminution fonctionnelle prononcée entraînant une réduction des capacités d'adaptation à l'effort et ainsi progressivement une désadaptation cardio respiratoire (14). Cela s'explique en partie par la diminution de la compliance thoracique et par la réduction des volumes pulmonaires mobilisables, qui entraînent une réduction des capacités respiratoires (15). À cela s'ajoute également une diminution des capacités vasomotrices des artères, une diminution du débit cardiaque de repos, une augmentation du risque thrombotique ou encore une altération de l'hématose (15) (16). Toutes ces modifications vont avoir un impact dans la réalisation des activités de vie quotidienne, entraînant par exemple une fatigue progressive à l'effort ou encore un essoufflement important.

Sur le plan locomoteur, ce processus va avoir des conséquences au niveau articulaire avec l'apparition progressive d'arthrose, réduisant petit à petit les amplitudes articulaires et ainsi les mouvements dans l'espace (12). Les fibres musculaires perdent en densité, réduisant progressivement la masse musculaire, c'est ce qu'on appelle la « sarcopénie » (12). Tout comme les muscles, les structures osseuses vont aussi être touchées par une ostéopénie, c'est-à-dire une réduction de la densité minérale osseuse (12). Ces impacts sur l'appareil locomoteur vont entraîner une diminution progressive de la mobilité et des capacités fonctionnelles de la personne âgée.

Le système neurologique subira également de nombreuses modifications, en particulier une altération des perceptions sensibles et sensorielles (12). Le temps de réaction face à des déséquilibres ou des stimulations extérieures va être augmenté par rapport à un adulte plus jeune. Toutes ces données seront à investiguer lors d'une prise en charge gériatrique (12).

Parmi les autres effets du vieillissement (*Figure 3*), nous pouvons citer l'altération des organes sensoriels tels que la réduction de l'accommodation (presbytie) qui gêne la lecture de près, ou encore la perte progressive de l'audition (12). L'appareil digestif et urinaire seront également touchés par le processus de vieillissement (12).

Nous avons pu construire la figure 3 ci-dessous en reprenant les données de la littérature (12). La figure n'est pas exhaustive.

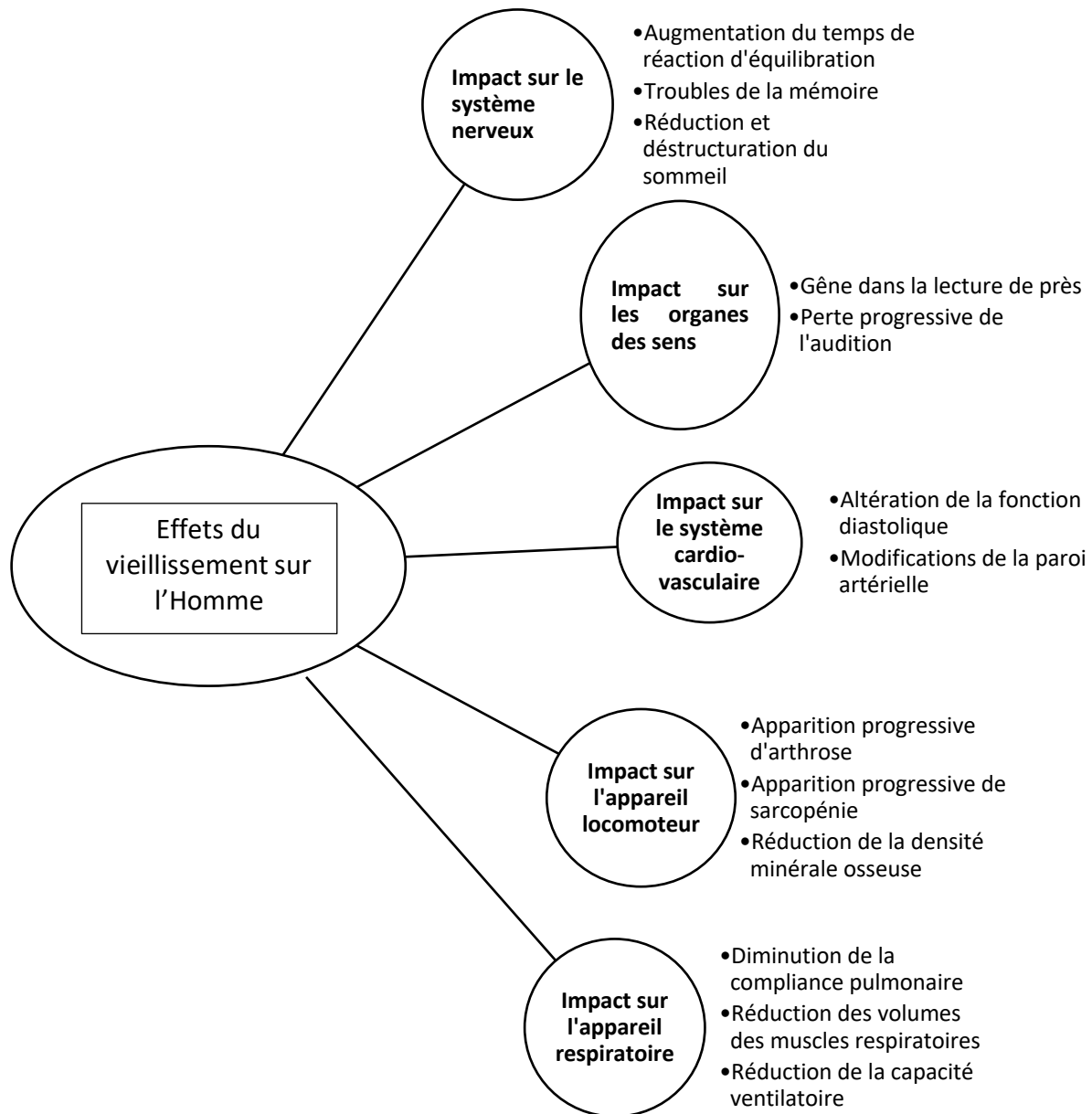


Figure 3: Effets du vieillissement chez l'Homme (Jaeger, 2017)

2.1.5. Les problématiques générales chez la personne âgée :

2.1.5.1. Altération de la marche :

La vieillesse a de nombreux effets sur les capacités fonctionnelles de la personne âgée, impactant en particulier la marche et les transferts. Cette marche est souvent décrite comme ayant une vitesse diminuée, une longueur et une hauteur de pas réduites, un polygone de sustentation augmenté et une qualité de marche globalement dégradée (17). La marche

demandera à ces patients un coût attentionnel et énergétique important (17). De ce fait, les personnes âgées vont progressivement diminuer leur périmètre de marche ainsi que leurs déplacements quotidiens.

2.1.5.2. Altération de l'équilibre :

En position neutre ou lors de déplacements, la personne âgée aura tendance à être déséquilibrée vers l'arrière (18). Cela s'explique notamment par le recul du centre de gravité et une tendance à la rétropulsion de bassin, obligeant la personne âgée à augmenter son polygone de sustentation pour se stabiliser (19). Ajoutées à cela, les réactions d'équilibration devenant inefficaces vont augmenter les risques de déséquilibre (12)(17) .

La personne âgée sera soumise à la fois à des déséquilibres intrinsèques, liés au vieillissement normal, à la prise de médicaments ou encore aux conséquences de pathologies associées, mais également à des déséquilibres extrinsèques, liés à l'environnement (sol glissant, obstacles, chaussages...) (20). Elle pourra donc avoir des difficultés à y faire face. L'utilisation d'une aide technique adaptée, le travail d'équilibre quotidien et un environnement protégé pourront diminuer en partie ces déséquilibres.

2.1.5.3. Risque de chute :

La marche de la personne âgée étant altérée fonctionnellement nécessite un coût attentionnel plus important, ce qui explique notamment la complication de la double tâche chez ces personnes (17). Une aide technique non adaptée, un sol instable, les réactions d'équilibration altérées, une tâche cognitive associée, la consommation de psychotropes sont des causes de chute.

Selon les chiffres de Santé Publique France, chaque année environ 9 300 personnes de plus de 65 ans décèdent à la suite d'une chute (21). Le nombre de chutes pour une année est estimé à trois pour toute personne âgée de 65 ans et plus (21). La mortalité associée à ces chutes augmente avec l'âge.

Selon les données de la HAS, les chutes surviennent le plus souvent lors d'activités simples de la vie quotidienne, comme la marche et les transferts, le plus souvent à domicile (22). Ces chutes à répétition sont donc multi factorielles, et souvent marqueurs de mauvais état de santé, pouvant accélérer la perte d'autonomie et augmenter le taux d'institutionnalisation.

Elles peuvent entraîner dans certains cas des fractures, et en particulier au niveau de l'extrémité supérieure du fémur (17)(21).

Outre l'aspect orthopédique, l'impact psychologique associé à la chute a de nombreux impacts défavorables chez cette population (17)(20). Le « syndrome post chute » peut s'en suivre, ce qui deviendra une urgence thérapeutique (17).

En tant que masseur-kinésithérapeute, il est essentiel de prévenir ces chutes par une observation et une surveillance quotidienne de l'état général de la personne et des aides techniques. Il est primordial de savoir repérer et évaluer les personnes à risque de chute (23). La surveillance du chaussage sera également un point clé lors des soins kinésithérapiques, le chaussage restant une cause fréquente de chute (24).

2.1.5.4. Fragilité de la personne âgée :

En cas de diminution importante de ses capacités physiques et fonctionnelles, la personne âgée réduit progressivement ses activités, perd en autonomie et nécessite de l'aide au quotidien. Cela peut même évoluer vers un syndrome de désadaptation psycho motrice (19). La personne âgée va ainsi perdre ses automatismes, présenter des troubles de la marche et de la posture, ainsi que des troubles psycho-comportementaux (19). Ce cercle vicieux peut être très présent chez les personnes dites « fragiles ».

La fragilité a été définie selon la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie en 2011 comme étant « un syndrome clinique, reflétant une diminution des capacités physiologiques de réserve altérant les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. » (25).

En tant que soignant, il sera essentiel de pouvoir dépister cette fragilité, le plus précocement possible (12). Il existe deux modèles validés :

- Modèle de Rockwood (2005) : modèle dit « multi domaine », intégrant des facteurs cognitifs et sociaux tels que la cognition, l'humeur, la motivation, la motricité, l'équilibre, les capacités pour les activités de vie quotidienne, la nutrition, la condition sociale et les comorbidités.
- Modèle de Fried (2001) : fondé sur un phénotype « physique » évaluant la fragilité chez la personne âgée de plus de 65 ans selon cinq critères : perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg depuis un an, épuisement ressenti par le patient, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité.

Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie, d'institutionnalisation, d'hospitalisation et de décès (25).

2.1.5.5. Polypathologie et vieillesse pathologique :

À la fragilité liée au vieillissement « naturel », aux déficiences fonctionnelles, peuvent se rajouter des pathologies sous-jacentes autres, pouvant altérer plus rapidement l'état général de la personne âgée. La définition de « polypathologie » est assez variable d'un organisme à l'autre.

Selon l'OMS la « polypathologie » est définie comme « des maladies chroniques, des problèmes de santé qui nécessitent des soins sur le long terme » (9). Selon le Code de la Sécurité Sociale, ce terme est employé quand un patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée supérieure à six mois (9).

En 2008, une enquête Santé et Protection Sociale a été réalisée par l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) pour montrer sur un échantillon de la population la répartition de la morbidité par tranches d'âge (26). Chez les plus de 65 ans, le nombre moyen de maladies était de 6, contre 3,4 pour les 40-65 ans (26). Il est important de prendre en compte les pathologies associées à la vieillesse physiologique du patient lors des soins kinésithérapiques.

2.1.6. Structure et lieu de vie :

2.1.6.1. Domicile :

Le maintien de l'autonomie de la personne âgée est au cœur même de nos objectifs de prise en charge, tout d'abord, pour permettre à la personne âgée de rester à domicile, mais également pour éviter la saturation des structures institutionnelles et hospitalières pour les personnes âgées.

Aujourd'hui, la personne âgée en situation de perte d'autonomie, peut bénéficier d'aides de l'État pour les soins à domicile, les activités ménagères ou encore l'aménagement de l'environnement (27). Parmi ces aides, nous trouvons par exemple l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, l'aide-ménagère, les aides des complémentaires santé ou des caisses de retraite (27).

2.1.6.2. Perte d'autonomie :

Selon les données de l'INSEE en 2015, environ deux millions de personnes âgées en perte d'autonomie vivaient à domicile. Les femmes, à âge égal, sont plus souvent sujettes à une perte d'autonomie que les hommes (28). Encore en 2015, seuls 6,6 % des 60 - 74 ans étaient dépendants et 30 % des plus de 75 ans (28).

Lors de la réalisation de dossiers pour obtenir les aides à domicile, le patient est évalué selon une grille nommée Autonomie-Gérontologie-Groupe-Iso-Ressources (AGGIR) afin de déterminer son niveau de perte d'autonomie (29). Selon les données du gouvernement, l'âge moyen de perte d'autonomie est de 83 ans. Ce score Groupe-Iso-Ressources (GIR) est important pour obtenir ces aides financières proposées par l'État, mais également pour l'admission en structure (29).

Il existe six niveaux de GIR allant de 1 à 6, le premier étant le niveau de perte d'autonomie le plus élevé, et le 6 le plus faible. Pour exemple, pour obtenir l'allocation personnalisée d'autonomie, il est nécessaire que le score soit de 1 à 3 (29). Si le patient est institutionnalisé, le score GIR doit être réévalué au cours du temps par l'équipe de la structure, pour suivre son niveau d'autonomie et adapter la prise en charge.

2.1.6.3. Maisons de retraite conventionnelles et/ou établissements médicalisés :

Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) sont des maisons de retraite médicalisées, proposant un accueil en chambre. Le financement se fait en partie par les agences régionales de santé et les conseils départementaux selon des conventions (30).

Les EHPAD accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans nécessitant une aide au quotidien (30). Selon les résultats de l'enquête Établissement d'Hébergement pour Personne Âgée (EHPA) réalisée en 2015, 728 000 personnes fréquentaient un établissement d'hébergement pour personnes âgées, soit 10 % des personnes de plus de 75 ans et huit sur dix étaient accueillies en EHPAD (31).

Les EHPAD accueillent des personnes indépendantes mais également des personnes partiellement ou totalement dépendantes dans les activités de vie quotidienne (30). Elles peuvent accueillir par exemple des personnes atteintes de troubles cognitifs comme Alzheimer ou toutes les maladies apparentées. Ces structures assurent une prise en charge globale : hébergement, restauration, blanchisserie, animation et les actes de la vie quotidienne (30). Les

résidents sont accompagnés par une équipe soignante au quotidien supervisée par un médecin coordonnateur (30).

2.1.6.4. Les masseurs-kinésithérapeutes en établissement pour personnes âgées :

Un masseur-kinésithérapeute (MK) peut avoir deux statuts lorsqu'il intervient auprès des résidents d'un EHPAD (32). Il peut exercer en libéral, intervenir selon une prescription médicale à la demande du médecin du résident. Dans ce cas-là, il réalise sa séance comme un soin à domicile, avec une rémunération à l'acte. Il n'a pas de contrat avec l'EHPAD.

Le masseur-kinésithérapeute peut également exercer en tant que salarié d'EHPAD, intervenant partiellement ou à temps plein, à la suite d'une convention signée avec la structure concernée.

2.2. Activité physique :

2.2.1. Définition :

Selon l'OMS, l'activité physique correspond à « tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique » (3).

L'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS) ajoute à cette définition la notion d'intensité (33). Elle insiste sur le fait que l'activité physique comprend les mouvements de la vie quotidienne, les loisirs, le travail, les déplacements, à quoi doivent s'ajouter des activités d'intensité modérée à élevée (33).

À travers le terme d'activité physique, les notions d'activité physique adaptée et de sport sont donc à différencier. Selon l'article D.1172-1, l'activité physique adaptée est la 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 » (34). Le sport correspond à « une forme particulière d'activité physique où les participants adhèrent à un ensemble commun de règles et d'objectifs bien définis » (2). La pratique sportive peut être réalisée à différents niveaux, en loisir ou en compétition, en club ou à l'école. L'exercice physique ou activité physique est donc beaucoup plus large que la pratique sportive.

2.2.2. Niveaux d'activité physique :

La HAS définit quatre niveaux d'intensité d'activité physique (35) :

- L'activité physique d'intensité faible : la personne reste active, mais réalise une activité ne provoquant ni essoufflement ni transpiration. Exemples : s'habiller, faire ses transferts.
- L'activité physique d'intensité modérée : réalisation d'une activité demandant un effort physique modéré et entraînant une légère augmentation de la respiration et du rythme cardiaque. Exemples : la marche lente, une montée lente d'escalier, du jardinage...
- L'activité physique d'intensité élevée est un effort physique important avec une augmentation significative de la respiration et du rythme cardiaque. Exemples : la marche rapide supérieure à 6,5 km/h, une montée rapide des escaliers...
- L'activité physique d'intensité très élevée est un effort qui entraîne un essoufflement très important, une transpiration très abondante et une conversation très difficile voire impossible. Exemple : la pratique de sport à haut niveau.

2.2.3. Inactivité :

L'inactivité correspond à un niveau d'activité physique insuffisant ne permettant pas d'atteindre le seuil d'activité physique recommandé par la HAS (cf 2.2.7) (2). Selon l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES), la sédentarité ou comportement sédentaire est définie comme « une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée » (36). Les activités sédentaires sont toutes les activités réalisées au repos, en position assise ou allongée (regarder la télévision, rester sur son fauteuil à lire, travailler sur l'ordinateur...) (36).

La sédentarité est le quatrième facteur de risque de décès dans le monde (37). Selon l'OMS, environ 3,2 millions de décès sont attribuables au manque d'exercice chaque année dans le monde (37).

2.2.4. Bénéfices de l'activité physique :

Pratiquer une activité physique adaptée et régulière chez la personne âgée, permet de ralentir le processus de vieillissement, par une limitation de la perte de masse musculaire et osseuse ou encore une réduction de l'atteinte cardio respiratoire (2)(38). L'exercice physique permet également de réduire les risques de chute par un meilleur équilibre ou encore par l'amélioration de la souplesse articulaire (2)(5). De par cette pratique, la fonction cardiovasculaire est préservée, en limitant le risque d'hypertension artérielle, de cardiopathies par

exemple (38). Outre l'aspect fonctionnel, l'exercice a également de nombreux impacts sur le déclin cognitif chez les personnes âgées (4). Elle favorise aussi le maintien de l'autonomie (2).

2.2.5. Risques et contre-indications liés à l'activité physique :

Pour la plupart des pathologies chroniques, l'activité physique fait partie intégrante de la prise en charge (39). Il n'existe pas de contre-indication absolue définitive à l'activité physique, il s'agit plus souvent de contre-indications temporaires (40).

Parmi les contre-indications cardio-vasculaires absolues pour des activités physiques avec une intensité modérée à élevée, il faut citer l'angor instable, l'insuffisance cardiaque décomposée, une myocardiopathie obstructive sévère par exemple (2). Il faut être très prudent face à un patient insuffisant cardiaque, avec des troubles de rythme élevé, par exemple.

Toutes affections inflammatoires et/ou infectieuses évolutives, des pathologies respiratoires non contrôlées sont des contre-indications relatives (2).

Il existe également des freins à l'activité physique, propres à l'individu, quel que soit l'âge : le manque de temps, le manque de motivation, le ressenti de fatigue, la peur de se blesser etc (2). Ces notions sont à prendre en considération pour conseiller au mieux la pratique d'une activité physique régulière.

Les risques liés à la pratique d'une activité physique sont notamment les risques de chute, les blessures musculo squelettiques, les risques de déshydratation ou encore de poussée d'hypertension artérielle (41).

2.2.6. Recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé concernant l'activité physique de la personne âgée :

Selon l'OMS, l'activité physique chez les personnes de plus de 65 ans englobe les loisirs, les déplacements, les activités professionnelles, les tâches ménagères, les activités ludiques, l'exercice planifié, que ce soit dans un contexte familial, quotidien ou organisé (3).

Les recommandations de l'OMS stipulent que les personnes de plus de 65 ans doivent pratiquer par semaine, au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité élevée, ou encore en combinant les deux types d'activité physique (3)(42).

L'activité physique doit englober 3 éléments : du travail en endurance, du renforcement musculaire et du travail de l'équilibre (*Figure 4*) :

- **Travail en endurance :**

Le travail d'endurance doit être pratiqué par période d'au moins dix minutes. Si la personne âgée veut tirer des bénéfices encore plus importants, elle peut augmenter progressivement la durée de ses activités d'endurance d'intensité modérée par semaine (3).

- **Renforcement musculaire :**

En plus du travail en endurance, un travail de renforcement musculaire des différents groupes musculaires, à raison d'au moins deux jours par semaine, est recommandé (3).

- **Travail de l'équilibre :**

Les personnes âgées ayant une mobilité diminuée peuvent pratiquer de l'exercice physique visant à améliorer leur équilibre et à prévenir les chutes. Pour cela des exercices au moins trois jours par semaine sont recommandés (3).

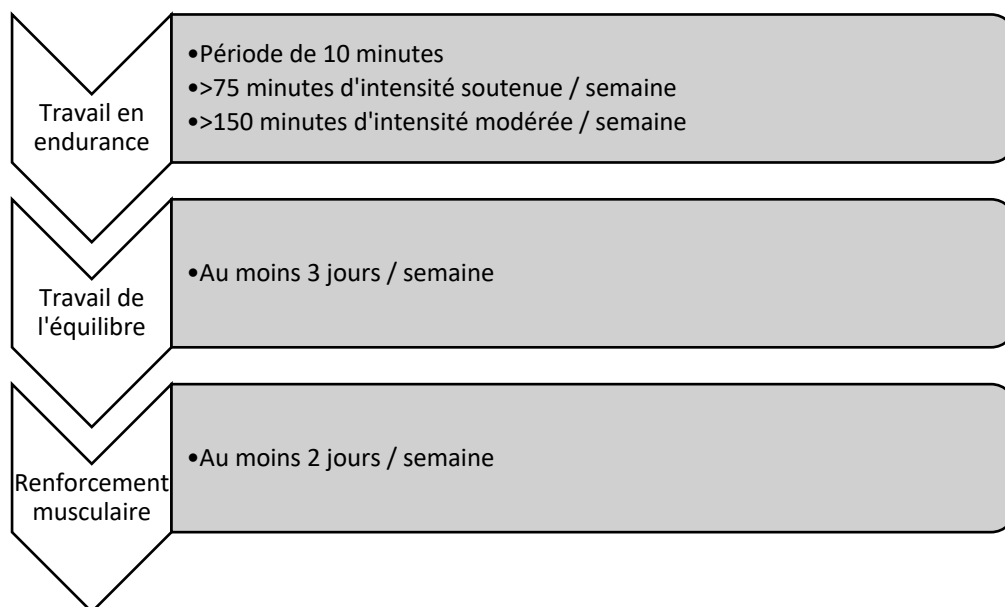


Figure 4 : Synthèse des recommandations de l'OMS sur l'activité physique (OMS, 2021)

Nous avons pu construire la figure 4 en reprenant les données de la littérature (3)(42).

2.2.7. Recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant l'activité physique chez les personnes âgées :

La HAS a rédigé des recommandations pour la réalisation de l'activité physique chez la population des personnes âgées dans plusieurs écrits (2)(41). Elle insiste sur l'importance de consulter un médecin lorsque la personne âgée réalise des activités physiques d'intensité modérée à élevée.

Étant considérée à risque cardio vasculaire, si une personne âgée pratique une activité physique modérée, il lui est recommandé de consulter un médecin (2).

Si elle réalise une activité physique intensive, une consultation est alors préconisée. Cette consultation permettra ainsi d'avoir une prescription d'activité physique et une évaluation médicale des capacités du patient (2).

L'activité physique recommandée par la HAS reprend les trois éléments de l'OMS : du travail en endurance, du renforcement musculaire et du travail d'équilibre (41). Le travail doit se faire de manière adaptée, raisonnée et progressive. Selon l'état général du patient et ses capacités, les objectifs liés à la pratique d'activité physique seront différents, ils peuvent être de maintenir l'autonomie, de préserver les capacités restantes, ou encore de ralentir le déclin fonctionnel ou cognitif.

La prescription faite par la HAS pour la pratique d'activité physique chez la personne âgée reprend les recommandations de l'OMS (*Annexe 1- Figure 5*) (41) :

- **Exercices en endurance** : cinq jours par semaine d'activité physique d'intensité modérée, ou trois jours d'activité physique d'intensité élevée, ou encore trois à cinq jours pour une combinaison des deux types d'intensité. Ces exercices doivent se réaliser en intensité relative, selon l'échelle de Borg (cinq à six pour intensité modérée – sept à huit sur dix pour une intensité élevée). Par jour au minimum 30 à 60 minutes. Il y est proposé notamment de la marche, des exercices aquatiques ou encore du vélo.
- **Exercices de renforcement musculaire** : au moins deux fois par semaine, tout d'abord avec une intensité légère puis progressivement en augmentant l'intensité. Il est proposé par exemple des montées ou descentes d'escalier ou encore de la musculation selon l'état du patient.
- **Exercices d'assouplissement** : au moins deux fois par semaine, sous forme d'étirement.
- **Exercices d'équilibre** : efficaces dans la prévention des chutes s'ils sont réalisés au moins deux à trois fois par semaine, sous la forme d'équilibre statique, d'équilibre dynamique ou de travail postural.

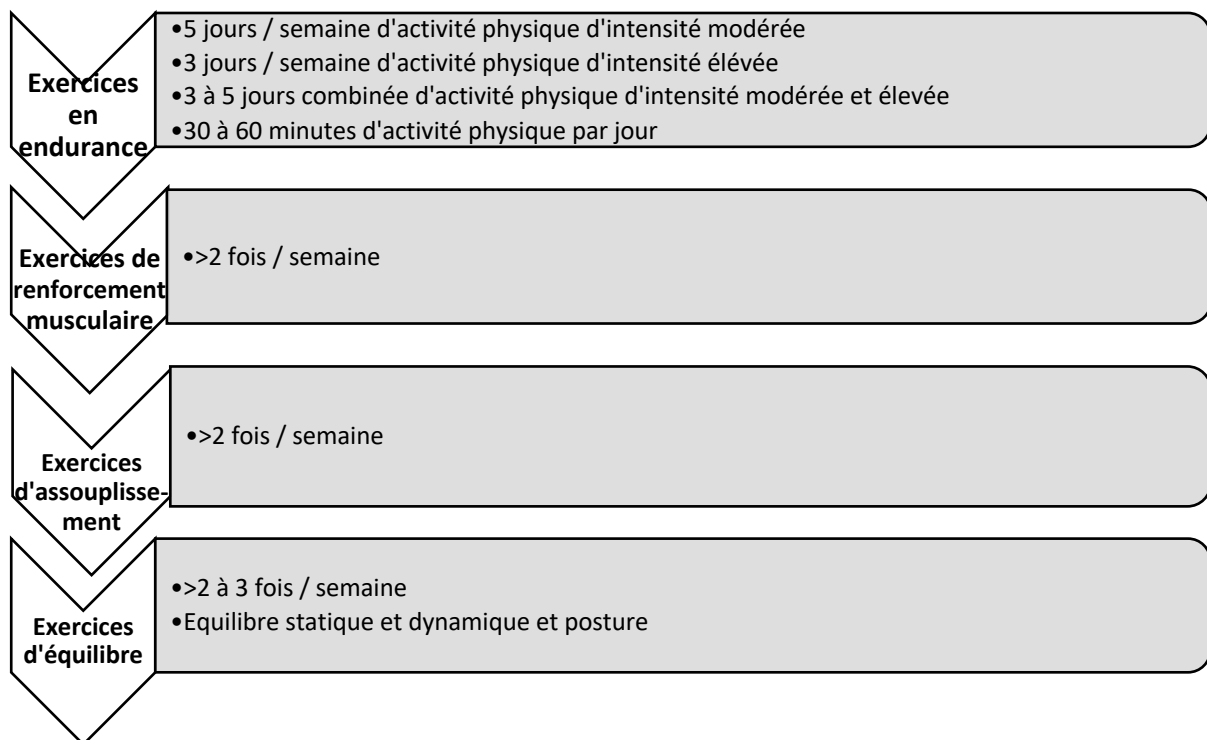


Figure 5: Synthèse des recommandations de la HAS sur l'activité physique des personnes âgées (HAS, 2019)

Nous avons pu construire la figure 5 en reprenant les données de la HAS (41).

3. Problématisation :

3.1. Contexte général :

La pratique de l'activité physique adaptée et régulière chez la personne âgée a montré des bénéfices pour la santé physique et psychologique de cette population (43). Elle permet notamment le maintien de l'autonomie, la préservation des capacités physiques et la réduction du déclin cognitif.

Il est alors intéressant de se poser les questions suivantes : Comment en tant que masseur-kinésithérapeute, peut-on mettre en place une activité physique adaptée à cette population, selon quels principes et avec quels moyens ? La pratique de l'activité physique est-elle la même en structure ou à domicile ? Ces questions générales se sont posées en première intention.

Au regard d'expériences professionnelles vécues en EHPAD et au cours de la formation clinique en secteur gériatrique, de nombreuses interrogations sur la place du MK dans ces structures ont émergé. En effet, les EHPAD sont des lieux de vie dans lequel le MK peut intervenir auprès des personnes âgées sous la forme de prises en charge individuelles ou collectives. Outre l'intervention des MK, les EHPAD peuvent solliciter également d'autres professionnels comme des ergothérapeutes, des enseignants en Activité-Physique-Adaptée

(APA), ou encore des animateurs. Nous pouvons alors nous poser la question suivante : Quel est le rôle du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge de la personne âgée en EHPAD ?

Dans les textes officiels liés à la kinésithérapie, l'article D.1172-3 stipule que le kinésithérapeute « est un acteur à part entière de ce parcours des patients en affection de longue durée (ALD) qui souhaitent initier ou retrouver une activité physique adaptée » (34). L'article D.1172-3 insiste sur le fait que « seuls les professionnels de santé sont habilités à dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie et aux capacités physiques » (34). Le kinésithérapeute a donc un rôle, des actions à mener dans la pratique de l'activité physique avec cette population. Mais en pratique, la question reste : Comment le masseur-kinésithérapeute s'intègre dans le maintien de l'autonomie d'une personne âgée domiciliée en EHPAD ?

La HAS et l'OMS ont proposé des recommandations sur la fréquence et les types d'exercices à réaliser avec la personne âgée afin d'obtenir le plus de bénéfices possible. L'hétérogénéité des patients domiciliés en EHPAD, le type de pratique salariale ou libérale, l'environnement de travail plus ou moins accessible, donnent lieu à des questions autour de la pratique de l'activité physique : Quelles sont les modalités de l'activité physique des personnes âgées en EHPAD ? Quel usage de l'exercice physique font les masseurs-kinésithérapeutes en pratique ? Quelles en sont les limites ? Que pourrait-on améliorer ou modifier ?

L'ensemble de ces questions vont être utiles pour rédiger des hypothèses de travail, permettant ensuite la réalisation d'un guide d'entretien pertinent, divisé en catégories de questions. L'objectif de la problématisation et de la rédaction de ces hypothèses est de déterminer une méthode adaptée et pertinente à notre étude.

3.2. Question de recherche :

Questionner les kinésithérapeutes sur leurs pratiques professionnelles en EHPAD nous permet d'approfondir cette thématique. L'objectif de l'enquête est de répondre à la problématique suivante :

Au vu des recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant l'importance de l'activité physique chez les personnes âgées en EHPAD, comment le masseur-kinésithérapeute intègre-t-il l'exercice physique à sa prise en charge, selon quelles modalités et quels en sont les freins ?

Ce qui vise à répondre à la question de recherche suivante : quels sont les modalités et les freins présents lors de la mise en place d'activité physique en EHPAD ? Cette étude s'intéresse également aux points de vue de ces professionnels sur les recommandations actuelles.

3.3. Hypothèses :

Les hypothèses ont été définies d'une part grâce à une lecture attentionnée des recommandations présentes dans la littérature, et d'autre part des expériences rencontrées lors de stages en structure.

Les axes de l'étude seront les suivants :

- 1. Les connaissances actuelles des professionnels de santé concernant les recommandations de la HAS sur la pratique d'activité physique chez la personne âgée,
 - 2. L'utilisation de l'activité physique dans leur prise en charge,
 - 3. Les objectifs attendus de l'utilisation d'exercice physique,
 - 4. Les modalités de l'exercice physique,
 - 5. Les freins rencontrés à la mise en place d'activité physique en structures,
 - 6. Le maintien de l'autonomie de la personne âgée grâce à la kinésithérapie.
- * Le premier axe de l'étude s'intéresse aux connaissances actuelles et à l'usage que font les professionnels de santé des recommandations de la HAS concernant l'activité physique.
- L'hypothèse 1 est la suivante : Les masseurs-kinésithérapeutes connaissent les recommandations générales de la HAS concernant l'activité physique chez la personne âgée, ainsi que les modalités.
 - L'hypothèse 2 est la suivante : Les professionnels connaissent les types d'exercices recommandés mais n'appliquent pas leurs modalités exactes particulièrement en ce qui concerne la fréquence et la durée des exercices.
- * Le deuxième axe concerne les objectifs et les bénéfices attendus à l'utilisation d'activité physique lors des prises en charge kinésithérapiques.
- L'hypothèse 3 : L'activité physique est systématiquement intégrée dans la prise en charge des personnes âgées en EHPAD.
 - L'hypothèse 4 est la suivante : En plus de l'aspect purement fonctionnel, l'activité physique est utilisée également pour favoriser le maintien des capacités cognitives et la sociabilisation.

- * Le troisième axe s'intéresse aux modalités utilisées par les professionnels sur le terrain. Nous cherchons à connaître les pratiques réelles des professionnels.
 - L'hypothèse 5 est la suivante : Les modalités restent variables en fonction du kinésithérapeute et du patient.

- * Le quatrième axe s'intéresse aux freins que peut rencontrer le professionnel lors de la pratique de l'activité physique en EHPAD, que ce soit des freins liés aux patients ou des freins liés à la structure.
 - L'hypothèse 6 est la suivante : Il existe des freins dans la pratique des kinésithérapeutes libéraux et salariés lors de l'utilisation de l'activité physique en EHPAD.

- * Le cinquième axe s'oriente autour du maintien de l'autonomie de la personne âgée en EHPAD. Nous cherchons à savoir comment le professionnel de santé peut préserver l'autonomie de cette population lors de ses séances et favoriser le maintien d'une activité physique régulière.
 - L'hypothèse 7 est la suivante : Le maintien de l'autonomie passe par la prévention des chutes, la surveillance des aides techniques, la stimulation quotidienne des capacités de ces patients, ou encore par des conseils quotidiens d'exercices physiques.

Ces hypothèses ont ensuite permis de réaliser un guide d'entretien utiles aux échanges avec les professionnels de santé (*Annexe 2*).

4. Méthode :

4.1. Choix de la méthode :

Une fois la problématique définie, il a fallu choisir la méthodologie de recherche la plus adaptée à notre étude. Le recueil d'information regroupe principalement quatre méthodes : les interviews, l'observation, les questionnaires et l'étude de documents (44). Dans cette étude, nous cherchons à recueillir des informations concernant les savoirs des professionnels sur les recommandations de l'activité physique chez la personne âgée et les pratiques kinésithérapiques en structures. Nos interrogations sont alors plutôt de l'ordre du qualitatif.

La méthode d'interview ou d'entretien, à la différence des questionnaires, permet de questionner des professionnels tout en leur permettant de parler librement (45). C'est pour cela que la méthode des entretiens, pour cette étude, semble la plus pertinente à utiliser.

Revenons sur la définition du terme « interview ». L'interview est une « méthode de recueil d'informations qui consiste en des entretiens oraux, individuels ou en groupes, avec plusieurs personnes sélectionnées soigneusement, afin d'obtenir des informations sur des faits ou des représentations, dont on analyse le degré de pertinence, de validité et de fiabilité en regard des objectifs du recueil d'informations » (44). Il existe trois types d'entretiens différents : l'entretien dirigé, l'entretien semi directif et l'entretien libre.

L'entretien dirigé ou directif est un discours non continu avec un ordre de questions bien déterminé à l'avance. La personne interrogée ne répond qu'aux questions posées (44).

L'entretien libre ou non directif est un discours continu, l'interviewer ne prépare pas de question à l'avance pour réorienter l'entretien (44).

L'entretien semi directif est quant à lui un discours par thèmes dont l'ordre a été déterminé en avance, avec des points de repère pour celui qui pose les questions, mais pouvant être modifié selon la réactivité de l'interviewé (44).

Cette dernière méthode semble la plus appropriée à cette étude. Cette approche permet d'avoir une ligne conductrice pour les questions, tout en laissant l'interviewé libre de ses réponses ainsi que la possibilité d'ouvrir plus largement le sujet.

4.2. Sélection de la population :

Pour réaliser ces entretiens, nous devons tout d'abord déterminer la population en lien avec notre objet d'étude. Définir une population revient à déterminer les acteurs capables de répondre à nos questions (45).

Il est important de déterminer les critères d'inclusion et les critères d'exclusion. Nous nous intéressons à la prise en charge kinésithérapique des personnes âgées en EHPAD. Par conséquent, notre population est limitée aux MK diplômés libéraux intervenant en EHPAD ou salariés d'EHPAD. Les MK travaillant en structure hospitalière ou en libéral n'intervenant pas dans un EHPAD, et les étudiants en kinésithérapie sont donc exclus de l'étude.

En ce qui concerne la taille du corpus, elle va dépendre tout d'abord de la problématique et du temps que nous disposons (45). Il a été décidé que sept entretiens seraient faits pour cette étude, afin d'avoir suffisamment de données à traiter.

4.3. Démarchage pour la sélection de la population :

Nous avons sélectionné les professionnels à interroger selon un mode d'accès direct dans un premier temps et indirect dans un second temps, en particulier pour optimiser les chances

d'acceptation (45). En première intention, il a été décidé de solliciter les structures gériatriques connues à travers les stages afin d'obtenir des noms de professionnels extérieurs à contacter. En complément, le terrain de stage et l'institut de formation ont participé à la recherche de professionnels, nous conseillant certains interlocuteurs potentiellement capables de répondre à notre étude.

Dans l'idéal, nous souhaitons que les entretiens s'effectuent sur le terrain des professionnels, c'est pourquoi la recherche des praticiens s'est principalement faite dans la région nantaise.

4.4. Les contacts auprès des professionnels :

Nous avons contacté les professionnels par téléphone dans un premier temps. Une fois l'interlocuteur contacté, un mail expliquant le projet et le déroulement des entretiens a été envoyé. Une fois l'accord obtenu, un second échange par mail convenait de la date et du lieu de l'entretien.

4.5. Préparation d'un guide d'entretien :

Pour réaliser ces entretiens semi-directifs, un guide d'entretien a été conçu (*Annexe 2*). Il permet d'aborder les différents thèmes prédéfinis à partir des hypothèses de travail et de poser des questions dans un ordre particulier (46). En effet, les questions posées lors de l'entretien doivent répondre à nos hypothèses initiales (46).

Une ébauche de guide d'entretien a d'abord été réalisée, puis retravaillée au cours des semaines pour arriver à notre guide d'entretien définitif. Il a été ensuite relu par un kinésithérapeute extérieur à l'étude, avant d'être utilisé lors des entretiens.

Les questions ne doivent pas juger une pratique, ou des choix. Elles sont posées de sorte à être comprises par tous, sans orienter les réponses. À chaque grand thème, une question ouverte et large est présentée, et des sous questions seront posées si nécessaire. Les questions ne sont pas modifiables lors de l'interview pour éviter tout biais dans l'étude.

4.6. Paramètres de l'entretien :

Comme l'indiquent Blanchet et Gotman dans leur ouvrage, le déroulement de l'entretien tient compte de trois paramètres : l'environnement, le cadre contractuel de la communication et les interventions de l'interviewer (45).

En effet, le cadre spatio-temporel est à prendre en compte lors de la réalisation d'entretien (45). Tout d'abord il était important de prévoir une tranche horaire pour l'entretien longtems en avance, pour optimiser ainsi la disponibilité de l'interlocuteur lors de l'interview. Il a également été nécessaire de choisir le lieu de l'échange. L'environnement doit être calme et propice à l'échange. Étant une étude basée sur une question professionnelle, nous avons jugé bon d'essayer le plus possible de réaliser nos entretiens sur le lieu de travail de l'interviewé.

Avant de débiter un entretien, il faut annoncer le cadre conceptuel de l'échange : c'est-à-dire le thème traité, le type de questions, la durée de l'entretien mais également son cadre juridique (45).

Et pour finir sur les paramètres d'un entretien selon Blanchet et Gotman, nous pouvons évoquer les différentes interventions de l'interviewer, qui sont à la fois les temps d'écoute mais également les temps de parole (45).

Un entretien oblige également un cadre juridique. Avant chaque entretien, chaque professionnel interrogé doit donner son consentement de participation à l'étude mais également signer un document nous autorisant à enregistrer les échanges. Ces documents ont été fournis ensuite à notre institut de formation. Les échanges ont été anonymisés dans notre écrit.

4.7. Réalisation des entretiens :

Sept entretiens ont été réalisés entre le 8 janvier 2021 et le 2 février 2021, dans la région nantaise. Avec le contexte sanitaire actuel (COVID-19), les entretiens ont été faits pour cinq d'entre eux sur le lieu d'exercice des professionnels et pour deux d'entre eux par téléphone.

Lors des interviews, le guide d'entretien imprimé en un exemplaire pour chaque professionnel nous a permis de prendre des notes si besoin et d'avoir une ligne conductrice de l'échange. L'enregistrement des entretiens a permis une retranscription respectueuse des données.

Dans le respect de l'anonymat des professionnels interrogés, les masseurs-kinésithérapeutes seront nommés MK1 à MK7.

Un tableau récapitulatif permet de présenter les différents professionnels rencontrés et leurs parcours (*Tableau 1*). Ces données ont été récoltées dès le début de l'entretien.

Tableau 1 : Tableau de présentation des MK interrogés :

	Sexe / Age	Date Diplôme	Lieu d'exercice actuel	Expérience antérieure	Statut en EHPAD
MK1	Femme 28 ans	DE en 2014	Cabinet libéral en Vendée depuis 2 ans, intervention dans 2 EHPAD.	Remplacements en libéral avec intervention en EHPAD	Libéral
MK2	Femme 40 ans	DE en 2005	Cabinet libéral depuis 2014 – Visites à domicile 4 matinées par semaine (EHPAD).	Remplacements libéraux - Centre de rééducation. Pas de formation spécifique en gériatrie.	Libéral
MK3	Femme 28 ans	DE en 2015	Salariée à temps plein dans une EHPAD de l'agglomération nantaise	Travail en SSR gériatrique 2015-2017 – Cabinet libéral – Salariée EHPAD	Salarié
MK4	Femme	DE en 1995	Salariée à plein temps dans deux EHPAD de la région nantaise	Centre Hospitalier à Paris (5 ans de pneumologie et 5 ans en gériatrie) – Depuis 2010 environ, EHPAD dans la région nantaise.	Salarié
MK5	Homme 31 ans	DE en 2012	Exercice dans deux cabinets libéraux dans l'agglomération nantaise. Intervention 2-3 heures par jour en EHPAD.	Depuis 2012, travail temps complet ou partiel en EHPAD – cabinet libéral.	Libéral
MK6	Homme 30 ans	DE en 2015	Exercice libéral, intervenant à domicile et dans trois EHPAD dans l'agglomération nantaise.	Salariat en club de sport professionnel, exercice libéral en remplacement et en assistant.	Libéral
MK7	Femme 27 ans	DE en 2017	Exercice salarié en EHPAD et SSR Gériatrie.	Travail depuis 3 ans en gériatrie.	Salarié

La durée des entretiens varie selon les professionnels, entre 14 minutes et 24 minutes (*Tableau 2*). Ces derniers ont été enregistrés avec un dictaphone, pour être ensuite réécoutés et retranscrits sur un document Word. Un modèle de tableau Word a été utilisé afin de retranscrire chaque entretien les uns après les autres.

Tableau 2 : Durée des sept entretiens :

	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5	MK6	MK7
Durée de l'entretien	22 minutes	24 minutes	21 minutes	19 minutes	14 minutes	17 minutes	20 minutes

4.8. Méthodologie d'analyse :

Cette étude qualitative réalisée à travers ces entretiens a permis de récolter de nombreuses données concernant la pratique des kinésithérapeutes sur le terrain.

Pour approfondir la méthodologie des entretiens, nous avons continué à utiliser l'ouvrage écrit par Alain Blanchet et Anne Gotman (45).

Tout d'abord, une fois les entretiens passés, il a fallu retranscrire, réécrire mots par mots, les discours des professionnels les uns après les autres. Nous avons utilisé la méthode Verbatim, une retranscription intégrale des paroles avec les temps de réflexions ou de rires (47). Cependant nous avons décidé de ne pas ajouter dans notre retranscription les signes non verbaux (émotions, soupirs...). Le numéro des lignes a été rajouté dans les retranscriptions des entretiens pour que le lecteur puisse se référer rapidement aux discours.

Une fois les entretiens retranscrits, nous avons commencé à réfléchir à la méthode d'analyse des données. Pour rappel, selon Blanchet et Gotman, l'analyse « consiste à sélectionner et à extraire les données susceptibles de permettre la confrontation des hypothèses aux faits » (45), et s'effectue pour l'ensemble du corpus de l'étude. Nous avons, pour chaque professionnel, sélectionné les réponses et rempli un tableau mis en annexe (*Annexe 3*).

Blanchet et Gotman décrivent, dans leur ouvrage, trois grands types d'analyse : l'analyse thématique, l'analyse textuelle et l'analyse par entretien (45). L'analyse thématique est selon eux, la plus pertinente pour un modèle explicatif de pratique ou de représentation, comme notre étude. L'analyse thématique catégorielle regroupe « transversalement » tous les propos des interlocuteurs se référant à un même thème. Ils décrivent également cette analyse catégorielle de deux manières : une analyse « verticale » et une analyse « horizontale » (45). L'analyse thématique « horizontale » permet de mettre en évidence tous les thèmes évoqués par les différents sujets, en les confrontant entre eux. Alors que l'analyse thématique

« verticale » revient à passer en revue les thèmes évoqués sujet par sujet, sans les analyser entre eux.

Avant de commencer l'analyse, nous avons dû procéder à une lecture approfondie de chaque entretien, afin de prendre connaissance du corpus. Une fois la lecture terminée, nous avons créé une grille d'analyse, permettant de sélectionner les données susceptibles de répondre à notre problématique. Cette grille permet de découper les données en thèmes et sous thèmes (*Annexe 2*).

Nous avons décidé de réaliser une analyse thématique horizontale, permettant de restituer par thèmes les données de chaque interlocuteur, en les confrontant entre elles.

Les professionnels interrogés seront nommés par la suite, tout comme dans le tableau de présentation, par « MK » suivi d'un chiffre.

5. Résultats :

5.1. Présentation des professionnels :

Dans cette étude, sept professionnel(le)s exerçant ou intervenant dans des EHPAD ont été interrogés. Parmi eux, nous comptons cinq femmes et deux hommes. La date de l'obtention de leur Diplôme d'État varie selon les professionnels, une en 1995, une en 2005, quatre d'entre eux entre 2012 et 2015, et une en 2017.

Quatre d'entre eux exercent en libéral et trois autres en tant que salarié en EHPAD.

5.2. Les savoirs sur les recommandations concernant l'activité physique en gériatrie :

MK1 affirme avoir lu une infographie sur les dernières recommandations faites par l'OMS concernant l'activité physique chez la personne âgée. Cette infographie mettait en évidence que l'activité physique était pertinente chez la personne âgée, mais que ces recommandations pouvaient être moins strictes, et qu'une simple activité peu intense était bénéfique.

MK2 connaît les recommandations générales sans connaître les chiffres exacts. Selon elle, les recommandations sont très précises mais compliquées à mettre en application en pratique.

MK3 et MK4 déclarent ne pas les connaître exactement.

MK5 déclare ne pas les connaître exactement. Selon lui il faut préconiser, comme le réentraînement cardiaque, une activité physique d'au moins trente minutes par semaine.

MK6 affirme ne pas avoir lu le dernier document concernant les recommandations de la HAS, mais décrit la nécessité d'associer la rééducation de l'équilibre à la marche notamment.

MK7 affirme ne pas avoir lu les dernières recommandations, mais précise l'importance d'une activité physique chez les personnes âgées, à raison d'une fois par jour pendant quinze minutes.

5.3. Les objectifs et les bénéfices attendus par l'activité physique :

Tout d'abord, pour quatre des professionnels interrogés, l'activité physique est systématiquement incluse dans la prise en charge des personnes âgées en EHPAD.

Selon MK5, l'activité physique n'est pas systématique mais comme MK6, l'inclusion de l'exercice physique dépend des ordonnances et du bilan initial. En effet, MK5 déclare faire ses « prises en charge en fonction des ordonnances. Quand j'ai des ordonnances larges comme une rééducation à la marche, réentraînement je vais m'axer directement sur ce genre de pratiques » (E5, L45-47). MK6 déclare également que cela « dépend de la pathologie du patient et des particularités des bilans que j'aurais fait » (E6, L54).

Les objectifs et les bénéfices attendus semblent se ressembler, toutefois chaque professionnel apporte un regard différent.

Les principaux objectifs retrouvés dans les discours sont les suivants :

➤ **Préserver / Améliorer la condition physique :**

Tous les professionnels interrogés affirment l'utilité de l'activité physique dans l'entretien cardio vasculaire, celui du capital osseux et celui de la mobilité articulaire. MK1 insiste même sur l'utilité de l'activité physique pour le sommeil ou encore pour le système digestif des personnes âgées.

➤ **Préserver l'autonomie :**

Tous les professionnels interrogés déclarent utiliser l'activité physique notamment dans le but de maintenir ou d'améliorer l'autonomie des personnes âgées en EHPAD. MK4 insiste sur la sollicitation des personnes âgées « Plus on les sollicite, plus on conserve leur autonomie » (E4, L67-68).

➤ **Préserver la vie sociale des personnes âgées :**

MK1 déclare « qu'il y a beaucoup d'intérêts à faire de l'activité physique, en particulier pour récupérer des gestes fonctionnels, pour pouvoir participer à des activités, mais également pour avoir le moins de restrictions dans les activités sociales et familiales. » (E1, L87-L88).

MK2 et MK3 rappellent également cette notion dans leurs discours.

➤ **Préserver une bonne santé mentale :**

MK3 insiste sur le fait que l'activité physique est « valorisante pour eux, ils se sentent bien, ça leur fait du bien » et que cela leur « permet d'être valorisé dans leur estime de soi » (E3,L58-L60).

➤ **S'amuser tout en bougeant :**

MK3 affirme qu'« un des objectifs principaux c'est qu'ils bougent, qu'ils s'amuse, qu'ils passent un bon temps » (E3,L67-L68). L'aspect ludique des séances d'activité physique revient régulièrement dans les discours.

À tous ces objectifs donnés, plusieurs professionnels ont apporté des réponses complémentaires.

MK4 insiste sur les bienfaits d'une activité physique en groupe : « Quand on prend individuellement une personne en EHPAD, je trouve qu'on obtient beaucoup moins de choses que quand ils sont en groupe », ou encore « ils font beaucoup plus de choses qu'en individuel » (E4, L53-55).

MK7 insiste quant à elle sur l'importance de réaliser une activité physique pour la personne âgée notamment pour « diminuer le risque de chute » (E7, L61).

5.4. Les modalités de l'activité physique selon les professionnels interrogés :

Les modalités sont variables selon les professionnels.

MK1 intervient en tant que salariée dans deux EHPAD différents : un EHPAD dit conventionnel mais très moderne et un autre EHPAD appartenant au Diocèse mis à disposition des religieuses dans un bâtiment beaucoup plus ancien. Elle réalise des séances individuelles dans les deux établissements. Elle « avait comme projet de monter des groupes d'activité physique mais c'est déjà fait par d'autres intervenants dans les deux structures » (E1, L97-99). Elle prend en charge ses patients une à deux fois par semaine, sur une durée de quinze à trente minutes, en fonction du patient et de sa pathologie. Elle inclut l'activité physique dans ses prises en charge individuelles. Dans le premier EHPAD, les animatrices réalisent des groupes de gym douce une fois par semaine. Dans l'autre structure, c'est l'association Siel Bleu qui intervient deux fois par semaine pour réaliser des cours de gym. Ce sont des enseignants en activité

physique adaptée (APA) qui réalisent ces séances. Elle accorde beaucoup d'importance à expliquer aux patients les bienfaits d'une activité physique régulière comme la marche.

MK2 exerce en cabinet libéral, et intervient dans un EHPAD quatre matinées par semaine. Pour mettre en pratique l'activité physique sur le terrain, MK2 accorde beaucoup d'importance à « expliquer les consignes, à expliquer à quoi cela va leur servir sur le court et le long terme » (E2, L92). Ces activités sont réalisées avec « des consignes courtes, des exercices pas trop longs, pas trop répétitifs, tout en essayant de varier au maximum » les exercices proposés (E2, L94-L95). Elle réalise des séances individuelles, par manque de moyens. La structure ne lui permet pas de faire des groupes. L'animatrice de la structure intervient dans le cadre de groupes de gym douce. Aucun autre professionnel n'intervient dans cette structure pour l'activité physique. MK2 insiste sur l'importance de savoir s'adapter à cette population en tant que kinésithérapeute.

MK3 exerce en tant que salariée en EHPAD. Elle encadre deux groupes de gym de différents niveaux, à raison d'une séance par semaine qui dure entre trente et quarante-cinq minutes. Elle mélange du travail d'équilibre et beaucoup d'entretien musculaire. Le premier groupe comporte environ dix résidents relativement autonomes, et le deuxième groupe comporte quatre résidents moins autonomes. Elle accorde une importance particulière au fait de réaliser des groupes à petits effectifs, permettant ainsi d'« être plus présente et plus stimulante » avec ses patients (E3, L90). Dans sa structure, en plus des séances d'activité physique faites par le kinésithérapeute salarié, un enseignant en APA de l'association Siel Bleu propose une séance de groupe chaque semaine, durant environ une heure.

MK4 exerce en tant que salariée dans deux EHPAD dans la région nantaise. Elle encadre des groupes de gym dans ces deux structures au moins une fois par semaine. Elle travaille en collaboration avec l'animatrice pour différentes raisons : « pour essayer d'avoir un maximum de personnes » et aussi parce qu'« ensemble ça donnait des séances plus longues » (E4, L75-77). Elle intervient aussi dans une unité fermée appelée PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés). En ce qui concerne les effectifs, les groupes dans les secteurs classiques d'EHPAD sont d'environ huit à dix résidents pour deux professionnels, et au PASA six au maximum. En EHPAD les séances d'activité physique sont d'une heure environ. Au PASA, les séances sont de trente à quarante-cinq minutes. En ce qui concerne la séance, MK4 inclut « un petit échauffement sans matériel, et après surtout des activités ludiques » (E4, L101-L102).

MK5 exerce en tant que libéral et intervient dans un EHPAD. MK5 déclare avoir fait des groupes d'activité physique dans le passé, mais que « c'est hyper compliqué à mettre en place » (E5, L65). Il essaie malgré tout de faire ses prises en charge en groupe de trois résidents maximum après avoir évalué en individuel les capacités de chacun. Quand il réalise ces groupes, deux des trois résidents sont suffisamment autonomes, et le troisième est plus dépendant. MK5 travaille beaucoup en collaboration avec l'ergothérapeute. Un enseignant en APA intervenait avant la Covid-19, mais pas actuellement.

MK6 exerce en tant que libéral, et intervient dans trois EHPAD différents. Il réalise toutes ses séances en individuel, tout en intégrant l'activité physique « selon les objectifs fixés ». Il affirme ne pas faire de séance collective notamment pour « une question de sécurité » (E6, L82). Selon les EHPAD, il peut avoir accès ou non à une salle pour réaliser ces séances. Il déclare que la mise à disposition d'une salle pour ces séances rend les prises en charge « plus efficace », permettant « d'être dans un cadre de soin qui stimule le patient différemment » (E6, L78-79). Le nombre de séances varie selon les résidents, en général une à deux fois par semaine, voire trois fois au maximum. Dans les trois structures concernées, des cours de gym douces sont proposés par des enseignants en APA.

MK7 travaille en tant que salariée dans deux EHPAD du Pays de Retz. Deux moyens sont mis en place dans ces structures pour réaliser une activité physique : premièrement par des prises en charge individuelles réalisées au quotidien, et deuxièmement par des groupes d'activité physique réalisés une fois par semaine par la kinésithérapeute salariée et l'animatrice. MK7 intervient également au PASA de ces structures, travaillant également avec les AMP de la structure pour réaliser des groupes de gym. Au PASA le groupe est constitué de six personnes avec le contexte actuel (quatorze le reste du temps). L'activité physique dans cette unité est surtout orientée autour d'activités ludiques.

Dans les autres unités des EHPAD, les groupes d'activité physique durent une heure, à raison d'une fois par semaine. Les séances regroupent « la mobilité des membres inférieurs, la mobilité des membres supérieurs avec des jeux ludiques » (E7, L78-79), « un peu de travail d'équilibre en plus du travail musculaire et d'entretien articulaire » (E7, L81). MK7 réalise ses séances le plus souvent en station assise.

Il n'y a pas d'autre professionnel qui intervient pour l'activité physique, mais c'est en discussion dans ces structures pour faire intervenir l'association Siel Bleu.

MK7 insiste sur l'importance de « donner à l'activité physique un côté amusant, leur donner le sourire c'est tout aussi important » (E7, L103-L104).

5.5. Les freins rencontrés par les professionnels lors de la mise en œuvre d'activité physique en établissements pour personnes âgées :

Chaque professionnel est confronté à différents freins en EHPAD :

➤ Les freins liés à la structure :

L'organisation générale des structures :

Un des freins cités par le professionnel MK1 est « le fait qu'il y ait déjà des choses de mises en place » par d'autres professionnels (E1, L138). En effet, le projet qu'elle avait de mettre en place un groupe d'activité physique n'a pas pu aboutir, étant donné que d'autres activités étaient déjà proposées dans les établissements concernés.

Pour MK2 et MK4, la difficulté à pérenniser les équipes de soin dans les EHPAD rend l'organisation des séances plus compliquée. MK4 insiste sur le manque de personnel MK salarié en gériatrie, rendant plus difficile la sollicitation quotidienne des personnes âgées.

Les difficultés à obtenir du matériel :

MK1 déclare qu'en tant que kinésithérapeute intervenant en EHPAD « on peut manquer de matériel » (E1, L147). MK6 confirme cette donnée en déclarant « sinon dans les difficultés c'est le manque de moyens qui ne nous permet pas de faire des séances convenables » (E6, L136-L137).

➤ Les freins liés à l'exercice du kinésithérapeute :

L'organisation professionnelle :

MK1, MK2, MK3, MK6 insistent également sur la notion d'organisation qui peut limiter ou rendre difficile la mise en place d'exercices physiques en EHPAD. En effet MK1 affirme que le « temps » est un frein dans son exercice. Comme elle le dit : « le temps en libéral est limité » et « l'investissement et le temps de mise en place de ces activités, il faut organiser, avoir des idées... » (E1, L157-L160).

MK2 déclare que l'activité physique est « réalisable mais c'est vrai que ce n'est pas facile en professionnel libéral, le timing va nous freiner beaucoup » (E2, L155-156).

MK3 déclare que l'organisation peut être compliquée en effet, en particulier une perte de temps notable dans les transferts pour aller en salle de kinésithérapie.

MK6 affirme également qu'un des freins en EHPAD est le « temps » (E6, L139), ne permettant pas d'optimiser les séances.

MK4 quant à elle affirme ne pas avoir beaucoup de freins, ni pour l'organisation, ni pour le matériel.

Le choix des groupes :

Comme le déclare MK1 : « il faut savoir cibler les patients qui peuvent venir à nos ateliers » (E1, L161). La constitution des groupes est tout aussi important à réfléchir pour MK1 afin de proposer des exercices adaptés aux situations des résidents.

Pour MK4, il est important de pouvoir changer régulièrement les groupes pour proposer des exercices physiques au plus grand nombre de personnes.

Pour MK5 l'homogénéité du groupe est un élément clé pour l'activité physique.

➤ Les freins liés à la personne âgée :

L'état général de la personne âgée :

Comme l'affirme MK2 : « Il faut qu'ils puissent faire physiquement les exercices » (E2, L141-142). En effet, l'état de santé général de la personne âgée et sa fatigabilité sont des points importants à prendre en considération pour les professionnels. MK2, MK3 et MK6 insistent effectivement sur l'importance de prendre en compte ces données avant de décider et d'adapter toute activité physique chez la personne âgée.

L'état cardio respiratoire de la personne âgée :

MK2 rappelle l'importance de faire attention à l'état cardio respiratoire de la personne âgée avant de proposer tout exercice physique.

L'état cognitif de la personne âgée :

Ce frein revient régulièrement dans les échanges. MK2 déclare que l'état cognitif des personnes âgées est très important : « si la personne ne comprend pas la consigne c'est concrètement inutile de mettre en place ces activités » (E2, L135-L136). Elle ajoute aussi que la mémoire peut aussi constituer un frein dans la mise en place d'activité physique.

MK3 déclare elle aussi que « les capacités cognitives de nos patients c'est important » (E3, L121-L122), cependant elle affirme que pour elle les troubles cognitifs ne sont pas gênants pour mettre en place de l'activité physique.

MK6 déclare également que le manque de compréhension des consignes par les patients peut être un frein pour les exercices physiques.

La motivation de la personne âgée :

Un frein qui revient plusieurs fois dans les échanges est la motivation et l'adhésion du patient âgé à l'activité physique.

En effet MK3 affirme que « les résidents peuvent être réfractaires au mouvement » (E3, L130) constituant ainsi une limite à l'exercice.

MK5 déclare également qu'un des freins rencontrés est « l'adhésion du patient » (E5, L124). Il insiste sur l'importance de bien expliquer les bienfaits de chaque exercice et de donner l'envie de bouger.

MK7 affirme même que, pour elle « le principal frein en EHPAD est la motivation du patient » (E7, L124). Elle insiste sur l'efficacité de faire l'exercice physique en groupe pour motiver les résidents.

5.6. L'apport du kinésithérapeute dans le maintien de l'autonomie des résidents :

Pour MK1, le maintien de l'autonomie des personnes âgées en EHPAD passe dans un premier temps par l'intervention régulière d'un kinésithérapeute. Lors de sa pratique, elle prend le temps de définir les objectifs avec les patients, leur famille et l'équipe soignante. Elle évalue l'état des personnes âgées et leurs capacités à l'instant T, afin d'objectiver ce qu'ils pourraient récupérer. Le maintien de l'autonomie passe, selon elle, par les différents exercices de kinésithérapie qui peuvent être mis en place avec le résident, par la répétition des exercices, par l'éducation du patient et par des explications adaptées au patient concerné. Elle précise également que le travail et la communication avec les équipes soignantes sont tout aussi importants, permettant ainsi de pérenniser ce qui est fait en séance. Elle déclare aussi accorder « beaucoup plus d'importance dans les gênes du quotidien que dans les mesures articulaires » (E1, L206-L207). Elle recherche le fonctionnel au maximum. L'éducation du patient et la reprise de confiance en soi sont aussi recherchées lors de ces séances. Pour finir, elle déclare que le

kinésithérapeute doit réaliser à la fois un travail physique auprès du sujet âgé, mais aussi un accompagnement moral pour les aider à prendre confiance en eux.

Selon MK2, le maintien de l'autonomie des personnes âgées en EHPAD peut être permis grâce à une sollicitation suffisante au quotidien. En effet, elle déclare : « Il faut en permanence solliciter les personnes âgées » (E2, L168-169). Elle accorde beaucoup d'importance à la communication avec les personnes âgées, comme elle le dit « être positif est très important » (E2, L169). La communication avec l'équipe soignante semble être également un élément clé dans le maintien de l'autonomie selon cette professionnelle. La sollicitation à la marche, le travail de l'habillage, des transferts seront des éléments clés pour le maintien de l'autonomie des personnes âgées. Elle ajoute que l'autonomie permet aussi de maintenir le lien social.

MK3 déclare qu' « absolument tout ce que je fais sert à maintenir l'autonomie des résidents », que ce soit les « mobilisations, le travail des transferts, les retournements, tout le maintien des déplacements, tout le maintien de la mobilité, habillage, tout ce qui est confort ou encore la diminution de la douleur » (E3, L145-151). Un de ses objectifs principaux au quotidien est le maintien des déplacements, de la marche et de l'équilibre afin d'autonomiser les personnes âgées résidant en EHPAD.

MK4 travaille beaucoup en collaboration avec les aides-soignantes afin de solliciter au maximum les personnes âgées dans leurs déplacements quotidiens au sein de la structure. Dans les deux EHPAD où elle intervient, les ergothérapeutes travaillent beaucoup sur l'autonomie quotidienne de l'habillage. MK4 cherche à surtout maintenir l'autonomie des déplacements des résidents.

MK5 insiste sur l'importance en tant que kinésithérapeute de motiver les personnes âgées à réaliser des exercices physiques régulièrement, afin d'utiliser ensuite ces mouvements et ces gestes dans son quotidien. Il associe également le travail des transferts et des mobilités dans ses prises en charge.

MK6 accorde beaucoup d'importance à l'échange. En effet, MK6 affirme que souvent en tant que kinésithérapeute libéral, le temps pris pour échanger avec l'équipe soignante est moindre. Comme MK6 l'affirme « dès qu'on a la possibilité, qu'on a réussi à avoir une amélioration, un maintien d'une aptitude, c'est faire en sorte qu'elle soit stimulée » (E6,L151-

153), et pour cela il faut donner les informations utiles à l'équipe quotidiennement. Il sera ensuite essentiel de maintenir le plus d'autonomie debout.

MK7 tente le plus possible dans sa pratique d'ancrer les personnes âgées dans leurs activités physiques, de les inciter le plus possible à réaliser des exercices ainsi qu'à marcher. Le travail en équipe est également essentiel, en intégrant les équipes pluridisciplinaires mais également les aidants ou la famille.

6. Discussion :

6.1. Les limites et biais de l'étude :

Les objectifs principaux de cette étude étaient de collecter et d'analyser les points de vue d'un certain nombre de kinésithérapeutes sur l'activité physique en EHPAD et la place du kinésithérapeute dans ces structures. Cette étude qualitative a été réalisée à l'aide d'entretiens semi-directifs, afin d'avoir des réponses plus ouvertes sur le sujet. Cependant, comme toute méthodologie, des biais peuvent apparaître lors de sa réalisation (45).

La population choisie a été celle des kinésithérapeutes travaillant soit en tant que libéral intervenant en EHPAD soit des kinésithérapeutes salariés d'EHPAD.

Le sujet porte spécifiquement sur l'activité physique des personnes âgées domiciliées en EHPAD, sans délimiter l'étude à une pathologie en particulier. C'est pour cela que les kinésithérapeutes travaillant à l'hôpital n'ont pas été sollicités dans cette étude.

Pour réaliser cette étude dans le cadre de l'Unité d'Enseignement 28, l'effectif des professionnels interrogés se limite à sept interlocuteurs. Les résultats obtenus ne sont que peu représentatifs de la population des kinésithérapeutes intervenant en EHPAD mais constituent un état des lieux des pratiques professionnelles. Si des conclusions formelles ne peuvent pas être prononcées, nous avons pu approfondir certains points en les confrontant à la littérature sur cette thématique.

Concernant la méthodologie choisie, les questions ont été définies à partir d'hypothèses, réduisant ainsi la thématique sur un sujet bien délimité (46). En effet les hypothèses, définies à partir d'une lecture de la littérature et de l'expérience vécue en formation, peuvent réduire le champ d'exploration du thème. Néanmoins pour réaliser une étude pertinente, il est important de définir un cadre (45).

Le guide d'entretien associe à la fois des questions ouvertes et des questions plus fermées, afin de laisser le professionnel répondre librement. Les questions semblaient assez claires et explicites pour que toute personne puisse y répondre. Afin de réduire le biais inductif du guide d'entretien, il a été décidé de le faire relire par deux kinésithérapeutes extérieurs au mémoire pour vérifier la formulation des questions. La réalisation d'un entretien exploratoire préalable aurait permis de s'entraîner avant même de commencer l'étude, mais cela n'a pas été réalisé par manque de réponses des professionnels.

Les entretiens ont été réalisés en suivant strictement le guide d'entretien, ce qui pouvait limiter l'échange en le rendant moins spontané. Cependant l'ensemble des interviews ont été fluides et se sont bien déroulés. Un temps d'échange après l'entretien a également permis de parler plus librement sur des retours d'expériences, rendant encore plus intéressante la communication avec les professionnels.

Nous avons pu identifier un autre biais dans la méthodologie du guide d'entretien. En effet, nous avons observé à travers ces enquêtes que certaines questions manquaient de clarté pour certains professionnels en particulier la question six. En effet pour finir l'entretien, il a été décidé de poser une sixième question, ouverte et libre afin que les professionnels puissent développer leurs propos comme ils le souhaitaient. Cette dernière question a été plus ou moins comprise. Dans plusieurs entretiens, les interviewés ont eu besoin que la question soit posée une seconde fois. Malheureusement pour éviter tout biais, la question n'a pas été reformulée. D'autres questions auraient pu être posées lors des entretiens notamment sur leur définition d'une activité physique, ou encore sur le type d'ordonnances d'activité physique qu'ils peuvent avoir en pratique.

Pour finir, le manque d'expérience de l'enquêteur a pu également constituer un biais dans l'étude. Il a été difficile lors des entretiens de ne pas reformuler les questions, malgré l'envie d'intervenir dans l'échange.

Il a été également nécessaire d'apprendre à récolter les informations utiles, à analyser et à retranscrire les faits sans juger ni catégoriser les données. L'ensemble des biais identifiés et des difficultés rencontrées dans cette étude ont permis d'appréhender et réajuster la méthodologie d'un entretien pour une future recherche.

6.2. Discussion de l'étude :

Dans cette partie, nous allons répondre à notre question de recherche, en confirmant ou en réfutant les hypothèses que nous avons définies, tout en les confrontant à la littérature et à notre expérience en formation.

6.2.1. Les connaissances actuelles des professionnels interrogés :

Hypothèse 1 : Les masseurs-kinésithérapeutes connaissent les recommandations générales de la HAS concernant l'activité physique chez la personne âgée, ainsi que les modalités.

Hypothèse 2 : Les professionnels connaissent les types d'exercices recommandés mais n'appliquent pas leurs modalités exactes, particulièrement en ce qui concerne la fréquence et la durée des exercices.

Pour commencer notre étude, nous avons trouvé intéressant de partir des recommandations théoriques apportées par la Haute Autorité de Santé, pour ensuite comprendre l'utilisation ou non de ces données dans la pratique sur le terrain.

En France, une des missions de la HAS est d'élaborer des guides de bon usage des soins ou de réaliser les recommandations de bonnes pratiques destinées aux professionnels de santé. Pour rappel, des recommandations sont définies comme étant des « propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données » (48).

Au vu des réponses des interlocuteurs, nous pouvons infirmer ces deux premières hypothèses. En effet, la plupart des MK enquêtés ne connaissent pas les modalités exactes des recommandations de la HAS concernant l'activité physique chez la personne âgée. Tous les professionnels interrogés reconnaissent l'importance d'intégrer l'activité physique dans la prise en charge de la personne âgée, sans connaître les chiffres exacts évoqués par la HAS.

Un MK déclare avoir lu une infographie récente de l'OMS, évoquant un possible assouplissement de ces recommandations et reconnaissant que même les activités peu intenses vont être bénéfiques aux personnes âgées. Cette dernière donnée est intéressante à retenir.

Nous avons décidé pour cette étude de nous intéresser au contenu des recommandations de la HAS, instance de référence en France. Nous aurions également pu

poser la question en l'orientant sur les recommandations de l'OMS. En effet l'OMS fait partie des systèmes de recommandations à l'échelle mondiale et également en France (48). Entre ces deux instances, les modalités et les discours semblent quelque peu différents. Les recommandations de l'OMS semblent plus souples que celles de la HAS, avec des modalités moins cadrées, laissant ainsi le kinésithérapeute libre de son choix de thérapie. La HAS donne beaucoup plus de précisions, des modalités de temps, d'exercices à proposer, en rajoutant également du travail d'assouplissement (41). Le kinésithérapeute peut ainsi s'aider du tableau des recommandations de la HAS (41) tout en adaptant ces données à la personne âgée, en fonction notamment du nombre de séances prescrites par le médecin ou encore du choix d'organisation des séances.

Ce manque de connaissances relatives aux recommandations de la HAS concernant l'activité physique chez les personnes âgées peut être expliqué par différentes hypothèses :

- l'absence de formations complémentaires des interlocuteurs interrogés en gériatrie peut expliquer la non-connaissance des recommandations,
- ou encore le manque de preuves concernant les programmes d'activité physique à ce jour incite le kinésithérapeute à se baser plus sur sa propre expérience que sur les recommandations de la HAS,
- ou le manque de temps et la difficulté d'organisation en exercice libéral et salarié demande sans doute au kinésithérapeute de prioriser les lectures, n'incluant pas en première intention la gériatrie.

Dans leur guide de recommandations générales, la HAS déclare explicitement qu'il n'existe pas à ce jour de preuve scientifique d'efficacité d'un programme d'activité physique particulier (41).

La HAS propose cependant des programmes d'activité physique, comme le Programme Vivifrail, utilisé en Europe chez les personnes âgées pré-fragiles, fragiles ou en perte d'autonomie, ou encore le Programme « Life Style Integrated Functional Exercise » (LIFE) dans le cadre de la prévention des chutes chez la personne âgée (2). Les kinésithérapeutes peuvent donc s'aider ou du moins compléter leurs prises en charge avec ces programmes.

6.2.2. Les objectifs et les bénéfices attendus à l'utilisation de l'activité physique en établissements pour personnes âgées :

Dans la première partie, nous avons exploré les connaissances et l'utilisation des recommandations de la HAS par les kinésithérapeutes interrogés. Nous allons nous intéresser dans cette seconde partie à l'utilisation de l'activité physique qu'ont les kinésithérapeutes en EHPAD, et aux objectifs et bénéfices attendus à travers celle-ci.

Hypothèse 3 : L'activité physique est systématiquement intégrée dans la prise en charge des personnes âgées en EHPAD.

Cette hypothèse est partiellement confirmée par l'analyse de nos résultats. En effet, cinq des sept professionnels interrogés déclarent que l'activité physique doit être le plus possible intégrée dans la prise en charge des personnes âgées en EHPAD. Cependant la plupart d'entre eux nuancent le caractère « systématique » de cette intégration dans la prise en charge des personnes âgées. Un des sept professionnels déclare que l'activité physique est systématique dans toutes ses prises en charge. Un second MK déclare que l'activité physique n'est pas systématique, malheureusement notamment par manque de temps.

La première nuance apportée au terme « systématique » par trois des sept professionnels est l'importance de prendre en considération les problématiques de santé des personnes âgées et leur motivation pour construire une séance d'activité physique.

Dans leurs discours, trois professionnels déclarent utiliser l'activité physique selon les pathologies associées. Un des MK déclare ne pas l'utiliser avec les personnes âgées grabataires par exemple. Un des MK affirme que, pour lui, l'activité physique est systématique mais que cela dépend de la pathologie du patient ainsi que des particularités des bilans qu'il aura fait. Les capacités fonctionnelles du patient sont donc essentielles dans la mise en place d'exercice physique.

L'adaptation de l'activité physique à la pathologie est un point essentiel dans les recommandations de la HAS et de l'OMS (2)(42). Dans un de ses écrits, la HAS précise qu'il existe des contre-indications temporaires à l'activité physique en particulier pour des pathologies aiguës (affections inflammatoires, épisode récent d'exacerbation respiratoire, pathologies respiratoires non contrôlées...) (2).

Pour les pathologies chroniques, quelques points de vigilance sont à prendre en considération, en particulier avec les patients âgés atteints d'insuffisance cardiaque avec un risque de troubles du rythme élevé (2).

En plus de son guide de recommandations de bonnes pratiques, la HAS a publié un article mettant en évidence les bénéfices, les précautions ou encore les contre-indications de l'exercice physique en fonction des pathologies telles que l'obésité, le diabète, la BPCO, l'hypertension artérielle, l'accident vasculaire cérébral (AVC), ou encore l'insuffisance cardiaque chronique (49).

Pour compléter, l'OMS déclare que « les recommandations peuvent s'appliquer aux personnes âgées qui présentent une incapacité, toutefois elles devront peut-être être adaptées à chaque individu en fonction de son aptitude à l'exercice et des risques ou restrictions spécifiques liés à sa santé » (3).

Évidemment, outre les pathologies fonctionnelles, les troubles cognitifs seront importants à appréhender dans la mise en place d'exercice physique avec le patient. Ces troubles seront évoqués plus loin dans la discussion.

En tant que kinésithérapeute, il est essentiel de prendre en compte les pathologies, les incapacités associées chez la personne âgée avant de mettre en place des exercices physiques.

La deuxième nuance apportée par un des professionnels interrogés est l'importance de réaliser des bilans adaptés pour déterminer au mieux les modalités de l'activité physique chez la personne âgée. En effet, un des MK déclare accorder beaucoup d'importance aux bilans gériatriques tels que le Times up and go Test, le Tinetti ou le test des 6 minutes, avant d'initier ses prises en charge.

L'Ordre des Kinésithérapeutes a publié un texte sur un des tests utilisables par les MK pour évaluer les capacités du patient et adapter leurs prises en charge (50). Huit tests ou outils y sont proposés pour évaluer un patient avant la mise en œuvre d'exercices physiques :

- 1^{er} test : une évaluation neuro musculaire et fonctionnelle,
- 2^{er} test : l'échelle de Borg,
- 3^{ème} test : le test de marche des 6 minutes,
- 4^{ème} test : le test d'équilibre unipodal (One Leg Balance),
- 5^{ème} test : le Time Up And Go Test,

S'ajoutent également :

- le questionnaire IPAQ (International Physical Activity Questionary), une évaluation du niveau de motivation,
- l'échelle de Piper, concernant la motivation et la fatigue ressenties par le patient à un instant T.

Tous ces outils sont à la disposition du MK pour évaluer au mieux les capacités des patients avant la mise en place d'un exercice physique mais aussi pour suivre leur progression dans le temps. Ils peuvent également s'ajouter aux bilans gériatriques pour évaluer le risque de chute ou encore la fragilité de la personne âgée (22)(25). En plus de ces tests, il est important de vérifier les capacités cardiaques du patient. La mise en place d'activité physique d'intensité modérée ou intense nécessite une consultation médicale pour évaluer les capacités cardiovasculaires du patient (41).

Un point supplémentaire est apporté par l'un des professionnels : l'importance de l'ordonnance associée aux soins et plus particulièrement l'intégration ou non de l'activité physique dans la prescription médicale. Un des MK déclare que, dans sa pratique, l'activité physique est systématiquement intégrée à la prise en charge des personnes âgées en EHPAD, mais que cela va dépendre des ordonnances qui lui seront communiquées.

En effet, d'après l'article L4321-1 du Code de Santé Publique, le kinésithérapeute dans un but thérapeutique « pratique son art sur prescription médicale », ce qui implique que la mise en place d'activité physique à proprement parler doit être sur prescription médicale (51).

Nous nous sommes intéressés ensuite aux conditions de mise en place d'activité physique en masso-kinésithérapie. Plusieurs types de prise en charge sont possibles avec un masseur-kinésithérapeute (*figure 6*). Nous avons pu construire la figure 6 en reprenant les données récoltées dans la littérature (50).

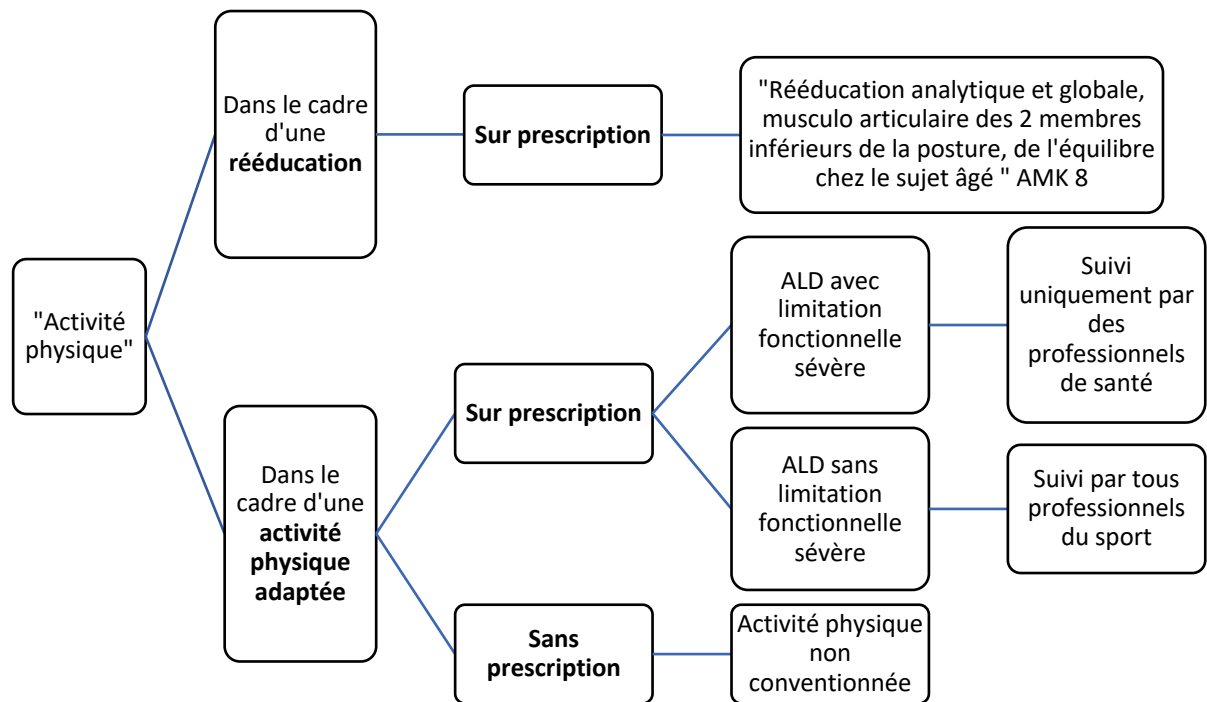


Figure 6 : Synthèse des différentes prises en charge d'activité physique par un masseur-kinésithérapeute (CNOKM, 2016)

Depuis le 1^{ER} mars 2017, les médecins sont autorisés à prescrire de l'Activité Physique Adaptée « *comme thérapie non médicamenteuse* » (52). Pour rappel, une activité physique adaptée (APA) est défini, par l'article D.1172-1, par « la 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 » (52). D'après le décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016, seules les personnes ayant une Affection de Longue Durée (ALD) peuvent bénéficier d'activité physique sur prescription (52). Parmi ces ALD fixées par le décret, nous retrouvons notamment les AVC invalidants, les différentes démences (Alzheimer, Parkinson ou autres), les insuffisances cardiaques, le diabète ou encore les paraplégies. Avant de prescrire une activité physique adaptée, le médecin traitant doit différencier (50)(52):

- les patients avec une ALD présentant des limitations fonctionnelles sévères, qui devront être suivis uniquement par des professionnels de santé (kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou psychomotriciens),
- et les patients présentant une ALD sans limitation fonctionnelle sévère, qui pourront être suivis par tous les professionnels du sport (kinésithérapeutes, licences STAPS APA,

brevets d'État BPJPEPS, titres et diplômes nationaux et ceux délivrés par les fédérations sportives avec une formation APA).

Dans les deux cas, le kinésithérapeute a un rôle important dans la prise en charge des patients atteints d'une ALD. Pour ces patients, le kinésithérapeute est donc autorisé à réaliser des séances d'activité physique en individuel, dans un cadre rééducatif ou de prévention.

Autre cadre possible d'intervention des kinésithérapeutes en EHPAD : la mise en place de groupes d'activité physique (activité en collectif) avec des modalités différentes des séances rééducatives individuelles.

Dans les décrets de compétences des kinésithérapeutes, et selon l'annexe I-1 (article 212-1) du Code du Sport, ce dernier peut mettre en place une activité physique adaptée dans le cadre « d'une pratique de la gymnastique hygiénique d'entretien ou préventive dans les établissements d'activité physique et sportive » (53), sans prescription médicale. Dans ce cas, les honoraires sont libres et non remboursés par la sécurité sociale.

Avant de mettre en place des groupes d'activité physique, le kinésithérapeute diplômé devra s'être déclaré au service départemental de la Jeunesse et des Sports.

Un kinésithérapeute libéral peut proposer ses services dans des structures comme les EHPAD pour mettre en place un groupe d'activité physique, dans un objectif de prévention collectif et ce dans un cadre réglementaire. Les questions d'honoraires et de cotations relatives à l'exercice libéral seront développées plus loin dans la discussion.

L'activité physique des personnes âgées en EHPAD peut être réalisée en cabinet ou en structure, soit dans un objectif thérapeutique ou rééducatif, soit dans un objectif d'entretien ou de prévention, sur prescription médicale ou non.

Hypothèse 4 : En plus de l'aspect purement fonctionnel, l'activité physique est utilisée également pour favoriser le maintien des capacités cognitives et la sociabilisation.

Cette quatrième hypothèse est confirmée pour la plupart des professionnels interrogés. Lors de l'écriture du guide d'entretien, nous trouvons intéressant d'explorer les bénéfices attendus de chaque professionnel dans l'activité physique des personnes âgées.

Pour la plupart des professionnels, l'objectif principal est le maintien de l'autonomie de la personne âgée dans les transferts, et les activités de vie quotidienne. La HAS affirme que

l'activité physique « est un déterminant majeur de l'état de santé, de la condition physique, du maintien de l'autonomie et de la qualité de vie » (2).

Quatre des sept professionnels interrogés ont précisé que l'activité physique permet d'améliorer ou de maintenir les capacités fonctionnelles des personnes âgées mais également d'entretenir les systèmes cardio-vasculaires et articulaires. Tous ces bienfaits physiques sont effectivement mis en avant dans le guide de promotion de l'activité physique de la HAS (2).

Un des professionnels interrogés apporte également une autre donnée intéressante. Elle inclut l'utilisation d'activité physique dans la prévention du risque de chute et dans le travail d'équilibre. Selon elle, l'activité physique permet de diminuer le risque de chute, étant une des problématiques chez les personnes âgées. En effet, d'après la revue de la littérature de Cochrane sortie en 2019, l'activité physique intégrant différents types d'exercices (d'équilibre, de renforcement musculaire, de marche) permet de réduire le risque de chute chez les personnes âgées (54). Cette même étude ne détaille cependant pas le type de programme permettant de réduire significativement ce risque de chute.

En plus de l'aspect fonctionnel, notre hypothèse accordait une importance à la notion de sociabilisation et de bénéfices cognitifs. Ces bénéfices potentiels sont avancés par trois professionnels sur les sept de notre enquête.

Selon un des MK interrogés, un de ses objectifs principaux est que les personnes « s'amuse, qu'ils passent un bon moment, qu'ils puissent accéder à d'autres activités » (E3, L56-L61). Elle reprend également cette notion dans sa phrase « Quand ils sont en groupe, ils sont bien stimulés, ils rigolent ensemble, il y a des échanges » (E3, L71-L72). Elle semble accorder beaucoup d'intérêt à réaliser de l'activité physique en groupe afin de garder du lien entre les personnes âgées au sein d'un EHPAD. La notion de « jeux » revient à plusieurs reprises dans les échanges avec les professionnels. Deux des MK affirment que les personnes âgées font beaucoup plus de choses en groupe qu'en individuel. Ils semblent accorder de l'importance au ressenti de la personne âgée lors de ce type de séances : les groupes d'exercice physique apporteraient à cette population de la confiance et de l'estime de soi.

Parmi ces sept professionnels interrogés qu'ils soient libéraux ou salariés d'EHPAD, nous pouvons nous rendre compte que leurs objectifs dans la mise en place d'activité physique sont similaires. Chaque professionnel accorde plus ou moins d'importance à certains aspects, mais

l'objectif final est que la personne âgée garde son autonomie à la marche et les liens avec les résidents de l'EHPAD.

6.2.3. Les modalités de l'activité physique selon les professionnels interrogés :

Nous avons pu confirmer l'utilisation de l'activité physique en EHPAD dans la partie précédente. Nous allons dans cette partie explorer les modalités de l'activité physique réalisée par les professionnels interrogés, de façon à répondre à la question suivante : comment les masseurs-kinésithérapeutes mettent en place en EHPAD une séance d'activité physique ?

Hypothèse 5 : Les modalités restent variables en fonction du kinésithérapeute et du patient.

Cette cinquième hypothèse est confirmée par l'analyse de nos résultats. En effet, chaque professionnel affirme réaliser les séances en fonction de la structure, du patient et de ses propres choix de thérapie.

Trois des MK interrogés réalisent des séances individuelles, de trente minutes, à raison d'une à deux fois par semaine. Dans leur séance, ils intègrent de l'activité physique. Une des MK déclare qu'il est essentiel dans une prise en charge d'expliquer les consignes et les raisons de tel ou tel exercice sur le court et long terme. La motivation des patients est d'après ce MK un point clé dans ses séances. Les autres professionnels réalisent quant à eux à la fois des séances individuelles et des séances collectives.

À travers leurs discours, les professionnels apportent des indications sur le type d'exercices qu'ils proposent, la durée de leurs séances ou encore comment ils amènent l'exercice physique dans leur prise en charge avec la personne âgée. Nous nous rendons compte que chaque professionnel propose des choses différentes, en adaptant à l'instant T la prise en charge en fonction du patient et de la situation.

Cette notion de libre choix des thérapies est inscrite dans l'article R.4321-56 du Code de Santé publique (CSP), le « masseur-kinésithérapeute ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelques formes que ce soit » (34). Cet article énonce l'indépendance du kinésithérapeute dans l'art de son exercice. En effet le kinésithérapeute selon les lois, est indépendant et libre des choix de thérapie qu'il propose à son patient, dans la limite de l'article 4321-80 du Code de Santé Publique (34). Il doit proposer une thérapie répondant aux données scientifiques actuelles. Le patient est au centre de la prise en charge, et oblige au

kinésithérapeute de s'adapter à ses capacités physiques et cognitives, à sa pathologie, et à son histoire de vie.

Nous avons trouvé pertinent de nous intéresser aux collaborations possibles du kinésithérapeute en EHPAD dans le cadre de la prise en charge de l'activité physique des personnes âgées.

L'ensemble des interlocuteurs accordent une place importante à l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD pour accompagner au mieux le suivi du patient. Des documents rédigés par la HAS concernant la qualité de vie des résidents en EHPAD, insistent sur l'importance d'un suivi pluri professionnel pour ces patients (55).

Pour deux des MK, l'activité physique est réalisée avec des Aides Médico-Psychologiques (AMP) dans les PASA. Trois des MK déclarent que l'animatrice participe aux groupes avec le MK en réalisant seule des séances en complément.

Dans certaines structures, d'autres intervenants peuvent également contribuer à la réalisation d'activité physique régulière, en particulier les enseignants en activité physique adaptée. Quatre professionnels déclarent que l'association Siel Bleu propose des séances d'exercice physique dans les structures où ils interviennent.

Nous nous rendons compte que les modalités d'activité physique sont fonction du kinésithérapeute, du patient mais également de l'établissement concerné. Les intervenants, les animations proposées, ou encore les moyens mis à disposition du kinésithérapeute sont donc différents d'une structure à l'autre.

Comme l'affirme un des MK : « plus on les sollicite, plus on conserve leur autonomie » (E4, L67-L68). Le développement des associations comme Siel Bleu et la mise en place de séances d'activité physique en groupes ou en individuel par les kinésithérapeutes semblent des solutions retenues en EHPAD pour lutter contre la sédentarité et la perte d'autonomie des personnes âgées.

6.2.4. Les freins rencontrés à la mise en place d'activité physique en établissement selon les professionnels interrogés :

Les parties précédentes ont permis de mettre en avant les modalités et les objectifs espérés dans la mise en place d'activité physique en EHPAD. Pour continuer dans notre étude, nous allons nous intéresser aux freins rencontrés par les professionnels limitant la pratique en EHPAD.

Hypothèse 6 : Il existe des freins dans la pratique des kinésithérapeutes libéraux et salariés lors de l'utilisation de l'activité physique en EHPAD.

Cette hypothèse est confirmée par l'ensemble des professionnels interrogés. À l'aide des réponses des interlocuteurs, nous avons pu mettre en évidence différents freins qui existent à la mise en place d'activité physique en EHPAD.

À travers les freins présentés, nous nous rendons compte que même si ces derniers peuvent être différents entre le statut libéral et salarié, ils sont quasiment toujours présents au sein d'une structure.

Nous citerons tout d'abord les freins matériels qui peuvent exister pour certains interlocuteurs. En effet deux MK libéraux déclarent manquer de matériel dans les prises en charges individuelles ou collectives dans certaines structures. Ce manque de matériel semble cependant moins présent pour les kinésithérapeutes salariés. En effet selon les trois MK salariés, ils n'ont pas ce manque de matériel en structure. Ces données semblent cohérentes, en fonction du statut, le kinésithérapeute peut avoir ou non accès au matériel nécessaire pour réaliser des séances pertinentes et variées.

En ce qui concerne plus précisément l'exercice libéral, les quatre professionnels libéraux déclarent que les freins résident également dans l'organisation libérale. En effet, comme un des MK l'affirme « la notion d'organisation est importante à prendre en compte » (E1, L155). Selon lui, pour réaliser des séances d'activité physique, il est nécessaire de s'investir, de préparer les séances en amont, d'avoir une salle à disposition pour dispenser ces séances et de savoir créer des groupes homogènes qui soient adaptés à chacun. C'est un temps non négligeable à prévoir sur le planning pour construire au mieux ce type de projet en tant que libéral.

Il est également important de s'intéresser à la nomenclature des soins kinésithérapiques concernant l'activité physique chez la personne âgée. Une fois l'entretien terminé, un des MK a précisé que l'absence de cotation dans les soins libéraux pour la pratique d'activité physique en groupe freine la mise en place de celle-ci selon elle.

En effet, à la différence des kinésithérapeutes salariés rémunérés directement par la structure, le kinésithérapeute libéral ne dispose pas de cotation propre à l'activité physique en groupe. Malgré les recommandations d'une activité physique régulière de la personne âgée et le rôle

central du kinésithérapeute dans le maintien de l'autonomie de cette population, il est intéressant de se rendre compte que l'activité physique dispensée sur ordonnance n'a pas de cotation pour les kinésithérapeutes libéraux.

Précédemment, nous avons évoqué la question de la prescription d'activité physique adaptée par les médecins traitants et la pratique d'activité physique possible par les kinésithérapeutes sans ordonnance. Le kinésithérapeute peut dispenser des séances d'activité physique adaptée légalement en posant ses honoraires, sans remboursement. Cette notion peut être considérée comme un frein à la mise en place d'activité physique.

Pour finir, nous pouvons également évoquer les limites à la prescription d'ordonnances des médecins traitants, autorisée depuis 2017. En effet, nous savons que des ordonnances de prises en charge kinésithérapiques peuvent être prescrites pour des patients présentant une ALD, mais en pratique cela est-il vraiment réalisé ? D'après l'état des lieux réalisé en 2019 par l'ONAPS, le dispositif d'activité physique adaptée aurait des difficultés à se déployer sur le territoire, étant confronté à de nombreux freins (56). Parmi ces freins, cette étude cite la formation médicale sur ce sujet qui serait encore peu développée (56). Selon cette même étude, les paramédicaux comme les kinésithérapeutes sont peu représentés dans le dispositif, serait-ce à cause d'un manque d'informations délivrées aux professionnels médicaux et paramédicaux dans ce domaine ?

Les quatre MK libéraux affirment que le manque de temps au regard de l'organisation de soin dans les établissements est un frein supplémentaire. Les séances individuelles de kinésithérapie en libéral sont de trente minutes. Comme constaté en formation, cette durée de séance comprend le temps des transferts, de préparation du patient, réduisant d'autant le temps de soin effectif.

De nombreuses contraintes interfèrent dans la prise en charge de la personne âgée en EHPAD. Tout d'abord, deux MK citent, comme frein, l'état de santé du patient pour mettre en place de l'exercice physique.

Il est important de prendre en compte la fatigabilité, les troubles cognitifs, les capacités fonctionnelles, ou encore les capacités cardiaques du patient. Ensuite, pour trois MK, le niveau d'adhésion de la personne âgée à sa prise en charge peut être un facteur limitant. En effet, la personne âgée peut « être réfractaire » (E3, L128) au mouvement. Le rôle du kinésithérapeute en tant qu'éducateur (57), sera alors essentiel pour motiver le patient et le faire adhérer à la

proposition d'activité. Il faudra donc lui expliquer les bienfaits d'une activité physique, tout en leur proposant des exercices adaptés et progressifs afin de lui permettre le maintien d'une certaine autonomie.

Les capacités cognitives des personnes âgées sont plus ou moins citées par les professionnels. Un MK déclare que les déficits cognitifs peuvent être de réels freins à la mise en place d'exercice physique « si la personne ne comprend pas la consigne c'est concrètement inutile de mettre en place ces choses-là » (E2, L135-L136). Deux MK confirment cette difficulté, sans cependant la considérer comme un obstacle à la mise en place d'exercice physique. Et pour deux MK, les troubles cognitifs ne sont pas considérés comme limitant ce type d'activité.

Le manque de personnel en EHPAD est cité comme un frein par deux des sept interlocuteurs. En effet, nous savons qu'en France, le manque de personnel dans les structures hospitalières ou privées est au centre des problèmes de santé publique actuels. La demande augmente chaque année, mais l'offre reste inadaptée au regard des attentes des soignants, des personnes âgées et de leurs familles.

Quel que soit l'exercice, les kinésithérapeutes peuvent être plus ou moins soumis à des freins dans la mise en place d'activité physique, qu'ils soient en lien avec les patients accompagnés, avec la structure accueillante, ou avec les règles qui entourent la profession.

6.2.5. Le maintien de l'autonomie de la personne âgée :

Pour finir, nous voulions ouvrir aussi le sujet en nous intéressant plus globalement à l'apport du kinésithérapeute en EHPAD dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées.

Hypothèse 7 : Le maintien de l'autonomie passe par la prévention des chutes, la surveillance des aides techniques, la stimulation quotidienne des capacités de ces patients, ou encore par des conseils quotidiens d'exercices physiques.

Cette dernière hypothèse semble être confirmée par les professionnels interrogés. Sur le plan kinésithérapique, ils semblent orienter le plus possible leurs exercices vers la fonction et l'autonomie dans les gestes de vie quotidienne. Le maintien de l'autonomie nécessite également une éducation thérapeutique quotidienne des personnes âgées. En effet, en plus de l'ensemble des exercices que les professionnels interrogés mettent en place sur le plan analytique, le kinésithérapeute a un rôle de prévention et d'éducateur. Ces deux rôles sont

décrits par la compétence trois qui régit la profession : « Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage » (57). Expliquer les bienfaits d'une activité physique régulière, solliciter et stimuler le plus possible les personnes âgées sont des points essentiels qui ressortent dans plusieurs échanges.

Comme l'affirment certains professionnels, toute sollicitation est importante chez les personnes âgées, que ce soit à travers les animations ou l'activité physique. Dans plusieurs échanges, les professionnels décrivent la dégradation importante de l'état général des personnes âgées en EHPAD en lien avec la Covid-19 qui a mis en pause les animations et les groupes d'activité physique. Des études faites sur ce sujet ont appuyé ces données (58)(59).

Dans tous les échanges, le maintien de l'autonomie passe également par une communication pluridisciplinaire avec l'équipe soignante. Bien que les kinésithérapeutes libéraux ne soient pas reliés directement à la structure, la communication avec l'équipe sur la récupération des capacités ou encore l'adaptation des transferts ou des aides techniques de la personne âgée sont primordiales pour maintenir l'autonomie de cette population en EHPAD. Comme l'indiquent deux des MK, il est très important comme dans toutes structures hospitalières ou centres de rééducation de prendre le temps d'assurer la traçabilité des soins. En effet le kinésithérapeute doit « coopérer avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne » selon la compétence dix du code relatif à sa profession (57). Tout ce que le patient est capable de faire doit être optimisé dans le quotidien avec l'équipe soignante. Nous savons que dans la pratique, les kinésithérapeutes libéraux ne sont pas souvent sollicités pour assister aux réunions d'équipes au sein des EHPAD. Pour autant dans un objectif d'optimisation de la prise en charge des personnes âgées, il serait intéressant que le kinésithérapeute libéral soit autant intégré dans les réunions pluridisciplinaires que le kinésithérapeute salarié.

6.3. Perspectives professionnelles à venir :

Grâce à cette étude, nous avons pu faire émerger des constats et les confronter à la littérature. Il semble intéressant ensuite de proposer des perspectives professionnelles.

Compte tenu de l'absence de preuves d'efficacité des programmes d'activité physique à ce jour, il pourrait être intéressant de réaliser des études scientifiques portant sur les modalités d'un programme d'activité physique (fréquence par semaine, durée des exercices par séance, répétition d'exercice), sans pour autant aller vers des modalités standardisées de prises en

charge. Les kinésithérapeutes pourront de par leurs connaissances et les résultats des bilans initiaux adapter leurs prises en charge aux besoins du patient âgé en s'inspirant des modalités validées par ces études.

La promotion des formations en gériatrie ou encore la création d'une « spécificité gériatrique » en kinésithérapie comme peuvent être les rééducations périnéosphinctérienne ou respiratoire pourraient être également des pistes à développer.

Il paraît opportun de promouvoir l'exercice physique de groupe encadré par un kinésithérapeute auprès des structures d'hébergement pour personnes âgées ainsi qu'auprès des médecins prescripteurs.

Une réflexion peut être menée concernant les nouveaux outils de communication (internet, par des webinaires, des affichages papiers...) à la disposition du MK permettant de réaliser la promotion d'une activité physique régulière, en particulier dans le contexte de la Covid-19.

Pendant longtemps, le système de santé français a surtout mis l'accent sur la prise en charge curative. Aujourd'hui, cette orientation semble avoir montré certaines limites. L'accent est donc mis sur la promotion des comportements favorables à la santé (promotion anti-tabac, promotion de l'activité physique, vaccination...). Certes nous pouvons supposer que l'activité physique adaptée aux personnes âgées aura un coût certain, mais ne serait-il pas préférable de réaliser ces séances préventives en groupes plutôt que des prises en charge individuelles et curatives ?

Cette proposition permettrait sans doute de réduire à long terme le coût des prises en charge post-chute, des prises en charge de la fragilité ou encore d'éviter la saturation des structures hospitalières et des EHPAD dans les années à venir.

7. Conclusion :

Cette étude avait pour but de mettre en avant les connaissances des masseurs-kinésithérapeutes sur les recommandations de bonnes pratiques concernant l'activité physique et d'explorer leurs pratiques cliniques au sein des EHPAD. Nous avons pu nous rendre compte que l'activité physique est le plus souvent intégrée dans les prises en charge du sujet âgé, bien que de nombreux obstacles peuvent limiter son utilisation. Une coopération au sein des EHPAD

mais également avec les professionnels de santé extérieurs à la structure semble nécessaire pour une prise en charge de la personne âgée la plus efficiente possible.

Ce mémoire s'inscrit dans la continuité des deux domaines qui nous intéressent depuis le début de notre formation : la gériatrie et la santé publique. Dans notre étude, nous avons parcouru la littérature scientifique traitant de ce sujet de santé publique, tout en confrontant ces données à la pratique d'un certain nombre de kinésithérapeutes. Nous avons pu faire le lien entre le sujet abordé et l'aspect déontologique de la profession. La méthodologie retenue au travers d'entretiens nous a permis de nous enrichir et de développer notre communication avec des professionnels expérimentés.

Références bibliographiques :

1. Santé Publique France. Bien vieillir [Internet]. 2019. Disponible sur: santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir
2. HAS. Guide de promotion, consultation, et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. HAS; 2019.
3. OMS. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé : Activité physique. 2020.
4. Blanchet S, Chikhi S, Maltais. Bienfaits des activités physiques sur la santé cognitives et mentale dans le vieillissement normal et pathologique. Gériatrie Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement; 2018.
5. Vuillemin A. Bénéfices de l'activité physique sur la santé des personnes âgées. 2012;
6. INSEE. Tableaux de l'économie française : Évolution de la population. Collection INSEE Références; 2020.
7. INSEE. Tableaux de l'économie française : Population par âge. Collection INSEE Références; 2020.
8. INSEE. Tableaux de l'économie française. Collection INSEE Références; 2020.
9. HAS. Notice méthodologique : Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. 2015.
10. Grimbert V, Godot C. Vivre ensemble plus longtemps. Centre d'analyse stratégique; 2010.
11. OMS. Vieillissement et santé [Internet]. 2018. Disponible sur: who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
12. De Jaeger C. Physiologie du vieillissement. :1er janvier 2018.
13. Rowe J, Kahn R. Successful Aging. 1997;37.
14. OMS. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. 2015.
15. Ketata W, Rekik W., Ayadi H. Vieillissement de l'appareil respiratoire : modifications anatomiques et conséquences physiologiques. 2012;68.
16. Mialet-Perez J, Douin-Echinard V, Cussac D, Bril A. Vieillissement, une question de coeur ? 2015;
17. Deffond D. Troubles de la marche et chutes chez le sujet âgé. Société Française de

Rhumatologie. 2019;

18. Matsumura B., Ambrose A. Balance in the Elderly. 2006;(22).
19. Mancknoudia P, Mourey F, Tavernier-Vidal B, Pfitzenmeyer P. Syndrome de désadaptation psychomotrice. 2007;(28).
20. Dejardin P. Les chutes : guide pratique du vieillissement. Elsevier Masson. 2016;
21. Santé Publique France. Chute. Maladies et traumatismes : Chute. 2019.
22. HAS. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. 2009.
23. HAS. Réponse à la saisine du 3 juillet 2012 en application de l'article 53 de la loi du 21 juillet 2009 : Référentiel concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention. 2012.
24. HAS, CNPP. Le patient à risque de chute. 2020.
25. HAS. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? 2013.
26. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. IRDES; 2010 juin. Report No.: 547.
27. Service-public.fr. Allocations et aides aux personnes âgées [Internet]. Disponible sur: service-public.fr/particuliers/vosdroits/N392
28. INSEE Première. INSEE : 4 millions de séniors seraient en perte d'autonomie en 2050. juill 2019;(1767).
29. CNSA. Comment le GIR est-il déterminé ? 2020.
30. CNSA, Gouvernement français. Les différents établissements médicalisés : les EHPAD [Internet]. 2021. Disponible sur: pour-les-personnes-agees-gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad
31. Muller M. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 : premiers résultats de l'enquête EHPA 2015. DREES; 2015.
32. CNSA. Le kinésithérapeute [Internet]. 2020. Disponible sur: pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/le-kinesiherapeute
33. ONAPS. Définitions : activité physique, activité physique adaptée et sport. 2015.
34. Code de la Santé Publique : Partie législative. Legifrance; 2007.
35. HAS. Activité physique et sportive : un guide pour faciliter la prescription à tous les patients. 2019.

36. ANSES. Plus d'activité physique et moins de sédentarité pour une meilleure santé. 2020.
37. OMS. La sédentarité : un problème de santé publique mondial [Internet]. Disponible sur: who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/fr/
38. Rivière D, Ruffel L, Pillard F. Les bénéfices de l'activité physique chez les plus de 50 ans : Revue bibliographique. BEH. 25 août 2014;
39. Boiche J, Carré F, Fervers B, Freyssenet D, Gremy I. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques : synthèse et recommandations. INSERM; 2019.
40. HAS. La consultation médicale d'activité physique.
41. HAS. Prescription d'activité physique et sportive : les personnes âgées. 2019.
42. OMS. L'activité physique des personnes âgées : Recommandations chez les personnes âgées de 65 ans et plus. 2020.
43. INSERM. Activité physique : Contextes et effets sur la santé : Expertise collective. 2008.
44. De Ketele J-M, Roegiers X. Méthodologie du recueil d'informations : Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview, et d'étude de documents. 2015. (De Boeck Supérieur).
45. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Armand Colin. 2007.
46. Demoncy A. La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. 2016;32-7.
47. Paillé P, Mucchielli A. Analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 2016.
48. HAS. État des lieux : Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonnes pratiques. 2013.
49. HAS. Activité : Adapter la prescription à la situation du patient. nov 2019;
50. Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Notice de mise en œuvre de l'activité physique adaptée par les kinésithérapeutes. 2016.
51. Référentiel de la profession. Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes; 2013.
52. Décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. déc 31, 2016.
53. Code du Sport : Annexe II-1 (article A212-1) [Internet]. 2021. Disponible sur: legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043176795/
54. Sherrington C, Fairhall N, Wallbank G, Tiedermann A, Michaleff Z, Howard K, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community (Review). Cochrane Library;

2019.

55. ANESM. Synthèse : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Qualité de vie en EHPAD (volet 4): l'accompagnement personnalisé de la santé du résident. 2012.

56. Charles M, Larras B, Bigot J, Praznoczy C. L'activité physique sur prescription en France : État des lieux en 2019 : dynamiques innovantes et essor du sport sur ordonnance. 2019.

57. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de Masseur Kinésithérapeute. 0204 du 4 Septembre 2015 2015.

58. Nations-Unies. Note de synthèse : l'impact de la COVID-19 sur les personnes âgées. 2020.

59. Sizaret A. EHPAD et confinement : quels enseignements ? Dossier documentaire. ARS, IREPS; 2020.

Table des annexes :

- Annexe 1 : Tableau récapitulatif de l'activité physique chez la personne âgée publié par la HAS.....I
- Annexe 2 : Guide d'entretien.....II
- Annexe 3 : Tableau d'analyse des réponses des professionnels interrogés.....IV

Annexe 1 : Tableau récapitulatif de l'activité physique chez la personne âgée publié par la Haute Autorité de Santé (41) :

Prescription d'AP et sportive chez les personnes âgées (1, 3)

Type d'AP	Fréquence	Intensité	Durée	Exemples d'AP et sportive
AP de la vie quotidienne	Tous les jours	Intensité légère à modérée		Marcher, monter les escaliers, faire du jardinage, le ménage, etc.
Exercices en endurance	≥ 5 jours par semaine d'AP d'intensité modérée, ou ≥ 3 jours par semaine d'AP d'intensité élevée, ou ≥ 3-5 jours par semaine une combinaison d'AP d'intensité modérée à élevée	En intensité relative, - selon l'échelle de Borg modifié : 5-6/10 pour une intensité modérée et à 7-8/10 pour une intensité élevée - ou selon la valence affective	30 à 60 minutes par jour d'AP d'intensité modérée pour un volume total de 150-300 minutes par semaine ou 20 à 30 minutes par jour d'AP d'intensité élevée pour un volume total de 75-100 minutes par semaine ou une combinaison équivalente d'AP d'intensité modérée et élevée	Les modalités de l'exercice ne doivent pas imposer un stress excessif de l'appareil locomoteur La marche est une AP conseillée Les exercices aquatiques et sur vélo fixe sont conseillés chez ceux qui ont une tolérance limitée aux exercices en charge
Exercices en renforcement musculaire	≥ 2 fois par semaine (sessions non consécutives)	Intensité légère, pour commencer En fonction de la tolérance à l'exercice, progresser vers des intensités modérées, voire élevées ou alterner des intensités modérées et élevées	Progressivement 8-10 exercices impliquant les groupes musculaires majeurs avec pour chaque exercice 1 à 3 séries de 10 à 15 répétitions chacune	Chez les personnes très âgées, il faut travailler le renforcement musculaire avant l'endurance. Les programmes doivent être très progressifs en fonction de la tolérance à l'exercice Musculature, port de poids, etc. impliquant les groupes musculaires majeurs. L'utilisation de machines de levée de poids doit être sécurisée et les sessions initiales doivent être supervisées par des professionnels sensibilisés aux besoins et aux risques spécifiques de la personne âgée La montée ou descente des escaliers
Exercices en assouplissement	≥ 2 fois par semaine	Étirement jusqu'au point de tension ou de léger inconfort	Tenir l'étirement 30 à 60 secondes	Toutes les activités qui maintiennent ou augmentent la souplesse, utilisent des mouvements lents qui se terminent par des étirements pour chaque groupe musculaire majeur. Pour limiter les risques de blessures, utiliser de préférence des étirements statiques et éviter les mouvements balistiques rapides.
Exercices d'équilibre	Les exercices d'équilibre sont particulièrement indiqués pour les chuteurs ou les individus avec des limitations de mobilité. Ils sont efficaces sur la prévention des chutes s'ils sont réalisés au moins 2 ou 3 jours par semaine La pratique du tai-chi-chuan et les exercices d'équilibre statique ou dynamique, en groupe ou en individuel à domicile, réduisent le risque de chutes <ul style="list-style-type: none"> • Équilibre statique : réaliser des postures de difficulté croissante en réduisant graduellement les appuis (exemples : debout 2 pieds en parallèle [joints], position semi-tandem, position tandem [2 pieds l'un derrière l'autre] ou station unipodale) • Équilibre dynamique : mouvements dynamiques qui perturbent le centre de gravité (exemples : marcher en tandem, ou changer de direction, ou tourner en rond) • Agir sur les groupes musculaires posturaux (exemple : debout sur les talons ou sur les orteils), réduire les informations sensorielles (exemple : debout les yeux fermés), agir sur l'attention (double tâche : marcher en parlant) 			

Source : Prescription d'activité physique et sportive : les personnes âgées – HAS - 2019

Annexe 2 : Guide d'entretien :

Introduction : 5- 10 minutes.

Étudiante en 5^{ème} année à l'école de kinésithérapie de Saint Sébastien sur Loire, je vous ai sollicité afin de répondre à un entretien dans le cadre de mon mémoire de fin de cursus.

La thématique abordée est la place de l'activité physique dans la prise en charge des personnes âgées en EHPAD. Je cherche à confronter les recommandations officielles faites sur ce sujet et les pratiques cliniques réalisées sur le terrain.

En ce qui concerne le cadre temporel, j'estime un temps d'entretien de 20 à 30 minutes. Cinq grands thèmes seront abordés durant cet échange, à chaque fois une question générale et ouverte sera posée, et si nécessaire, d'autres questions plus fermées pourront être posées. Les questions ne pourront pas être modifiables, ou reformulées, pour éviter tous biais dans l'étude.

En ce qui concerne le cadre juridique, notre entretien sera enregistré puis retranscrit et anonymisé dans mon écrit final. Un document de consentement sera lu et signé.

Ma question de recherche est la suivante : : « Au vu des recommandations de la HAS concernant l'importance de l'activité physique chez les personnes âgées en EHPAD, comment le masseur-kinésithérapeute l'intègre-t-il à sa prise en charge, selon quelles modalités et quels en sont les freins ? »

Thèmes	Questions & sous questions	Hypothèses
1. Identification et présentation du professionnel	<p><u>Question principale 1</u> : Pouvez-vous vous présenter en tant que professionnel ?</p> <p><u>Sous questions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quel âge avez-vous ? - En quelle année avez-vous été diplômé ? - Quelle est votre expérience professionnelle en gériatrie ? - Depuis combien de temps exercez-vous dans votre structure actuelle ? et quelle expérience antérieure avez-vous ? - Intervenez-vous en tant que salarié ou en tant que libéral en EHPAD ? 	<p><i>Ces questions permettront de savoir dans quel contexte le professionnel intervient en EHPAD, et depuis combien de temps il exerce auprès des personnes âgées.</i></p>
2. Savoirs sur les recommandations et les études réalisées ces dernières années :	<p><u>Question principale 2</u> : Connaissez-vous les recommandations générales de la HAS et les études menées concernant l'activité physique chez la personne âgée ?</p> <p><u>Sous questions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaissez-vous les recommandations en termes de modalités de l'activité physique nécessaires pour obtenir des bénéfices chez la personne âgée ? - Connaissez-vous certains protocoles recommandés par la HAS ? - SI OUI : Trouvez-vous les recommandations suffisantes et précises pour cette pratique de l'activité physique ? 	<p><u>Hypothèse 1</u> : Les MK <u>connaissent</u> les recommandations générales de l'activité physique par la HAS chez la personne âgée, ainsi que les modalités.</p> <p><u>Hypothèse 2</u> : Les professionnels connaissent les types d'exercices recommandés mais n'appliquent pas leurs modalités exactes, particulièrement en ce qui concerne la fréquence et la durée des exercices.</p>

<p>3. Les objectifs et bénéfices attendus</p>	<p><u>Question principale 3</u> : Pourquoi inscrivez-vous l'activité physique dans vos prises en charge et est ce systématique ?</p> <p><u>Sous questions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelle est votre intention dans la sollicitation des personnes âgées à réaliser une activité physique ? 	<p><u>Hypothèse 3</u> : L'activité physique est systématiquement intégrée dans la prise en charge des personnes âgées en EHPAD</p> <p><u>Hypothèse 4</u> : En plus de l'aspect fonctionnel, l'activité physique est utilisée dans un but cognitif, de sociabilisation.</p>
<p>4. Modalités de l'activité physique en EHPAD</p>	<p><u>Question principale 4</u> : Comment mettez-vous en pratique les recommandations d'activité physique chez la personne âgée dans votre structure ?</p> <p><u>Sous questions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettez-vous en place des ateliers d'activité physique ? - OUI : Comment organisez-vous vos séances ? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuel / collectif ▪ Musique ▪ Temps / fréquence / environnement ▪ Effectifs - NON : Comment organisez-vous l'activité physique de la personne âgée en EHPAD? (PEC individuelle, promotion, conseils) - Dans les EHPAD où vous intervenez, travaillez-vous en collaboration avec d'autres professionnels ? - D'autres professionnels interviennent-ils pour l'activité physique des résidents ? - Quels moyens avez-vous à votre disposition pour la promotion et la réalisation d'activité physique ? 	<p><u>Hypothèse 5</u> : Les modalités restent variables en fonction du kinésithérapeute et du patient.</p>
<p>5. Les freins rencontrés lors de la mise en œuvre d'activité physique chez la personne âgée</p>	<p><u>Question principale 5</u> : Existent-t-il des freins à la mise en œuvre des exercices d'activité physique dans votre structure et quels sont-ils ?</p> <p><u>Sous questions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sont-ils d'ordre organisationnels, ou encore environnemental (lieu) ? 	<p><u>Hypothèse 6</u> : Il existe des freins dans la pratique des kinésithérapeutes libéraux et salariés lors de l'utilisation de l'activité physique en EHPAD.</p>
<p>6. Maintien de l'autonomie des résidents : les apports du kiné.</p>	<p><u>Question générale 6</u> : Hormis l'activité physique, que mettez-vous en œuvre au quotidien pour le maintien de l'autonomie des résidents ?</p>	<p><u>Hypothèse 6</u> : Le maintien de l'autonomie passe aussi par la prévention des chutes, la surveillance des aides techniques, la stimulation quotidienne des capacités de ces patients, ou encore par des conseils quotidiens d'exercice physique.</p>

Conclusion : L'entretien est terminé. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé. Je serais ravie de vous transmettre mon mémoire une fois fini. Selon les règles, je ne pourrai vous l'envoyer que durant l'été 2021 le temps qu'il soit indexé. Préférez-vous l'avoir en PDF ou papier ? Je vous remercie pour cet échange.

Annexe 3 : Tableau d'analyse des réponses des professionnels interrogés :

MK1 – MK2 – MK3 – MK4 – MK5 – MK6 – MK7

<u>Thèmes</u>	<u>Citations des professionnels :</u>
<p><u>Les savoirs sur les recommandations et les études réalisées ces dernières années :</u></p>	<p><u>MK1</u> : « Je ne suis peut-être pas à jour sur les dernières recommandations mais pour moi c'est évident que l'activité physique est recommandée pour tout le monde et notamment chez les séniors...j'ai vu passer une infographie sur les dernières recommandations de l'OMS sur l'activité physique, et cela mettait en évidence que l'activité physique était vraiment valable et pertinente.. mais que ces recommandations peuvent être assouplies et même les simples activités peu intenses vont être bénéfiques ». (E1, L50-L58) « Non je ne connais pas exactement les modalités des recommandations, j'ai vu cette infographie, mais pas de chiffre en tête ». (E1, L63-L64)</p> <p><u>MK2</u> : « Les recommandations oui, les études menées non. On sait très bien que l'activité physique est recommandée mais a beaucoup de freins. Il faut l'intégrer au maximum » (E2, L46 -L47). « En terme de modalité, non je ne les connais pas exactement ». (E2, L53) « Elles sont surement très précises mais pas toujours faciles de les mettre en application selon moi ». (E2, L58-L59)</p> <p><u>MK3</u> : « Non je ne les connais pas précisément, ni les modalités ». (E3, L50)</p> <p><u>MK4</u> : « Non je ne les connais pas. » (E4, L47)</p> <p><u>MK5</u> : « Non je ne les connais pas du tout. J'imagine un peu comme pour le réentraînement à l'effort cardio, on préconise au moins 30 minutes par semaine. » (E5, L38-L39)</p> <p><u>MK6</u> : « Non je ne pense pas avoir lu le document concernant les recommandations de la HAS. (...) Après sur ce que je fais en pratique je pense que ça doit ressembler à ce qu'ils préconisent, je fais des séances de 20 à 30 minutes en EHPAD, avec du travail d'équilibre individualisé, des exercices de marche, et possibilité de réathlétisation sur vélo ». (E6, L43-L48)</p>

	<p>MK7 : « Alors j'ai dû regarder je pense quand j'ai commencé à travailler mais je n'ai pas regardé tout dernièrement en tout cas. » (E7, L35-L36). « Mais après je dirais qu'il faut faire de l'activité physique, chez la personne âgée en particulier, tous les jours dans l'idéal, et au moins 15 minutes par jour. » (E7, L41-L42).</p>
<p>Les objectifs et les bénéfices attendus par l'activité physique :</p>	<p>MK1 : « Alors oui j'inclus toujours l'activité physique dans toutes mes PEC, c'est systématique, le plus possible même, (...) sauf évidemment les personnes âgées qui sont grabataires, qu'on mobilise pour une question de raideur. Mais sinon oui c'est systématique ». (E1, L77-L79). « Les objectifs vont être l'entretien cardiovasculaire, la mobilité, le fait de marcher aussi permet de limiter les risques d'ostéoporose, limiter les amyotrophies, mais aussi pour une bonne santé mentale et pour garder le plus d'autonomie possible. Il y a beaucoup d'intérêts à faire ça, pour récupérer des gestes fonctionnels, pour pouvoir participer à des activités, d'avoir le moins de restrictions dans les activités sociales et familiales, et d'un point de vue santé tout ce qui est cardiovasculaire, transit, sommeil, respiratoire... » (E1, L84-L90).</p> <p>MK2 : « On met en place l'activité physique dans certains cas, (...) dans certains cas où le patient est volontaire, on peut la mettre en place. On peut solliciter la personne chez qui on envisage qu'il y ait un bénéfice. Dans certains cas il n'y aura pas de bénéfice, comme notamment chez des patients dont les consignes ne sont pas comprises, on ne peut pas mettre en place de l'exercice physique. » (E2, L65-L69)</p> <p>« On la met en place dans tout ce qui est entretien cardio, entretien des mobilités notamment. (...) Ce n'est pas toujours facile de solliciter les personnes âgées à faire une activité physique régulière, on n'est souvent vu comme une contrainte. (...) C'est un peu à leur bon vouloir, mais ça ne va pas m'empêcher qu'à chaque séance de leur demander si ils ont bien fait leur exercice et leur répéter les choses. » (E2, L74-L80).</p> <p>« Je viens sur un rythme d'au moins deux fois par semaine, donc ils sont au moins stimulés deux fois par semaine. Il y a également au sein de la structure une activité gym qui est proposée ». (E2, L81-L82) « mais les personnes âgées ne sont pas toujours demandeuses de ces activités gym ». (E2, L85-L86)</p> <p>MK3 : « Systématique oui, dans le sens où je veux rendre la personne la plus autonome possible. Si elle est active uniquement pendant la séance, l'intérêt est minime, si elle n'est pas stimulée ou si cela ne lui sert pas au quotidien je ne vois pas l'intérêt. C'est valorisant pour eux ils se sentent bien, ils aiment bouger, ça leur fait du bien, permet de se détendre, de se débrouiller, d'être plus habile après, d'être valorisé dans leur estime de soi. Donc oui systématique selon moi. » (E3, L56-L61). « Un des objectifs principal à en fait c'est qu'ils bougent, qu'ils s'amuse, qu'ils passent un bon moment, qu'ils puissent accéder à d'autres activités » (E3, L67-L68), « Quand je fais de l'activité en groupe, ils sont bien stimulés, ils rigolent ensemble, il y a des échanges, il y a des interactions » (E3, L71-L72). « En ce qui concerne les bienfaits de l'activité physique, et bah tout. L'activité physique permet à tous les systèmes de mieux fonctionner, tous les systèmes musculaires, osseux, articulaires, vasculaires, cela agit sur tout. » (E3, L72-L74).</p>

MK4 : « Quand on prend individuellement une personne en SSR ou en EHPAD, je trouve qu'on obtient beaucoup moins de choses que quand ils sont en groupe. Et de leur faire faire de la gymnastique, quelque chose de ludique, ils font beaucoup plus de choses qu'en individuel. » (E4, L54-L56).

« Et puis avant tout conserver l'autonomie qu'ils ont, d'être ensemble de voir les autres faire des choses, certains arrivent à faire des choses qu'ils ne pensaient pas pouvoir faire. Le travail en groupe pour moi est très intéressant en EHPAD ». (E4, L62-L65). « Plus on les sollicite plus on conserve leur autonomie. » (E4, L67-L68).

MK5 : « Cela va plus dépendre des ordonnances, je fais mes prises en charge en fonction des ordonnances, quand j'ai des ordonnances larges type rééducation à la marche, réentraînement je vais me axer directement sur ce genre de pratique, avec réentraînement à l'effort, en groupe ou en individuel. » (E5, L45-L48).

« L'objectif est d'éviter la grabatisation, qu'ils retrouvent leur autonomie. En fait on utilise l'activité physique pour utiliser un peu le jeu et leur faire faire des choses qu'ils pourront utiliser dans la vie quotidienne ». (E5, L55-L57).

MK6 : « Alors elle est systématique oui, après tout dépend de la pathologie du patient et des particularités des bilans que j'aurai fait, mais effectivement le maintien de l'activité physique et l'amélioration de ses activités vont permettre d'améliorer son autonomie et ses activités de vie quotidienne. » (E6, L54-L56).

« En général, je fais toujours les bilans standards type Times up and go Test, Tinetti, Test des 6 minutes, je me réfère à ça » (E6, L63) « l'objectif c'est de confronter les bilans et d'en tirer les conséquences et au fur et à mesure fixer des objectifs avec le patient et avec la famille du patient et puis avec le personnel de la maison de retraite » (E6, L66-L68). « Donc ça peut être augmenter le test des 6 minutes, ou encore d'améliorer l'équilibre pour modifier une aide technique, passer sur un rollator validé pour qu'il puisse sortir du fauteuil roulant si c'est possible, ou en tout cas retarder la perte d'autonomie. » (E6, L68-L71).

MK7 : « Pour moi les bénéfices attendus c'est vraiment de l'entretien musculaire, pour éviter le risque de chute notamment, c'est la finalité de l'activité physique en tout cas. Et puis évidemment le maintien de l'autonomie de la personne. Le fait d'améliorer ou en tout cas de préserver l'autonomie de la personne âgée va aussi avoir un effet sur le personnel soignant, plus ils sont autonomes plus nous pouvons les solliciter régulièrement dans les transferts, les toilettes etc. Alors après systématique malheureusement non. Non car souvent malheureusement par manque de temps, par rapport au nombre de personnes que je devais voir je ne pouvais pas toujours faire comme je voulais. » (E7, L48-L54).

« Donc les attendus c'est vraiment l'entretien global, du gain musculaire pour pouvoir à terme entretenir l'équilibre, et également on sait que ça a un rôle important au niveau du membre inférieur dans le risque de chute. Cela peut permettre de diminuer le risque de chute, et c'est une grosse problématique chez les personnes âgées, on le sait. » (E7, L59-L62).

Les modalités de l'activité physique en EHPAD :

MK1 : « Alors j'interviens un patient par un patient, ce sont des séances individuelles, j'inclus l'activité physique dans ma séance de kinésithérapie (...) j'avais comme projet de monter des groupes d'activité physique mais c'est déjà fait par d'autres intervenants dans les deux structures. Par exemple les animatrices de l'EHPAD plutôt récente moderne font toutes les deux semaines ou tous les 15 jours un groupe de gym douce. » (...) (E1, L96-L100). « Dans l'EHPAD religieuse où j'interviens, il y a aussi une association qui intervient pour faire des groupes d'activité physique, c'est l'association Siel Bleu, donc eux ils interviennent deux fois par semaine, ce sont des APA. (...) ». (E1, L104-L106).

« Je vois mes patients une à deux fois par exemple environ chaque patient, sur une durée de 15 à 30 minutes en fonction du patient, de sa pathologie, état de fatigue... » (E1, L109-L110). « C'est plutôt une promotion individuelle, j'essaie vraiment dans mes séances individuelles de faire comprendre aux patients que c'est important pour eux de marcher ». (E1, L125-L126).

MK2 : « Alors déjà en expliquant bien les consignes, à quoi cela va leur servir sur le court et long terme. » (E2, L92). « Des consignes courtes, des exercices pas trop longs, pas trop répétitifs, il faut essayer de varier au maximum ce qu'on leur propose et puis la motivation +++ ». (E2, L94-L95).

« Prise en charge individuelle, la structure ne me permet pas de faire des ateliers » (E2, L99). « Moi je collabore beaucoup avec les aides-soignantes, les infirmières (...) (E2,L107), «Entre les capacités de la personne et ce que l'on va pouvoir proposer, c'est là où il faut vraiment s'adapter ». (E2, L125-L126)

MK3 : « En dehors du temps covid, j'ai des groupes de gym de différents niveaux, avec une séance par semaine qui dure entre 30 et 45 minutes. J'en ai 2 : un groupe qui est relativement plus autonome, et un autre groupe avec des personnes moins mobilisables. (...) Et dans chaque séance individuelle avec les résidents j'intègre l'activité physique par des exercices. » (E3, L81-L85)

« Au niveau effectif, le groupe avec des résidents plus dépendants, je me limite à 4 pour être plus présente et plus stimulante. (...) Et l'autre groupe pour les plus autonomes, c'est un groupe de 10 résidents. (...) Et ils ont aussi toutes les semaines un APA avec l'association Siel Bleu qui vient proposer de la gym, et ça dure 1 heure. Ces séances de gym s'ajoutent aux miennes. Au niveau des séances, je cherche à travailler essentiellement l'équilibre, et beaucoup d'entretien musculaire ». (E3, L89-L96). « Il y a donc l'APA mais je ne travaille pas vraiment avec lui ». (E3, L103-L104).

MK4 : « Avant la covid on faisait des groupes d'activité physique, au moins un groupe par semaine dans chaque EHPAD. Pour essayer d'avoir un maximum de personnes on faisait les activités avec l'animatrice. (...) Elles font aussi des groupes de gym à côté (...) ensemble ça donne des séances plus longues et on pouvait aider les personnes dans la difficulté. » (E4, L74-L78) , « Au PASA suite à l'activité physique on mange avec eux, donc là on travaille aussi une autre sorte d'autonomie (...) c'était un moment où ils se défoulaient, ils sortaient de leur train-train habituel. On voit bien qu'en arrêtant ça par rapport au covid, qu'ils deviennent de plus en plus agressifs asthéniques, il y a un réel manque. » (E4, L79-L85).

« En ce qui concerne les séances avant la covid, on ne dépassait pas 8-10 personnes pour un groupe en étant deux l'animatrice et moi-même. Après toute seule, j'en prenais maximum 6, si on veut obtenir une concentration maximale et assez longue, il ne faut pas qu'ils soient trop nombreux non plus. (...) Donc un groupe par semaine et au PASA deux fois par semaine. En EHPAD c'est environ 1 heure d'activité physique » (E4, L90-L96), « et au PASA ça dépend des groupes (...) mais environ 30 à 45 minutes » (E4, L96-L100). « Généralement, on commence par un petit échauffement sans matériel, après on fait surtout des activités ludiques. » (E4, L101-L103). « En EHPAD avec les animateurs, et au PASA je travaille surtout avec les AMP ». (E4, L108-L109).

« En ce qui concerne les moyens, on a du matériel, et on travaille aussi avec les ergothérapeutes qui créent du matériel avec les résidents ». (E4, L114-L115)

« On a aussi la possibilité d'avoir des voitures de services à l'hôpital, pour aller faire des activités extérieures ». (E4, L117-L118)

MK5 : « Alors j'ai fait des activités physiques en groupe dans le passé, mais en fait de plus en plus, et là ça se confirme maintenant avec le covid, c'est hyper compliqué à mettre en place. ». (E5, L64-L65).

« Donc maintenant ce que je fais, quand j'ai une nouvelle ordonnance, je commence toujours individuellement, je vois un peu le niveau du patient je fais ça sur plusieurs semaines, et jusqu'à arriver à un niveau où finalement on n'a pas forcément d'autres exercices supplémentaires à donner car on n'a pas le matériel nécessaire pour. Quand j'arrive à ce niveau-là, là j'intègre le patient avec d'autres patients qui sont déjà au même niveau. » (E5, L70-L73).

« Quand je fais des groupes d'activité physique avant le covid, généralement je fais des groupes de 3 résidents max, comme je suis seul avec les patients je ne peux pas prendre plus. Dans chaque groupe de 3, il y avait au moins un patient des trois qui nécessitaient vraiment ma présence, et les deux autres étaient plus libres, que je pouvais coacher verbalement sans devoir intervenir. » (E5, L80-L83).

« Et ça je fais tous les jours, les 5 fois dans la semaine où j'interviens à l'EHPAD il y a toujours un temps où je mettais en place ça en place. Après des fois je voyais deux groupes dans les heures où j'y étais et des fois un seul groupe et le reste en individuel, mais j'essaie au maximum quand c'est possible de faire en groupe. Par semaine je vois dix patients au moins 3 fois par semaine dans cette structure. » (E5, L84-L87).

« Je travaille donc forcément avec les professionnels de l'EHPAD, et je travaille pas mal avec l'ergothérapeute » (E5, L92-L93), « Après il y a aussi des psychologues dans la structure » (E5, L96), « il y avait aussi avant un APA qui intervenait mais c'était une fois par semaine, mais avec des groupes de 10 à 15 personnes » (E5, L100-L101)

« Alors organisation, c'est compliqué, il faut souvent le faire par soi-même si on veut organiser des groupes d'activité physique. » (E5, L108).

MK6 : « Donc là suivant les EHPAD, j'ai la possibilité d'avoir accès ou non à une salle, quand j'ai la salle, les séances sont beaucoup plus efficaces car cela permet d'être dans un cadre de soin qui stimule le patient différemment que si il était en séance dans un couloir d'un EHPAD. Les séances je les fais toutes en individuel,

sauf pour certaines ou certains patients. Là par exemple actuellement j'ai deux couples en prises en charge, le fait d'être avec leur partenaire cela les motive donc ça peut arriver que je fasse des séances à 2 tout en étant quand même très individualisé. Je ne fais pas de séance collective. Dans une question aussi de sécurité, (...) ça peut mettre un cadre insécuritaire à la séance dans les exercices, du moins ce serait que du 1 par 1, et avoir des spectateurs ça n'a pas forcément beaucoup d'intérêt. » (E6, L77-L85).

« En ce qui concerne le nombre de séance, au maximum 3 fois par semaine pour certains de mes patients mais en général c'est une à deux fois par semaine. » (E6, L89-L90).

« Alors oui tout à fait dans une des EHPAD, j'ai la chance d'avoir une ergothérapeute qui intervient au sein de la maison de retraite une à deux fois par mois, ça me permet d'améliorer la prise en charge pour les patients qui nécessite. Et ensuite c'est plus de la relation directe avec le personnel soignant les aides-soignantes, les infirmières, orthophonistes aussi pour les patients atteints de pathologies neurologiques. » (E6, L99-L102).

« Pour l'activité physique on va dire très généralisée, il y a des cours de gym douces qui sont données ». (E6, L106).

« C'est vrai que même les activités dans les EHPAD c'est vraiment important pour eux, le peu qu'il y ai c'est indispensable. Ces groupes de gym douce sont proposés par des APA qui interviennent dans les EHPAD où je travaille. » (E6, L116-L118).

« Quand il y a possibilité selon les objectifs j'ai fixé, j'intègre l'activité physique dans mes prises en charges individuelles, après je fais des séances maximum de 30 minutes. » (E6, L124-125).

MK7 : « Alors je dirai que nous on a la chance d'avoir deux moyens de le mettre en place. Le premier c'est de la mettre en groupe, que ce soit à travers le PASA où là il y avait de l'activité physique mise en place chez des personnes avec des troubles cognitifs, environ deux fois par semaine mais avec des groupes différents. Et là on est surtout sur de l'activité physique avec un côté ludique, où l'objectif est vraiment de les inscrire dans une dynamique de groupe, où tout le monde participe, chacun avec leurs capacités, en s'aidant les uns des autres. Sur le PASA on était dernièrement sur des plus petits groupes, à cause du covid on ne pouvait pas en prendre autant qu'on voulait. Je dirai qu'on en prenait 6 et en dehors du contexte covid on en prend en général 14. » (E7, L68-L74).

« Dans les EHPAD et notamment une en particulier, on avait remis en place avec l'animatrice un groupe de gym donc sur l'EHPAD, et là on faisait une fois par semaine et ça durait environ 1 heure. Là c'était mobilité des membres inférieurs, mobilités des membres supérieurs, avec des petits jeux ludiques mais plus pour changer un peu le rythme de la séance, pour faire faire des choses différentes au cours de la séance. Et puis en incluant aussi un peu du travail d'équilibre en plus du travail musculaire, et d'entretien articulaire. » (E7, L77-L81).

« Je travaille beaucoup avec l'animatrice d'une des EHPAD, et dans l'autre EHPAD un peu moins car je n'ai pas eu l'occasion non plus. Mais j'ai l'occasion aussi de travailler avec les AMP et les aides-soignantes sur le secteur fermé où pareil on avait des petits groupes plus ludiques. » (E7, L86-L88).

	<p>« Et des intervenants extérieurs, pas que je sache non. Par contre je sais que c'était en discussion pour faire intervenir l'association Siel Bleu mais ce n'est pas encore mis en place dans les deux EHPAD où j'interviens. » (E7, L89-L90).</p> <p>« Chez les personnes âgées et notamment en EHPAD, comme c'est un groupe et que je suis toute seule je fais surtout des séances assises, mais même sur mes séances individuelles je le fais le plus souvent assis sauf si je vois que la personne est très à l'aise avec son corps, qu'elle a un bon équilibre pour le faire en sécurité. Je travaille souvent sur des exercices de 10 répétitions, et je vise l'ensemble du corps. » (E7, L95-L98). « Et c'est aussi très important de donner aussi à l'activité physique un côté amusant, et leur donner aussi le sourire c'est tout aussi important. Après j'utilise aussi des ballons, des bâtons etc pour rendre ludique la séance. » (E7, L103-L105). « Au niveau des séances individuelles, je ne l'inclues pas à chaque fois, mais ça m'arrive quand même souvent, et je dirai qu'en travaillant sur le SSR je le fais plus souvent, et je me dis que j'aurai pu le faire plus souvent. Mais je le fais quand même régulièrement en EHPAD. » (E7, L115-L117).</p>
<p><u>Les freins rencontrés lors de la mise en œuvre d'activité physique chez la personne âgée en EHPAD :</u></p>	<p><u>MK1</u> : « Bah là pour le coup peut être que pour moi le frein c'est qu'il y a déjà des choses de mises en place » (E1,L137-138). « En terme d'activité physique en général, on peut manquer de matériel dans certaines structures » (E1,143-L144). « Dans mes séances individuelles, c'est un frein je manque de matériel » (E1,L147). « On peut aussi citer en frein le temps (...) la notion d'organisation est importante à prendre en compte » (E1, L153-L155). « Et puis après l'investissement et le temps de mise en place de ces activités par exemple en groupe, il faut organiser (...) avoir des idées, savoir se renouveler ». (E1,157-160). « Il faut aussi savoir cibler les patients qui peuvent venir à nos ateliers en groupe, est ce que je peux faire venir tout le monde » « et puis si je suis toute seule avec 15 personnes il faut pouvoir gérer etc ». (E1, L161-L164).</p> <p><u>MK2</u> : « Il en existe plein. On va commencer par le frein des troubles cognitifs, je pense que c'est très important, si la personne ne comprend pas la consigne c'est concrètement inutile de mettre en place ces choses-là. Il y a aussi le caractère de la patiente ou du patient qui va compter. La mémoire aussi peut être un frein. Il faut faire aussi très important au niveau cardiaque si on peut se permettre de faire des exercices » (E2, L134-L137). « Toujours s'adapter et toujours s'assurer que niveau cardiaque et respiratoire il n'y ai pas de souci. Il faut qu'ils puissent faire physiquement les exercices, cela nécessite un bilan correct pour s'adapter. » (E2, L140-L143). « Il y a également la fatigabilité de la personne ». (E2, L148). « Et puis la durée des séances, sur mon emploi du temps, je ne peux pas rester une heure pour une personne pour faire du réentraînement à l'effort ou du travail musculaire. Ca peut-être envisageable mais il faudrait peut-être regrouper 3 – 4 personnes maximum » (E2, L149-151). « Déjà trouver la motivation pour aller marcher dans le couloir, c'est déjà beaucoup. (...) Réalisable mais c'est vrai que c'est pas facile en professionnel libéral, le timing va nous freiner beaucoup. (...) Il y a également quand tu arrives en structure, et que le patient n'est pas prêt. » (E2,L153-L157) « et il y a un gros manque de personnel dans les structure, dans les EHPAD en général ». (E2, L160-L161).</p>

MK3 : « Organisationnel pour plusieurs choses : déjà les salles ne sont pas toujours disponibles, les résidents ne sont pas toujours prêts à l'heure. » (E3, L120-L121).
« Oui les troubles cognitifs n'aident pas, mais les troubles cognitifs ne me gênent pas du tout pour mettre en place de l'activité physique ». (E3,L123-L124). « Ce qui est souvent un frein c'est que je dois faire les transferts seuls pour les amener en séance donc le temps que je fasse les aller retours ca prend beaucoup de temps, comparé à la séance effective de la séance d'activité physique. » (E3,L125-L127).

« Je n'ai pas d'autre frein concernant le matériel » « Après en frein, bien sûr parfois les résidents peuvent être réfractaires au mouvement, au changement des habitudes, à leur installation, ils sont souvent bien installés dans leur fauteuil. Et puis leur état de santé, qui va bouger d'un jour à l'autre. Beaucoup d'adaptation ». (E3, L128-L133).

MK4 : « Alors le gros frein c'est le manque de personnels, on manque de kinés salariés clairement, donc maintenant on fait appel à des kinés libéraux mais qui ne font pas ses activités là, plus de prise en charge individuelle du coup. » (E4, L127-129)

« sinon non on n'a pas beaucoup de frein, niveau organisation et matériel. En EHPAD, on essaie de changer les groupes, de prendre un maximum de personnes sur toute l'année, on prend des gens valides, non valides, on mélange. Au PASA, on essaie de faire des groupes homogènes, des gens qui peuvent se côtoyer. Selon moi toute personne âgée peut faire de l'activité physique, à son niveau selon ses capacités bien-sûr. » (E4,L131-136).

MK5 : « Le plus dur pour ma part outre les freins propres de la structure évidemment comme on l'a dit juste avant, c'est l'adhésion du patient, donner envie au patient de faire tel ou tel exercice. (...) La plupart des patients en maison de retraite, ils ne veulent pas bouger, rester dans leur chambre dans leur fauteuil et ça leur convient. ». (E5, L123-L127). « Après oui pour la pratique de groupe ça va être l'homogénéité du groupe. » (E5, L129-L130).

MK6 : « Les freins, je pense comme dans tous les EHPAD, c'est la difficulté liée à la compréhension du patient, après tout dépend des patients qu'on a » (E6,L132-L133) « Le manque de compréhension de ces patients-là, le fait qu'ils se dispersent très vite, cela va être plus difficile pour réaliser une séance correctement. Après sinon dans les difficultés c'est le manque de moyen qui ne nous permet pas de faire des séances convenables. » (E6, L134-L137).

« Et après un des freins principal aussi en EHPAD c'est le temps. 20 minutes à 30 minutes par séance quand je les effectue, entre le temps de préparation de la personne âgée, si elle n'est pas prête, pour les transferts etc on gaspille beaucoup de temps pour des choses indispensables mais qui ne nous permettent pas d'optimiser la séance. » (E6, L139-L142).

MK7 : « Alors en EHPAD je pense que le principal frein est la motivation du patient, et c'est pour ça aussi que le faire en groupe est très intéressant pour motiver aussi les résidents, mais oui les freins ça va être je pense la motivation de la personne et l'intérêt qu'ils donnent à l'activité physique. Peut-être qu'on ne leur

	<p>explique pas assez les bénéfices pour eux. Et après ça va être je pense bah malheureusement il y a des jours où les personnes âgées vont être moins bien, plus facilement que des personnes plus jeunes on va dire. Donc oui la santé globale, la motivation, la fatigue globale etc tout ça sont des freins. Et puis souvent tout ce qui va être des activités pour eux. Dès qu'il va y avoir des animations à côté, ils vont souvent préférés aller à d'autres animations qu'en séance de kiné ou en activité physique telle quelle. Ce qui est moins vrai pour le PASA ou pour une animation de gym avec l'animatrice. Mais c'est vrai que si c'est de l'individuel, ils ont souvent plus de mal à se motiver qu'en groupe. En salariat après en ce qui concerne la structure, si les résidents ne sont pas prêts quand on va les voir en individuel, c'est pas grave on va les voir plus tard, on s'adapte. » (E7, L124-L135).</p>
<p><u>Le maintien de l'autonomie des résidents : les apports du kiné :</u></p>	<p>MK1 : « Déjà pour moi le passage d'un kiné en EHPAD est important pour le maintien de l'autonomie des personnes âgées. J'essaie au plus dans mes prises en charge de définir mes objectifs avec les patients et ou la famille du patient ou l'équipe soignante, voir l'autonomie que le patient avait, et essayer de voir les capacités du patient au moment présent, et ce qu'on peut espérer garder ou récupérer. Ce que je mets en place : déjà des exercices de kiné, de la répétition des exercices, beaucoup d'éducation, de la compréhension, des explications en adaptant à ce que le patient est capable de comprendre. J'essaie aussi beaucoup de travailler avec les équipes » (E1, L180-187). « Je me rends compte que c'est la communication avec l'équipe le fait de mettre des transmissions, le fait qu'elles soient lues et bah cela fait tout. » (E1, L193-L194).</p> <p>« Au final j'essaie d'orienter mes exercices vraiment vers une fonction vers l'autonomisation. Je fais beaucoup d'exercices en chambre » (E1, L198-L199) » « Je mettrai beaucoup plus d'importance dans les gênes au quotidien que les mesures articulaires ». (E1, L206-L207).</p> <p>« Toute ma prise en charge est basée sur des objectifs qui visent à entretenir l'autonomie » (E1, L208) « Après l'éducation au patient » (E1, L210), « Cela passe aussi par la reprise de confiance en eux » (E1, L221) « donc oui il y a tout un travail physique mais aussi un accompagnement pour retrouver la confiance en soi ». (E1, L223-L224).</p> <p>MK2 : « Déjà pour moi c'est la sollicitation, il faut en permanence solliciter les personnes âgées. (...) Être positif aussi est très important. (...) Donc c'est vrai que cela vient beaucoup de nous la mise en place de l'autonomie de la personne âgée en structure. » (E2, L168-L172)</p> <p>« La communication avec les aides-soignantes, en tant que kiné c'est très importante, car si nous on constate que la personne est capable de quelque chose en séance, il faut que la personne âgée puisse continuer à le faire le reste du temps et cela passe beaucoup avec l'équipe soignante présente au quotidien. » (E2, L173-175) « il faut faire faire aux personnes âgées des choses faciles, des choses auxquelles ils ne pensent pas vraiment à faire mais trouver avec eux des situations ou des moments de la journée où des exercices même très simples peuvent être mis en place. » (E2, L178-L180). « il faut aussi le plus possible solliciter la marche au maximum. Il faut vraiment optimiser la marche quand ils peuvent le faire, leur donner des objectifs. » (E2, L182-L184). « Essayer d'en tirer un maximum de positif,</p>

et de tirer le positif où qu'il soit. Et je pense que niveau mental cela aide beaucoup. » (E2, L186-L187). « On peut parler d'autonomie aussi rien que pour l'habillage, travailler avec eux les choses les plus simples pour garder le plus possible d'intimité. L'autonomie va aussi permettre d'avoir un lien sociable ». (E2, L188-L190)

MK3 : « Absolument tout ce que je fais sert à maintenir l'autonomie des résidents. Ne serait-ce que les mobilisations, le travail des transferts, les retournements, les transferts, tout le maintien des déplacements. Après tout le maintien de la mobilité, tout ce qui est habillage, tout ce qui est confort, ou encore diminution de la douleur. Tout ce qui est mobilisation active et passive. Je joue beaucoup sur notre petit jardin (...) je les incite beaucoup à y aller, à rester dans le jardin marcher sur un terrain instable, prendre l'air c'est très important. » « je travaille la marche et l'équilibre pour le maintien des déplacements, c'est un de mes objectifs principal. » (E3, L146-L157).

MK4 : « Alors on essaie dans les EHPAD d'aider les soignants à emmener les résidents à pied, quand ils vont en salle à manger. Quand on prend les gens en individuel, les séances des personnes qui peuvent marcher se font plutôt en fin de matinée pour pouvoir les emmener à la salle à manger à pied ». (E4, L143-146).
« Après au niveau autonomie, on a des ergothérapeutes, c'est plus elles qui travaillent beaucoup sur l'autonomie. (...) Nous on cherche surtout l'autonomie des déplacements ». (E4, L148-L152).

MK5 : « C'est aussi le but de l'activité physique de leur redonner de l'autonomie, et c'est très important de les motiver pour en faire. (...) Donc finalement tout ce qu'on fait en activité physique il va l'utiliser au quotidien indirectement et tous ces mouvements et activités font parties de l'activité physique. Et puis évidemment le travail des transferts, et puis tout mouvement qu'il pourra réaliser tout seul ou même tous les mouvements ou actions qu'il pourra faire pour aider les soignants pour l'habillage, les toilettes, aidera pour le maintien de l'autonomie. » (E5, L139-L146).

MK6 : « En gros pour moi si je devais répondre à cette question, je m'orienterai plus sur l'échange, c'est ce qui est le plus dur en tant que kiné libéral c'est d'avoir le temps et de prendre le temps pour échanger avec l'équipe soignante comme les aides-soignantes ou l'infirmière, surtout les aides-soignantes lors des aides dans les AVQ que ce soit l'habillage, la toilette, les aides pour les déplacements en salle à manger. C'est dès qu'on a la possibilité, qu'on a réussi à avoir une amélioration, un maintien d'une aptitude, c'est faire en sorte elle soit stimulée. L'accompagnement, et ce que je trouve le plus important, c'est le fait de donner le moins d'aide à la toilette ou aux transferts quand c'est possible, pour que les personnes soient le plus autonome possible sans faire à leur place. » (E6, L148- L155).
« Donc déjà dans le maintien de l'autonomie debout, c'est indispensable. Mais bon c'est indépendant de notre volonté, mais je pense que l'échange qu'on peut avoir avec les aides-soignantes, le peu qu'on puisse donner aux résidents comme stimulation il faut aller dans ce sens-là. C'est vraiment dans l'échange interprofessionnel et intra-EHPAD. » (E6, L160-L163).

MK7 : « C'est une question très large, dans le maintien des résidents, c'est aussi de les ancrer dans leur activité physique, en leur proposant et conseillant de reproduire les exercices par eux même au quotidien quand ils y pensent, quand ils ont le temps et quand ils ont les capacités cognitives aussi. Et quand c'est possible de leur dire de marcher le plus possible de les inciter vraiment de se déplacer au plus possible sans fauteuil quand c'est possible évidemment. De dire à la personne de préférer aller en marchant à la salle à manger, plutôt que de se faire emmener en fauteuil, ou encore de demander aux aides-soignants de l'accompagner à pied quand cela est possible. Et quand on peut travailler en équipe(...), faire rentrer les autres professionnels soignants ou non soignant d'ailleurs dans l'activité physique et la prise en charge globale des résidents ». (E7, L141-L149).