

LES INTERVENTIONS NON-MÉDICAMENTEUSES EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

SYNTHÈSE :
**Les 23 recommandations
et conseils pratiques**

Cette synthèse issue du référentiel et guide pratique sur les interventions non-médicamenteuses en Activité Physique Adaptée, s'adresse à tous les professionnels qui travaillent et/ou accompagnent les personnes âgées résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Il concerne en premier lieu les directions, les médecins coordonnateurs, les personnels d'encadrement et soignants, médicaux ou paramédicaux, de ces établissements, les professionnels de l'activité physique adaptée (APA), les professionnels et intervenants dans le cadre des interventions non-médicamenteuses (INM), les réseaux de la santé et du médico-social ainsi que les institutions et organismes de formation initiale et continue.

Le référentiel et guide pratique complet vise à apporter, d'une part des connaissances actualisées portant sur les caractéristiques spécifiques des interventions non-médicamenteuses – celles-ci étant basées sur l'activité physique adaptée (INM APA) – et leur faisabilité et contexte d'application spécifiques pour les personnes âgées résidant en Ehpad : des évaluations et des programmes adaptés, la fréquence des séances, leur durée, l'intensité ciblée, les modalités d'intervention, les capacités stimulées, critères de réussite, etc). D'autre part, il rapportera les impacts souhaités et démontrés d'interventions en APA sur la qualité de vie, le bien-être et les capacités résiduelles des résidents, sur la qualité de vie des aidants, des familles et sur la qualité de vie des professionnels qui les accompagnent au quotidien.

Ce guide dresse un cadre issu des dernières recherches scientifiques sur la faisabilité, l'acceptabilité et les effets sur la santé physique, cognitive et psychologique des programmes APA. Il sera également question de rendre compte de l'impact de ces programmes d'interventions sur la dimension sociale, essentielle pour la santé des personnes âgées, en considérant tout particulièrement l'éthique associée à l'accompagnement de la personne elle-même, de ses proches et du personnel des établissements. Ce guide relate également quelques expériences appliquées, menées par des professionnels et acteurs concevant et

mettant en œuvre des INM APA dans la région Bourgogne-Franche-Comté. Toutes tendent à démontrer les enjeux auxquels les INM basées sur les APA semblent en partie répondre, dans ce lieu de vie qu'est un Ehpad, pour des personnes, âgées, dépendantes, en fin de vie, mais résolument capables de continuer à apprendre, à interagir, à choisir, à faire, à vivre au sein de leurs cités et de la société.

Les 23 recommandations et les conseils pratiques présentés dans cette synthèse permettent de définir un cadre dans lequel les INM APA doivent en partie s'inscrire. Ces recommandations viennent en complément des formations et des connaissances requises pour encadrer des interventions APA en Ehpad. Les caractéristiques précises des interventions devront être adaptées aux besoins de la personne âgée pour garantir une meilleure acceptabilité et l'efficacité de ces dernières sur les objectifs convoités. Ce référentiel et guide pratique sera complété par des capsules média mettant en évidence des points jugés essentiels. Ces capsules seront disponibles depuis les sites internet des partenaires et notamment depuis la plateforme web *OMEGA*H.

Groupe d'experts

Il est présenté ci-dessous les membres du groupe de travail qui a été constitué et qui a contribué à la production de ce document et des capsules médias associées.

Régis AUBRY

Médecin des Hôpitaux - Professeur Associé des Universités – HDR.

Chef du pôle Autonomie – Handicap. CHRU de Besançon.

Axe « Éthique et progrès médical » Inserm CIC 1431 / Laboratoire de Recherches Intégratives en Neurosciences et Psychologie Cognitive, Université Bourgogne Franche-Comté, F-25000, Besançon, France.

Président de la plateforme nationale de recherche sur la fin de vie. Membre du Comité Consultatif National d'Éthique.

Marine BRIKA

Masseur Kinésithérapeute Diplômée d'Etat (MKDE) - Hôpital Nord Franche Comté.

Enseignante IFMS Montbéliard - Filière Kinésithérapie Physiothérapie (FiKiP).

Doctorante au Laboratoire de recherches Intégratives en Neurosciences et Psychologie Cognitive (UR-LINC Besançon) - Université Bourgogne-Franche-Comté (UBFC).

Camille CORSETTI

Enseignante en Activités Physiques Adaptées.

Centre hospitalier Saint-Louis – Ornans.

Quentin GUIMONT-GRILLET

Chargé de projets Prévention – Animateur.

Mutualité Française Bourgogne Franche Comté.

Alexandre KUBICKI

Responsable Filière Kinésithérapie/Physiothérapie - Hôpital Nord Franche-Comté.

Maitre de conférences UFR Santé UBFC.

Chercheur associé INSERM UMR 1093 Cognition, Action et Plasticité Sensorimotrice.

Patrick MANCKOUNDIA

Chef du Pôle Personnes Âgées Chef de Service - Médecine Interne Gériatrie - CHU Dijon Bourgogne.

UFR des Sciences de Santé : Coordonnateur Local et Régional du DES de Gériatrie.

Chercheur INSERM UMR 1093 Cognition, Action et Plasticité Sensorimotrice.

France MOUREY

Professeure des universités

Enseignante – chercheuse à l'Université Bourgogne Franche Comté, UFR STAPS Dijon, Le Creusot.

INSERM UMR 1093 Cognition, Action et Plasticité Sensorimotrice.

Présidente de la section 91 des sciences de la rééducation et de la réadaptation du Conseil National des Universités.

Charlie NEZONDET

Diététicien-Nutritionniste et Enseignant en Activités Physiques Adaptées.

Doctorant STAPS au Laboratoire Mouvement, Équilibre, Performance, Santé. Université Pau Pays de l'Adour, Anglet, France.

Maude NOEL

Salariée-doctorante – Mission études et évaluations.

Chargée de projets Prévention – Animatrice.

Mutualité Française Bourgogne Franche Comté.

Nicolas REGNARD

Responsable de l'association Mutualité Sociale Agricole (MSA) Services Bourgogne Franche Comté

Maître d'Armes d'Escrime

Formateur programme APA Escrimez-vous

Léa TERREAU

Responsable Régionale Bourgogne

Association *Siel Bleu*

Julien STASZEWSKI

Responsable Régionale Franche-Comté

Association *Siel Bleu*

Kévin VINZENT

Enseignant en Activités Physiques Adaptées

Pôle de Gériatrie/Autonomie

Centre Hospitalier de Sens

Auteur principal & coordinateur principal

Julien BOURRELIER

Responsable Recherche et Développement LudHealth.

Chercheur associé INSERM UMR 1093 Cognition, Action et Plasticité Sensorimotrice.

Crédits photos :

ABB Reportages

Mutualité Sociale Agricole Service

Liste des abréviations & sigles

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence Régionale de Santé

BDNF : Brain Derived Neurotrophic Factor

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EWGSOP : European Working Group on Sarcopenia in Older People

FFLTC : Functional Fitness for Long Term Care

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAD : Hospitalisation à domicile

HAPPIER : Healthy Activity and Physical Program Innovations in Elderly Residences

IMC: Indice de Masse Corporelle

INM : Interventions Non-Médicamenteuses

INM APA : Interventions Non-Médicamenteuses en Activité Physique Adaptée

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MET : Metabolic : Metabolic Equivalent of Task – *Equivalent métabolique*

OMEGAH : Objectif Mieux Être Grand Âge Hébergement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés

PROFANE : Prevention of Falls Network Europe

PUV : Petite unité de vie

SNC : Système Nerveux Central

SPPB : Short Physical Performance Battery

TN : Troubles Neurocognitifs

TUG : Timed Up and Go Test

UHR : Unité d'hébergement renforcé

Notes aux lecteurs et lectrices.....	1
Groupe d'experts	2
Liste des abréviations & sigles	4
Sommaire	5
Introduction de la synthèse.....	6
Un contexte d'intervention spécifique.....	6
Les interventions non-médicamenteuses.....	7
Les interventions non-médicamenteuses en APA.....	8
Les recommandations d'introduction, de mise en œuvre et de suivi des INM APA.....	10
Introduire les INM APA en Ehpad	10
Faciliter la mise en œuvre des INM APA	11
Evaluer & développer les capacités de la personne âgée	15
Poursuivre et entretenir la mise en mouvement.....	17
Bibliographie	20



Introduction de la synthèse

Un contexte d'intervention spécifique

En France, les politiques publiques incitent au développement des interventions basées sur l'activité physique dans les structures d'accueil pour les personnes âgées telles que les Ehpad. Les établissements organisent ainsi leurs projets de prévention de la santé en partie en se basant sur l'activité physique. Ils s'appuient sur des ressources matérielles et humaines associées aux pratiques socio-éducatives, aux activités occupationnelles ou récréatives historiquement présentes dans les établissements [1] ou aux activités de rééducation fonctionnelle. L'Activité physique Adaptée (APA) utilisée en Ehpad et appliquée dans d'autres secteurs d'accompagnement de la personne vulnérable, repose sur des compétences multiples non strictement médicales en intégrant des dimensions sportives, éducatives, sociales, intégratives et préventives. L'activité physique et plus spécifiquement la pratique régulière d'exercices physiques, est reconnue comme

étant un facteur déterminant pour la prévention des comorbidités liées aux maladies et aux vieillissements [2]. Ainsi, il semble essentiel que les interventions basées sur l'activité physique s'insèrent dans les projets des établissements et dans les projets personnalisés individuels des résidents des Ehpad. Ces actions de prévention doivent s'intégrer dans l'offre de soin proposée par les établissements [3]. Aujourd'hui la mise en œuvre de programmes APA en Ehpad apparaît comme volontariste. Elle est portée par des prestataires extérieurs ayant élaboré une offre adaptée, par le personnel œuvrant dans les institutions qu'ils soient professionnels d'animation, des soins ou de l'APA.

Ainsi, la prévention de la santé se basant sur l'APA en Ehpad se décline en deux approches. Une première, socio sanitaire qui exige un accompagnement des limitations fonctionnelles et impose la mobilisation de ressources qualifiées. Une seconde, intégrative, qui a pour objectif la préservation du lien social, l'entretien de la mobilité et l'ouverture des établissements sur l'extérieur. Les établissements, soutenus par les politiques et limités par les contraintes budgétaires, privilégient aujourd'hui davantage la seconde approche, s'affranchissant ainsi des référentiels médicaux [4]. Une étude récente met en évidence les disparités entre

différents établissements en ce qui concerne l'appréciation, l'intégration et le déploiement d'INM APA. Dans la grande majorité des cas, l'activité physique et les programmes associés sont proposés aux personnes volontaires, quelles que soient leurs limitations fonctionnelles. Il est mis en évidence que l'activité physique n'est que peu souvent soutenue par l'équipe médicale. L'étude rapporte également que l'APA est majoritairement mise en œuvre pour un collectif. Cette modalité d'intervention est privilégiée par rapport à une approche individualisée et même pour les personnes présentant des limitations importantes. En effet, il est indiqué dans l'étude menée par Génolini et collaborateurs [4], que seulement la moitié des Ehpad (48.4 %) établit un ciblage des personnes au regard de critères fonctionnels. De plus, ces critères ne concernent pas les problématiques psychiatriques, notamment pour la gestion des troubles comportementaux. Les auteurs soulignent que lorsque l'activité physique est indiquée sur des critères d'inclusion thérapeutique, elle est soutenue par le corps médical de la structure. Un soutien qui permet, en somme, d'observer une meilleure mise en œuvre et pérennisation de l'APA au sein des Ehpad.

La mise en œuvre d'activités physiques et tout particulièrement d'activités physiques basées sur des interventions thérapeutiques non-médicamenteuses s'inscrit dans la continuité d'une approche médicale, rationnelle et orientée vers les capacités fonctionnelles de la personne âgée [5]. Elle est soutenue par les politiques publiques de prévention des effets du vieillissement et de l'accompagnement de la dépendance fonctionnelle. Cette médicalisation de l'activité physique, qui repose sur la prescription et la spécialisation des professionnels intervenants, est disparate. Le déploiement et la pérennisation de l'APA, coûteuse en espace et en ressources humaines spécialisées, se confrontent également aux difficultés conjoncturelles des Ehpad.

Ainsi, ce référentiel se veut être dans la continuité des politiques menées et répond en partie au besoin de cadrage pour encourager et faciliter la mise en œuvre d'INM APA dans les Ehpad

Les interventions non-médicamenteuses

Dans le cadre de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, il est recommandé par les politiques en vigueur d'inciter au développement de programmes d'INM APA. Il est clairement soutenu que l'activité physique régulière permet la conservation des capacités physiques et cognitives, contribue à la prévention des comorbidités liées à l'apparition ou l'aggravation de maladies influencées par le vieillissement, ciblant ainsi la fragilité et la perte d'autonomie chez les personnes âgées [6]. L'activité physique adaptée est alors considérée comme une « modalité thérapeutique à part entière et validée » contribuant ainsi, dans certains cas précis, à améliorer le bien-être subjectif, la qualité de vie globale et le statut fonctionnel des personnes âgées fragiles, atteintes de maladies chroniques ou encore d'une maladie neuroévolutive.

Accompagner les personnes âgées dans le grand âge et la dépendance, c'est tout mettre en œuvre pour préserver leur intégrité, leur capacité, leur motivation, leurs interactions, leur bien-être au sein de leur environnement de vie. Les interventions non-médicamenteuses (INM), encouragées par les institutions depuis plusieurs années et supportées par de multiples recherches scientifiques, se définissent par des actions de prévention et de soin complémentaires qui se basent sur des protocoles d'application spécifiques, validés scientifiquement.

« Une INM est une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine, fondée sur la science. Elle vise à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé. Elle se matérialise sous la forme d'un produit, d'une méthode, d'un programme ou d'un service dont le contenu doit être connu de l'utilisateur. Elle est reliée à des mécanismes biologiques et/ou des processus psychologiques identifiés. Elle fait l'objet d'études d'efficacité. Elle a un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie, comportementaux et socioéconomiques. Sa mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles, communicationnelles et éthiques. » [7-9].

Ces interventions peuvent donc prendre la forme d'un programme dont le contenu est adapté à un public pour répondre à un objectif précis. Ces INM se caractérisent par un protocole d'intervention (durée, fréquence, contenu, matériel, précaution, évaluations initiales et finales), un contexte de mise en œuvre (lieu d'application, type d'interventions individuelles ou collectives, structure spécifique, temps dans le parcours de soin ou de santé) et un intervenant professionnel qualifié [10,11].

Une intervention non-médicamenteuse s'appuie sur :

- un protocole d'intervention
- un contexte de mise en œuvre
- un intervenant professionnel qualifié

Les INM font partie intégrante d'un parcours de soin et/ou de santé [12] pouvant agir en complémentarité avec d'autres thérapies et traitements, notamment en ayant un impact positif sur l'observance thérapeutique, sur la diminution des effets secondaires, sur la qualité de la santé, sur le risque de récurrence de patients atteints d'un cancer, ou sur la diminution des comorbidités chez une personne âgée [7].

Ainsi de nombreux programmes basés sur des INM ont été approuvés comme ayant un impact positif sur certaines dimensions de la santé, pour les personnes âgées, fragilisées par des maladies chroniques telles que la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées [13].

En effet, des programmes d'activité physique adaptée, d'art-thérapie, d'hortithérapie, des interventions assistées par animal, des interventions basées sur la danse, de la musicothérapie, de la réhabilitation cognitive, de la stimulation multisensorielle, de la thérapie par la réminiscence ou encore de la thérapie par la stimulation cognitive, démontrent de leurs intérêts au regard d'objectifs de soin et de prévention pour mieux accompagner le bien-être, la fragilité et le niveau de dépendance des personnes âgées.

De multiples dimensions peuvent alors être ciblées pour être renforcées, rééduquées,

stimulées : la dimension psychologique et comportementale (qualité de vie, humeur, dépression, plaisir, sentiment de bien-être, capacités d'adaptation, etc.); la dimension cognitive (fonctions exécutives, mémoire, attention, orientation, etc.); la dimension physique (équilibre, mobilité, fonction cardio-respiratoire, habiletés motrices, force musculaire, risque de chute, etc.); la dimension sociale (communication, verbale et non verbale, expression, interactions sociales, etc.).

Les interventions non-médicamenteuses en APA

L'**activité physique** est définie comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du métabolisme de repos (source OMS, 2004). Selon Piggitt, « l'activité physique implique les personnes qui bougent, jouent, réalisent des performances dans des contextes culturels et des lieux spécifiques et sont influencées par leurs propres intérêts, émotions, idées, relations ainsi que des consignes » [14]. L'activité physique regroupe à la fois les activités physiques de la vie quotidienne répondant aux critères énergétiques évoqués ci-dessus (déplacements actifs, activités domestiques, activités professionnelles), les exercices physiques et les activités sportives.

Soutenu par le décret D. 1172-1, l'APA 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. » (décret du 31 décembre 2016 du Ministère français de la santé). D'après l'article A. 212-1 du Code du Sport de 2004, l'APA se définit comme « l'encadrement des activités physiques ou sportives à destination de différents publics dans une perspective de prévention-santé ou de réadaptation ou d'intégration de personnes présentant l'altération d'une fonction physique ou psychique » [15].

Extrait Art. D. 1172-1

On entend par activité physique adaptée au sens de cet article L. 1172-1, « La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences. »

L'activité physique dite adaptée est l'activité physique appropriée chez des personnes d'un âge avancé. Tout particulièrement chez les personnes âgées dépendantes, de nombreuses études démontrent d'une part la

faisabilité d'intégrer des INM basées sur des programmes APA, et d'autre part leur pertinence à être initiées et développées notamment au regard des objectifs de prévention de la santé, de participation sociale, de réinsertion, de prise en soin, de réduction de facteurs de risques liés aux pathologies et affections de longue durée relevées chez les résidents d'un Ehpad.

Ces programmes APA reposent sur des protocoles d'intervention précis et un contexte de mise en œuvre défini et adapté par un intervenant professionnel qualifié. Ces intervenants sont formés à l'évaluation, le suivi et la mise en œuvre de programmes APA. Ainsi, les enseignants en APA mais également ceux qui interviennent dans le secteur de la rééducation et de la réadaptation, c'est-à-dire les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les psychomotriciens peuvent mettre en œuvre des INM APA.

Les professionnels qualifiés pour intervenir auprès de personnes âgées dépendantes, vivant en Ehpad :

- L'enseignant en Activité Physique Adaptée.
- Un intervenant professionnel qualifié dans le secteur de la rééducation et de la réadaptation i.e. les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les psychomotriciens.



Les recommandations d'introduction, de mise en œuvre et de suivi des INM APA.

Introduire les INM APA en Ehpad

Recommandation n°1 : Intégrer les INM APA dans les projets d'établissement et de vie de la personne âgée.

Inscrire les INM APA dans le projet de l'établissement et le projet personnel de la personne âgée pour des objectifs globaux, spécifiques et partagés. Le ou les objectifs des INM APA pour une personne âgée doivent être connus et soutenus par l'équipe médicale. Cette démarche est un facteur de pérennisation des INM APA dans un établissement.

Recommandation n°2 : « Prescrire » certaines INM APA à la personne âgée.

Les INM APA s'inscrivent dans une approche également thérapeutique. Ainsi, certains programmes APA, répondant à des objectifs spécifiques, individuels et adaptés, doivent être prescrits par le référent médical et proposés à la personne âgée.

Cet appui médical soutient et encourage l'intégration d'intervention APA visant globalement à contribuer au maintien de la qualité de vie et ce par l'intermédiaire d'un objectif spécifique (e.g le renforcement de la force et de la puissance musculaire des membres inférieurs chez des personnes présentant une sarcopénie).

Recommandation n°3 : Sensibiliser et informer les professionnels de l'Ehpad des tenants et aboutissants des INM APA.

Il est indispensable de consacrer des temps ou des actions d'information et de sensibilisation individuelle et collective auprès de l'équipe médicale et paramédicale, des professionnels de l'accompagnement du quotidien et de l'administration. Cela peut être proposé et animé par le professionnel en charge de la mise en œuvre des INM APA au sein de l'établissement ou l'un des responsables de l'entité référente qui intervient (e.g. association, prestataire extérieur).

Recommandation n°4 : Sensibiliser et informer la personne âgée des tenants et aboutissants des INM APA

Il est indispensable de présenter individuellement les tenants et aboutissants des INM APA avant même de proposer la participation et l'engagement de la personne âgée aux interventions. Cela passe par une présentation et plusieurs temps d'échange entre le professionnel intervenant et la personne âgée concernée (présentation des activités pouvant être proposées ; échange sur l'historique de la pratique d'activité physique de la personne âgée, seule ou avec un proche). Un échange commun avec un référent médical de l'établissement, le professionnel intervenant et la personne âgée, peut être bénéfique aux positionnements des INM APA dans le parcours de santé de la personne âgée.

Recommandation n°5 : Sensibiliser et informer les proches des tenants et aboutissants des INM APA

Il est indispensable de communiquer auprès des proches sur les tenants et aboutissants des INM APA notamment en ce qui concerne l'objectif global du maintien de la qualité de vie de la personne âgée aussi longtemps que possible. L'Ehpad et les professionnels doivent accueillir et accompagner les proches afin qu'ils puissent mieux comprendre et appréhender les intentions et objectifs recherchés dans le cadre de l'accompagnement de leur parent ou conjoint. Cette démarche s'inscrit dans un enjeu d'inter-acculturation entre les professionnels, les proches et la personne âgée. Cela peut passer par des échanges, des participations partagées au regard d'une intervention, des temps d'observation, des présentations documentées sur le contenu des programmes d'INM APA.

Faciliter la mise en œuvre des INM APA

Recommandation n°6 : Individualiser les INM APA

Il semble indispensable d'individualiser les INM APA sur la base des capacités résiduelles et des altérations pouvant être détectées. Des évaluations individuelles permettront de définir des objectifs généraux, en lien avec le maintien de la qualité de vie, des objectifs spécifiques relatifs à des capacités à maintenir ou à renforcer dans le cadre des INM APA, et enfin des objectifs partagés avec les professionnels médicaux et paramédicaux engagés dans l'accompagnement de la personne âgée. Dans la pratique, bien que cette individualisation puisse être réalisée lors d'interventions individuelles et également collectives, il est essentiel de prévoir des interventions strictement individuelles.

Recommandation n°7 : Prendre en compte l'hétérogénéité en Ehpad

L'intégration de cette hétérogénéité dans le cadre d'INM APA est facilitée par la réalisation d'évaluations individualisées des capacités résiduelles de la personne âgée. Ces évaluations mettent en évidence les capacités sur lesquelles le professionnel intervenant en APA pourra s'appuyer pour la réalisation des exercices proposés lors des séances individuelles ou collectives.

Recommandation n°8 : Prendre en compte la différence d'âge et de motivation à agir et interagir

Les INM APA sont par définition adaptées à un groupe d'individus ou à un individu seul. La prise en compte des déterminants motivationnels à l'engagement, dans une séance, implique la connaissance de ces déterminants pour chaque personne âgée. Ces déterminants peuvent être évalués par des entretiens individuels, des séances d'initiation menées par l'intervenant en APA et/ou complétées par un ou des professionnels de l'établissement (e.g. psychologue). Ainsi, la diversité de formes que les INM APA peuvent prendre permet d'adapter le contenu des séances et des exercices à chaque personne âgée. Lors d'une séance collective, le nombre de personnes est à considérer en fonction du contenu de l'intervention, du niveau des capacités physique, cognitive, psychologique et sociale des personnes et du lieu de pratique. Dans certains contextes, un groupe de 6 personnes maximum permet de mieux considérer l'ensemble des participants lors de la séance, rendant possible les interactions et l'ajustement de certaines variables.

Recommandation n°9 : Prendre en compte des niveaux de limitations variés

L'évaluation individuelle des altérations ou limitations est essentielle pour définir les objectifs spécifiques pouvant être investis lors des INM APA. La définition de sous-objectifs permet de positionner les INM APA sur des temps différents : court, moyen et long terme. Une majorité des études fait intervenir des programmes sur des temps longs (e.g. 12, 24 semaines). Les sous-objectifs permettent ainsi de s'adapter plus rapidement aux besoins, et de valider les étapes vers le renforcement de capacités ou l'acquisition d'habiletés motrices (exemple du transfert assis-debout pouvant être décomposé en plusieurs étapes : la marche fessière, le recul des pieds sous la chaise, l'inclinaison du tronc vers l'avant, l'appui simultané des mains sur les accoudoirs, etc.).

Recommandation n°10 : Prévenir le risque de chute à répétition et diminuer la fréquence des chutes de la personne âgée

En lien avec les recommandations du rapport de HAS [16], les professionnels intervenant dans les INM APA doivent considérer et participer à la détection et l'évaluation des facteurs augmentant, chez la personne âgée, le risque de chutes à répétition. Cela inclut notamment des temps d'évaluation des capacités d'équilibre, des capacités à se déplacer dans toutes les directions, à anticiper les changements de direction, à utiliser de manière appropriée l'aide technique à la marche. Des temps d'apprentissage spécifiques doivent être également réalisés pour permettre une utilisation confortable des aides techniques pouvant être utilisées lors de transferts et des déplacements. Des temps de sensibilisation, d'éducation et d'apprentissage, doivent être mis en place régulièrement pour accompagner les syndromes post chute, appréhender les aspects psychologiques liés à la peur de chuter, et prévenir les risques d'aggravation des conséquences de la chute, notamment le temps passé au sol. Ainsi des INM APA centrées sur l'apprentissage du relevé du sol s'avèrent être indispensables pour permettre de maintenir ou développer des habiletés motrices permettant à la personne de se sécuriser, de se redresser ou encore de prévenir. Ces INM APA dédiées permettent également d'appréhender la chute au niveau psychologique. Dans le cadre de l'accompagnement de la personne âgée en Ehpad, un objectif réaliste est de diminuer la fréquence des chutes et la durée passée au sol.

Recommandation n°11 : Prendre en compte les troubles neurocognitifs et les maladies neuroévolutives dans les INM APA

Les troubles neurocognitifs associés ou non à la maladie d'Alzheimer doivent être pris en considération dans la mise en œuvre d'INM APA. Ces troubles peuvent être connus ou révélés lors d'Activité de la Vie Quotidienne (AVQ) ou d'exercices intégrés aux INM APA. Des situations de double ou multiples tâches peuvent révéler une difficulté à coordonner une action ou un mouvement : marcher, anticiper un changement de trajectoire, discuter, intégrer une consigne simple. Ces altérations des capacités cognitives doivent être connues et partagées avec l'ensemble de l'équipe qui accompagne la personne âgée au quotidien car cela peut expliquer un refus, un isolement ou la dégradation de l'état psychologique.

Les troubles neurocognitifs modérés à sévères, lors des INM APA peuvent être considérés par l'intégration de modalités d'application des exercices favorisant la compréhension des consignes, la réalisation du mouvement approprié, la réussite de la tâche soumise ou encore le plaisir dans l'activité. Cela peut passer par des exercices d'imitation, des exercices réalisés dans le cadre d'activités avec un environnement émotionnel marqué et des indices sensoriels qui portent implicitement une consigne pour la réalisation d'une action ou d'une séquence motrice : la danse, l'escrime, le tango argentin, le Tai Chi.

Les situations d'apprentissage ou d'exercice implicite dans lesquelles la consigne et le but de l'exercice sont conditionnés par l'agencement de l'environnement (aménagement matériel, indice sensoriel) permettent d'initier une action réalisée spontanément par la personne âgée. La mise en réussite est essentielle. C'est notamment sur ces actions réussies que pourront reposer des variables d'évolution progressive (jeu de lancer, se déplacer sur un parcours matérialisé, exercice de cible à atteindre, etc.). Ces capacités individuelles sont à évaluer et à considérer à l'intérieur même des INM APA et des séances. En effet, les troubles neurocognitifs, notamment chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, peuvent évoluer d'un jour à l'autre ou au cours d'une même journée sous l'influence de l'état psychologique et de l'état de fatigue.

Recommandation n°12 : Prendre en compte les troubles psychologiques et comportementaux de la personne âgée

L'entrée en institution et la vie en institution sont une rupture avec la vie antérieure de la personne âgée. Le vieillissement et les altérations de l'indépendance fonctionnelle, de l'autonomie décisionnelle et la perte de reconnaissance sont autant d'épreuves qui peuvent engendrer la dégradation de l'état psychologique de la personne âgée [17]. Les INM APA participent à prévenir la survenue et l'aggravation d'un état dépressif [18,19]. Elles peuvent révéler également des comportements de repli, de refus et d'isolement avant, pendant et après les interventions. Ainsi, le professionnel intervenant peut contribuer à identifier la dégradation d'un état psychologique de la personne âgée et, à l'inverse, une motivation retrouvée dans certaines situations. Les INM APA peuvent révéler des actions propices à motiver la personne âgée, ce qui peut être utile dans l'accompagnement des autres professionnels de l'établissement lors des AVQ.

Recommandation n° 13 : Prendre en compte la fatigabilité et la perception de l'effort et de la douleur de la personne âgée

La participation à des INM APA régulières pour une personne âgée vivant en Ehpad, qui a pu être pendant un temps éloignée d'une pratique, peut engendrer une fatigue excessive pouvant avoir un impact sur la réalisation d'AVQ. En effet une « dose » de pratique mal adaptée peut engendrer une perte de capacité et des troubles ponctuels. Il est essentiel d'évaluer la fatigabilité de la personne âgée à travers des situations spécifiques de répétition d'un mouvement ou lors d'évaluations standardisées tel que le test de force de préhension et le *Timed Up and Go test*. Cette évaluation de

la fatigabilité peut être complétée par un suivi de la perception subjective de la fatigue pendant la réalisation d'un exercice et de la séance.

La perception de l'effort peut quant à elle compléter ou apporter des informations supplémentaires qui serviront à adapter les intensités pendant un exercice ou une séance.

Une attention particulière est à accorder à la présence ou la survenue de douleurs pendant une mise en mouvement ou une activité. La douleur est un frein à la mise en activité et entretient la non-utilisation d'un membre douloureux. Ainsi, il faut pouvoir évaluer la ou les douleurs avant, pendant et après des exercices ou activités.

Ces différentes évaluations subjectives peuvent être réalisées à partir d'un entretien informel et d'outils d'évaluation tels qu'une *échelle visuelle analogique* (EVA) ou l'*échelle de Borg*. L'utilisation de ces échelles nécessitent de définir le ou les questions ciblant les caractéristiques de la douleur avant ou lors de la mise en œuvre des INM APA. Un temps d'apprentissage est à prévoir quant à l'utilisation à bon escient de ces échelles par la personne âgée. Ce temps est nécessaire afin de s'assurer que les réponses données sont associées à une bonne compréhension des questions posées.

Recommandation n°14 : Veiller à l'adhésion de la personne âgée aux INM APA

Quatre phases successives peuvent être adaptées pour soutenir la faisabilité, l'acceptabilité et l'adhésion de la personne âgée à un programme d'INM APA :

— **La phase de sensibilisation** basée sur la communication entre les intervenants impliqués dans l'INM APA (pour les objectifs spécifiques et partagés) et la personne âgée. Cette phase de mise en confiance est à associer à des temps d'échange et de recherche sur l'histoire de la personne, ses aptitudes naturelles et ses capacités résiduelles.

— **La phase de familiarisation** à l'INM APA basée sur des temps d'observation individuels ou collectifs et des temps d'initiation individuels. Cette phase peut correspondre à la définition des objectifs spécifiques en APA et partagés avec l'ensemble des professionnels. Ils sont définis sur la base d'une évaluation des capacités physiques et cognitives de la personne âgée. Cette phase peut également servir à orienter la personne âgée vers un programme qu'elle aura choisi parmi plusieurs propositions dans le but de renforcer sa motivation et son autodétermination.

— **La phase d'apprentissage** consiste à aborder le programme APA lors de séances individuelles. Il est question de présenter les exercices associés aux différents objectifs fixés. Cette phase peut amener les professionnels à intégrer des exercices dans les activités de la vie quotidienne de la personne âgée.

— **La phase de finalisation** d'un programme ou d'une étape d'un programme permet de valider ou invalider des objectifs fixés. Elle permet de réajuster ou de réinvestir de nouveaux objectifs au regard d'un nouveau programme. Cette étape de transition entre deux INM APA permet de limiter dans le temps une action pour maintenir la motivation de la personne âgée et des professionnels.

Recommandation n°15 : Renforcer la motivation et promouvoir l'autodétermination de la personne âgée

Le renforcement de la motivation et la promotion de l'autodétermination de la personne âgée en Ehpad sous-tendent le renforcement de l'autonomie, le renforcement des compétences et le renforcement de l'appartenance.

— **Le renforcement de l'autonomie** peut être encouragé par la participation de la personne âgée aux activités en lui offrant le choix de participer ou non à un panel d'activités. Cela nécessite de concevoir plusieurs propositions d'INM APA, constituées de plusieurs exercices ou situations dans une même séance. La personne âgée peut être davantage impliquée dans l'élaboration des objectifs

d'un programme d'intervention. Il faut accorder du poids à sa parole dans la définition des objectifs à atteindre.

— **Le renforcement des compétences** peut être favorisé par des temps d'initiation pour repositionner des objectifs pratiques et adaptés dans les gestes de la vie quotidienne : des exercices à réaliser, des mouvements à insérer dans le quotidien (e.g des déplacements à l'extérieur, des exercices d'assouplissements des poignets, de mobilité de la cheville). Ces objectifs, et les tâches associées, doivent être actualisés et soutenus afin d'obtenir les résultats souhaités (e.g : conserver un niveau d'activité physique, maintenir la mobilité de l'articulation de la cheville). Concomitamment, ces tâches peuvent être associées à la créativité et se baser sur les capacités résiduelles ou des aptitudes spécifiques à chaque individu (jouer de la musique, chanter, peindre, etc) pour permettre le retour de sensations et d'émotions connues. Ces recherches autour des aptitudes peuvent être menées par l'équipe d'accompagnement et les proches.

— **Le renforcement de l'appartenance** est encouragé par la facilité de la personne âgée à choisir et gérer ses activités quotidiennes et sociales : les fréquentations ; les places à tables ; l'accès aux proches ; l'accès aux soins du corps et d'esthétiques ou encore les INM, les programmes APA.

Evaluer & développer les capacités de la personne âgée

Recommandation n°16 : Evaluer les capacités résiduelles

Les évaluations des capacités résiduelles mettent en évidence les capacités robustes et restantes de la personne âgée sur lesquelles le professionnel en APA et les autres professionnels de l'établissement pourront s'appuyer, notamment pour accompagner les activités de la vie quotidienne. Les capacités résiduelles sont définies comme les capacités restantes, c'est-à-dire les réserves cognitives et motrices intactes ou légèrement altérées, sur lesquelles il est intéressant de porter une attention particulière pour les conserver le plus longtemps possible.

Ces évaluations peuvent être complétées par des évaluations complémentaires centrées sur les centres d'intérêt et les sources de motivation de la personne âgée. Ces évaluations peuvent prendre la forme de situations servant à mettre en évidence et à réveiller des capacités sensorielles, émotionnelles et psychologiques. Cela peut passer également par des recherches auprès des proches ou des autres professionnels de l'établissement. Cette approche intègre les spécificités psychosociales et motivationnelles de chaque individu. Ces déterminants sont essentiels à la mise en mouvement et l'engagement dans une activité physique, dans un exercice, dans un programme. Ils permettent de mieux introduire les activités, de veiller à l'implication de la personne et s'assurer de son assiduité. L'identification de ces capacités participera à définir les objectifs individuels des INM APA ainsi que le contenu des séances et des exercices.

Recommandation n°17 : Evaluer pour mieux prévenir les stades d'évolution de la sarcopénie

La sarcopénie est une maladie qui découle des altérations affectant les muscles. Le niveau d'évolution de cette maladie peut être évalué au regard de plusieurs critères établis par le groupe de travail européen de la sarcopénie du sujet âgé EWGSOP (European Working Group on Sarcopenia in Older People) au regard de trois critères [20]:

- Un indice de masse musculaire squelettique obtenu en impédancemétrie inférieur à 8.87 kg/m² pour les hommes et inférieur à 6.42 kg/m² pour les femmes ;
- Une force musculaire, obtenue grâce à un dynamomètre de main ;

— Des performances physiques évaluées à travers soit une vitesse de marche inférieure à 0.8 m/s sur le *test de marche sur 4 mètres*, soit un temps au *Timed Up and GO test* supérieur à 10 secondes.

C'est à travers trois stades d'évolution qu'il est constaté une pré sarcopénie, une sarcopénie et une sarcopénie sévère. Cette évaluation permet de définir des objectifs spécifiques afin de maintenir ou de renforcer les capacités musculaires de la personne âgée par l'intermédiaire de programmes adaptés.

Recommandation n°18 : Développer une approche nutritionnelle complémentaire aux INM APA

La dénutrition est une maladie touchant de nombreuses personnes âgées vivant en Ehpad. Cette dénutrition est la conséquence de plusieurs facteurs. Il est indispensable de prêter une attention particulière aux apports nutritifs à apporter afin qu'ils soient en adéquation avec les activités, notamment les INM APA proposées à la personne âgée. Une nutrition adaptée permet d'augmenter et/ou de consolider les effets d'un programme APA et de réduire les risques de fatigue et d'épuisement pendant et après des interventions. Il est essentiel de contribuer à repérer la dénutrition chez la personne âgée.

La dénutrition est évaluée à travers quatre critères déterminants :

- Une perte de poids supérieure à 5 % en 1 mois ou 10 % en 6 mois,
- Une diminution de la masse corporelle totale en particulier observée sur la masse musculaire,
- Un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 21,
- Un score obtenu au *Mini Nutritional Assessment* inférieur à 17/30 ou une albuminémie inférieure à 35 g/l avec une valeur de protéines C réactive normale [21].

Chez les personnes âgées les besoins minimaux en protéines sont de 0,8 g de protéines/kg/j. En cas de dénutrition des personnes âgées, la HAS recommande 1,2 à 1,5 g de protéines/kg/j et entre 30 et 40 kcal/kg/j. Dans un contexte de réadaptation chez la personne âgée, il est indiqué d'atteindre au minimum 1g de protéine /kg/j et 30 kcal/kg/j [22].

Cet accompagnement doit être initié et mis en œuvre en relation avec les professionnels de la diététique et de la nutrition (i.e diététicien-nutritionniste).

Recommandation n°19 : Développer les situations d'apprentissage moteur implicite

Il est essentiel de considérer que le système musculo-squelettique et le système nerveux central sont plastiques malgré un âge avancé et la présence de limitations fonctionnelles. Les capacités plastiques de ces systèmes sont diminuées mais toujours effectives comme l'attestent les réponses aux INM notamment en APA. La neuroplasticité permet la mise en place de nouveaux apprentissages et/ou de compenser une habileté motrice altérée ou une capacité diminuée.

Il est à considérer, notamment, que les temps d'apprentissage doivent être plus longs et qu'il est nécessaire de passer par davantage de répétitions pour acquérir une nouvelle habileté motrice chez les personnes âgées ayant des troubles cognitifs. Il est nécessaire également de considérer que les transferts d'apprentissage vers d'autres actions que celles travaillées sont moins évidents. Cette capacité de transfert d'apprentissage résiste plus difficilement aux pertes de capacités motrices et cognitives. Se servir d'une habileté motrice acquise dans un autre contexte est plus difficilement réalisable chez les personnes âgées ayant des troubles cognitifs. L'importance est donc de travailler sur des apprentissages issus des AVQ afin de contribuer au maintien de ces AVQ.



L'un des objectifs des programmes APA va porter sur le maintien des capacités à réaliser les activités de la vie quotidienne. Ainsi, les capacités sollicitées pendant les exercices programmés sont associées aux activités courantes pour permettre de faciliter les transferts de capacités.



Nicolas Regnard. Formateur programme APA Ecrivez-vous.

Il a été démontré un meilleur apprentissage moteur et de meilleures performances en phase de rappel et de rétention après des séances d'apprentissage implicite. L'utilisation de consignes implicites, induites par l'environnement, indicées par des supports ludiques (i.e. notes de musique, paroles, couleur, etc.) ou des exercices soutenus par une nature d'activité à forte signification motivationnelle, sensorielle ou émotionnelle (la danse, le Tango, l'escrime) permettent d'encourager le mouvement et de soutenir l'intégration, la mémorisation et le rappel d'une habileté motrice.

Poursuivre et entretenir la mise en mouvement

Recommandation n°20 : Accompagner la mise en mouvement au quotidien

La prise en soin passe par l'accompagnement de la mise en mouvement, et ce de manière régulière. Chaque geste volontaire de la personne âgée compte. C'est une répétition d'un mouvement au service du maintien des capacités qui ont été nécessaires pour le réaliser (force, souplesse, gestion de l'équilibre, attention, planification). Accompagner les mouvements intégrés aux activités de la vie quotidienne sous-tend de prendre le temps du laisser-faire ou du faire-faire tout en évitant de faire à la place de la personne.

Ainsi les professionnels et les intervenants en INM APA doivent avoir les bons gestes pour encourager et soutenir les mouvements de la personne âgée [23]. Ils doivent également avoir connaissance des capacités résiduelles de la personne âgée. Les INM APA peuvent contribuer à acquérir de nouveaux apprentissages permettant de continuer à faire avec les altérations, grâce notamment à une aide qu'elle soit technique ou fournie par un accompagnant.



Accompagner un transfert assis-debout, c'est tout d'abord informer de la bonne séquence de mouvements à réaliser : prendre de bons appuis au sol, être bien chaussé, réaliser une marche fessière, glisser les pieds sous la chaise, prendre appui sur les accoudoirs, incliner le tronc vers l'avant, porter le regard droit devant soi, réaliser une poussée simultanée sur les accoudoirs, etc.).

Ces consignes peuvent être montrées pour être observées par la personne âgée, imitées, accompagnées par une intention motivée : « Se lever de la chaise ? Mais pourquoi faire ? ».



France Mourey. Professeure des Universités.

Ces connaissances peuvent également être partagées avec les proches qui peuvent jouer un rôle essentiel dans l'accompagnement de la mise en mouvement du quotidien.

Recommandation n°21 : Multiplier les prétextes aux interactions sociales

Les INM APA contribuent à proposer des activités adaptées dont un des objectifs peut cibler l'augmentation de la fréquence et du temps d'interaction sociale. Cela passe notamment par des séances collectives entre les personnes âgées. Il est important de considérer le nombre de participants à une séance, en fonction de la nature de l'activité proposée et des ressources mobilisées pour accompagner les personnes dans cette activité.

Les espaces où se déroulent ces INM APA sont à définir également en fonction de la nature de l'activité proposée et des objectifs recherchés par le professionnel intervenant et/ou le projet d'établissement. Réaliser des séances dans un espace ouvert, fréquenté, à la vue de tous - les personnes âgées, les professionnels, les agents administratifs, les proches - peut permettre de les sensibiliser au contenu d'une INM APA, aux exercices associés et de rendre compte des capacités des participants. Un espace ouvert permet également de rendre la séance en accès libre pour des participants de passage (personne âgée, professionnel, proche), ou des observateurs potentiels. Des interactions sociales peuvent alors être induites spontanément.



J'organise régulièrement des séances avec les personnes âgées dans les salons ouverts des établissements pour être à la vue de tous. Cela participe ainsi à sensibiliser les familles et les autres professionnels sur les contenus des séances, la forme des exercices et des capacités des personnes âgées à les réaliser.



Camille Corsetti. Enseignante APA.

Les espaces extérieurs peuvent également servir à la mise en œuvre d'INM APA. Cela peut être considéré comme une variable implicite nécessitant une adaptation des participants à un autre environnement d'action. Les espaces extérieurs peuvent également offrir d'autres supports aux exercices proposés : un revêtement du sol différent, des espaces de déplacement plus larges, des parcours extérieurs, etc. Des espaces fleuris, aménagés et naturels peuvent contribuer à augmenter la motivation des personnes âgées à participer activement aux interventions.

Recommandation n°22 : Encourager la mise en mouvement régulière pour lutter contre la sédentarité

Les spécificités des personnes vivant en Ehpad, leur fatigabilité, leur acceptabilité, leur motivation, vont à l'encontre d'une mise en mouvement volontaire et spontanée et renforcent les comportements sédentaires. Les INM APA contribuent à encourager la mise en mouvement régulière en agissant positivement sur la perception subjective qu'a la personne âgée sur ses capacités à réaliser ses AVQ. De plus, les INM APA peuvent participer à réduire le sentiment associé à la peur de chuter.

Investir différents espaces dans l'établissement pour la réalisation d'INM APA, individuelle ou collective, peut permettre de mettre en confiance la personne âgée pour qu'elle évolue seule dans ces espaces.

Les INM APA peuvent prendre différentes formes par l'utilisation de matériels variés et complémentaires pendant les exercices proposés et encadrés. Ainsi, les interventions participent à stimuler la curiosité de la personne âgée ; elles peuvent également contribuer à apprendre à manipuler un nouvel équipement, matériel ou technologie. Un objectif individuel d'un programme APA peut cibler un apprentissage visant à utiliser, en toute sécurité et en autonomie, un équipement pour réaliser spontanément un exercice physique ou cognitif : une bande élastique, une balle de préhension, une tablette tactile.



Recommandation n°23 : Créer des environnements interactifs

Les professionnels impliqués dans la mise en œuvre des INM APA peuvent contribuer à aménager des espaces au sein de l'établissement pouvant être utilisés lors des séances APA encadrées. Ces espaces pourraient également être accessibles à la personne âgée seule ou accompagnée par un professionnel non qualifié en APA ou un proche. Ces espaces interactifs doivent permettre d'encourager une mise en mouvement sûre et guidée. Ils peuvent s'appuyer sur des activités de loisirs, des appétences connues des personnes âgées, le numérique. Ces « médiateurs » participeront à la mise en place d'interactions. Ces espaces peuvent être multigénérationnels et proposer des interactions attirantes pour les enfants et petits-enfants en visite. Les Ehpad sont des environnements de vie dans lesquels des espaces s'inspirant des principes du *Design Actif* peuvent être créés à l'extérieur, tels que des parcours extérieurs ou des jardins, mais également à l'intérieur sous la forme de parcours indicés pour orienter des déplacements ou encore guider la mise en mouvement à travers des exercices illustrés, dans les espaces de vie, individuels, collectifs et de circulation, d'un établissement.

Bibliographie

- [1] R. Feillet, S. Héas, D. Bodin, M. Charpentier, A. Quéniart, Corps et identité au grand âge : L'exercice corporel ou son abandon comme analyseur de la lutte contre la vulnérabilité, *Nouv. Prat. Soc.* 24 (2011) 21–35.
<http://search.proquest.com/docview/1124748539?accountid=14719>.
- [2] J.-P. Aquino, Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société, (2013) 132.
- [3] M. Iborra, C. Fiat, Rapport d'information sur les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD), 2018.
- [4] J.-P. Génolini, C. Mathieu, F. Cayla, L'activité physique en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : alignement médical ou émancipation ?, *SociologieS.* (2021) 1–13.
- [5] M. Delalandre, C. Collinet, Physical activity and falls prevention, through medical care and autonomy, *Gerontol. Soc.* 40 (2018) 35–50.
<https://doi.org/10.3917/g1.156.0035>.
- [6] Expertise Collective, Expertise collective Activité physique Activité physique Contextes et effets sur la santé Expertise collective, *Inserm.* (2008) 826.
- [7] G. Ninot, S. Agier, S. Bacon, C. Berr, I. Boulze, G. Bourrel, F. Carbonnel, V. Clément, M. David, A. Gerazime, A. Gomez, E. Guerdoux-Ninot, A. Laurent, K. Lavoie, T. Libourel, B. Lognos, F. Maffre, J. Maitre, S. Martin, G. Mercier, B. Nalpas, T.L. Nguyen, A.O. Engberink, J.-L. Pujol, X. Quantin, S. Rapior, P. Senesse, A. Stoebner-Delbarre, R. Trouillet, La Plateforme CEPS : une structure universitaire de réflexion sur l'évaluation des interventions non médicamenteuses (INM), *Hegel.* N° 1 (2017) 53.
<https://doi.org/10.4267/2042/62022>.
- [8] R. Aubry, C. Fleury, J.-F. Delfraissy. Les enjeux éthiques du vieillissement, *S.E.R. Etudes.* 4251 (2018) 43–54.
<https://doi.org/10.3917/etu.4251.0043>.
- [9] R. Aubry, Fin de vie et vieillesse : double peine ou double chance ?, *Gérontologie et Société.* 42 / n° 163 (2020) 33–45.
<https://doi.org/10.3917/g1.163.0031>.
- [10] G. Ninot, P.L. Bernard, M. Nogues, T. Roslyakova, R. Trouillet, Rôle des interventions non médicamenteuses pour vieillir en bonne santé, *Geriatr. Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.* 18 (2020) 305–310.
<https://doi.org/10.1684/pnv.2020.0879>.
- [11] G. Ninot, Guide professionnel des Interventions Non Médicamenteuses (INM), *Hegel.* N° 1 (2019) 80.
<https://doi.org/10.3917/heg.091.0080>.
- [12] G. Ninot, I. Boulze-Launay, G. Bourrel, A. Gerazime, E. Guerdoux-Ninot, B. Lognos, T. Libourel, G. Mercier, A.O. Engberink, S. Rapior, P. Senesse, R. Trouillet, F. Carbonnel, De la définition des Interventions Non Médicamenteuses (INM) à leur ontologie, *Hegel.* N° 1 (2018) 21–27.
<https://doi.org/10.3917/heg.081.0021>.
- [13] Guide pratique interventions non médicamenteuses et maladie d'Alzheimer. Comprendre, connaître, mettre en œuvre. Fondation Médéric Alzheimer. 2021.
- [14] J. Piggan, What Is Physical Activity? A Holistic Definition for Teachers, Researchers and Policy Makers, *Front. Sport. Act. Living.* 2 (2020) 1–7.
<https://doi.org/10.3389/fspor.2020.00072>.
- [15] M.D. Barbin JM, Communal D, Chevance G, Foucaut AM, Malo M, Caderby G, Professionnels en Activité Physique Adaptée (APA) au service de la Santé et de l'intégration sociale des personnes atteintes de maladies chroniques., Paris, 2015.
- [16] Haute Autorité de Santé (HAS). Évaluation Et Prise En Charge Des Personnes Âgées Faisant Des Chutes Répétées, 2009.
- [17] P. Thomas, C. Hazif-Thomas, Depression in elderly nursing home | Dépression de la personne âgée en institution, 2013.

- [18] M. Thakur, D.G. Blazer, Depression in Long-Term Care, *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 9 (2008) 82–87.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2007.09.007>.
- [19] M.L. Wehmeyer, Self-Determination and Individuals with Severe Disabilities: Re-Examining Meanings and Misinterpretations, *Res. Pract. Pers. with Sev. Disabil.* 30 (2005) 113–120.
<https://doi.org/10.2511/rpsd.30.3.113>.
- [20] A.J. Cruz-Jentoft, J.P. Baeyens, J.M. Bauer, Y. Boirie, T. Cederholm, F. Landi, F.C. Martin, J.P. Michel, Y. Rolland, S.M. Schneider, E. Topinková, M. Vandewoude, M. Zamboni, Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis, *Age Ageing.* 39 (2010) 412–423.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afq034>.
- [21] Haute Autorité de Santé (HAS). Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, 2007.
- [22] D. Volkert, Y.N. Berner, E. Berry, T. Cederholm, P. Coti Bertrand, A. Milne, J. Palmblad, S. Schneider, L. Sobotka, Z. Stanga, R. Lenzen-Grossimlinghaus, U. Krys, M. Pirlich, B. Herbst, T. Schütz, W. Schröer, W. Weinrebe, J. Ockenga, H. Lochs, ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics, *Clin. Nutr.* 25 (2006) 330–360.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2006.01.012>.
- [23] F. Mourey, P. Cruziat-Melon, Les bons gestes avec les personnes âgées - Guide de premiers secours pour les aider au quotidien, 2012.



SYNTHÈSE :
**Les 23 recommandations
et conseils pratiques**

