



« Ça bouge dans les EMS ! »



Promouvoir les activités physiques adaptées et prévenir le déconditionnement général en EMS

RAPPORT D'ÉVALUATION

(Mars 2023)



AFISA-VFAS



Avec le soutien de



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Prévention dans le domaine des soins

Impressum

« Ça bouge dans les EMS ! » est un projet coconstruit entre l'AFISA-VFAS (anciennement AFIPA-VFA) et Hop Santé Sàrl, représentés respectivement par :

- Claude Bertelletto Küng (contact : claudette@afisa-vfas.ch /+41 79 234 71 44)
- Thomas Bugnon (contact: info@hopsante.ch /+41 77 510 54 45)

Durée du projet : janvier 2021 – décembre 2022.

Période d'évaluation : septembre 2021 – septembre 2022.

INSTITUTIONS PARTENAIRES (ordre alphabétique)

- Foyers de la Ville de Bulle.
- Home médicalisé du Gibloux, Farvagny.
- Hop Santé Sàrl, Romont.
- Le Châtelet, Attalens.
- Réseau Santé Glâne.
- Réseau Santé Social de la Broye fribourgeoise.
- Stiftung St. Wolfgang, Singine.
- Pflegeheim Aergera, Singine.

COLLABORATION (ordre alphabétique)

- Groupe de projet (**Angélique GANDER**, responsable animation, **Anira LAUNAZ**, responsable formation et animation ; **Beatrice LOCHER**, responsable d'animation ; **Biljana LAZIC**, directrice ; **Claude BERTELLETTO KÜNG**, avocate et directrice AFISA ; **Nadia MARCHON**, directrice ; **Pierre-Alain FORT**, infirmier-chef ; **Rose-Marie DEMIERRE**, responsable de la vie sociale et coordinatrice de projet de vie d'établissement ; **Thomas BUGNON**, professionnel en Activités Physiques Adaptées et Santé, fondateur de Hop Santé Sàrl et chef du projet ; **Ursula NEUHAUS**, responsable d'animation ; **Véronique CASTELLA**, responsable animation).
- Groupe de pilotage (**Aurélié ARCHIMI**, service de la santé publique Fribourg ; **Christine KOLLY**, service de la prévoyance sociale ; **Claude BERTELLETTO KÜNG**, avocate et directrice AFISA ; **Francis DEGACHE**, MotionLab & Université de Lausanne ; **Patricia JUNGO JORIS**, CURAVIVA ; **Sandrine PIHET**, professeure HES ordinaire Fribourg ; **Thomas BUGNON**, professionnel en Activités Physiques Adaptées et Santé, fondateur de Hop Santé Sàrl et chef du projet ; **Vincent GREMEAUX**, CHUV & Université de Lausanne).

SOUTIEN FINANCIER & ACCOMPAGNEMENT

- Promotion Santé Suisse (soutien de la prévention dans le domaine des soins).

Résumé

Le projet « Ça bouge dans les EMS ! » part du constat qu'il est important de prévenir le déconditionnement général des personnes âgées en institution par une activité physique régulière et adaptée. En effet, souvent multimorbides, en perte d'autonomie, à risque de chutes et très sédentaires, les résident-e-s en établissement médico-social (EMS) passent 94% de leur temps assis ou couchés^{1,2}. Ce manque d'activité accentue leur déconditionnement, lui-même déjà favorisé par le vieillissement naturel et pathologique. La littérature scientifique montre qu'il est possible d'agir dessus par la pratique régulière d'une activité physique, reconnue dorénavant, de manière unanime comme un traitement non-médicamenteux à part entière pour un grand nombre de maladies chroniques et jouant un rôle préventif important, notamment des chutes^{3,4,5,6,7}.

Pour ce faire, le but de ce projet était d'amener une approche globale interprofessionnelle et d'intégrer durablement le-la professionnel-le en Activités Physiques Adaptées (APA) dans le fonctionnement actuel des EMS afin d'augmenter le mouvement quotidien de toutes les personnes âgées institutionnalisées. Ainsi, il est possible de prévenir le déconditionnement général et d'améliorer la qualité de vie de ces personnes.

Des outils ont été créés, notamment un guide pratique utilisé comme support principal. Pour mettre en œuvre ainsi qu'évaluer l'application de ce guide et ses effets sur les résidents, des groupes de multiplicateur-trice-s (3-5 personnes) dans 10 EMS ont été formés et ont participé à des évaluations par questionnaire tous les 3 mois pendant une année. Ces groupes ont été suivis tout au long du projet et les données ont été analysées statistiquement par la Professeure HES ordinaire Sandrine Pihet. En parallèle, des séances hebdomadaires avec un spécialiste en APA ont été mises en place, dans le cadre du programme d'entraînement « Hop Santé en EMS ». Des données sur la participation et la satisfaction des participants ont également été collectées depuis janvier 2021.

Ce rapport d'évaluation présente l'ensemble du processus sur ces deux années de projet ainsi que les résultats obtenus.

Liste des abréviations

AFIPA	Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Âgées
AFISA	Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Âgées et de l'aide et soins à domicile
APA	Activité Physique Adaptée
DSAS	Direction de la Santé et des Affaires Sociales
EMS	Établissement médico-social

Table des matières

1	Introduction	6
2	Méthode d'évaluation	9
2.1	Pour les multiplicateur-trice-s	9
2.2	Pour les interventions en APA	10
3	Résultats	11
3.1	Analyses effectuées	11
3.2	Participant-e-s	11
3.3	Résultats pour l'implémentation des mesures prévues dans le guide pratique	12
3.4	Résultats pour les apports du programme	17
3.5	Interventions du professionnel-le en APA (programme « Hop Santé en EMS »)	20
4	Discussion	22
4.1	Évaluation de la mise en application par les multiplicateur-trice-s	22
4.2	Intervention du professionnel-le en APA	23
5	Conclusion	25
6	Références	26
7	Liste des annexes	27

1 Introduction

L'augmentation de l'âge moyen de la population, combinée à une absence croissante d'activité physique, représente un défi de santé publique de plus en plus pressant. Selon une récente étude⁸ de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), près de 500 millions de personnes souffriront de maladies liées à la sédentarité d'ici 2030. Pour remédier à cette tendance, il est crucial de mettre l'accent sur l'importance du mouvement régulier.

Les établissements médico-sociaux (EMS) ne sont pas épargnés par ce problème. Les personnes âgées qui y entrent sont souvent atteintes de multiples maladies, en perte d'autonomie, courent un risque accru de chutes et sont très sédentaires. En effet, des études ont montré que les personnes âgées en EMS passent 94% de leur temps assis ou couchés.^{1,2} Ce manque d'activité accentue leur déconditionnement (perte progressive de la condition physique, psychique et fonctionnelle⁹), lui-même déjà favorisé par le vieillissement naturel et pathologique.

Lorsque les personnes âgées ne bénéficient pas d'un traitement adéquat en matière d'activité physique dès leur entrée en institution, cela entraîne fréquemment une baisse générale de leur état de santé et une augmentation de leur dépendance dans les activités quotidiennes¹⁰. Ces conséquences négatives se manifestent souvent sous la forme d'un recours accru aux médicaments et aux effets secondaires associés. Pourtant, il existe une alternative non médicamenteuse reconnue unanimement par la science et par les grandes organisations de santé publique, telles que l'OMS et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en Suisse : l'activité physique^{3,4,5,6,7}.

Encadré 1 : Définition de l'activité physique.

L'activité physique est définie par l'OMS comme « tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique ».

Le projet « Ça bouge dans les EMS ! » vise à lutter contre la sédentarité, à prévenir le déconditionnement des personnes âgées institutionnalisées et à améliorer leur qualité de vie en les encourageant à pratiquer régulièrement une activité physique adaptée. Pour atteindre ces objectifs, il est essentiel de mettre en place une approche globale et interdisciplinaire qui inclut les professionnel-le-s en Activités Physiques Adaptées (APA) et de la formation des équipes sur le terrain.

Dans cette optique, un guide pratique a été élaboré en collaboration avec les différents corps de métiers impliqués dans le projet, avec pour objectif de fédérer l'ensemble des professionnel-le-s. Ce guide présente notamment neuf étapes simples pour mettre en place un dispositif adapté, qui permet d'améliorer la prise en charge en termes de prévention et de traitement par le mouvement. En améliorant la forme physique et psychique des résident-e-s, ce projet aura un impact positif sur les équipes qui les accompagnent ainsi que sur leurs proches.

Pour l'intervention des professionnel-le-s en APA, spécialistes de l'adaptation du mouvement, de l'activité physique et du sport (formation universitaire de 5 ans niveau Master), le projet a fait appel à « Hop Santé en EMS » qui propose une véritable thérapie par le mouvement aux

résident-e-s. Ce programme d'entraînement, de réadaptation à l'effort, propose des séances de 45 minutes, une fois par semaine, à un groupe de maximum 12 résident-e-s principalement sans trouble cognitif majeur et mobiles. Actif dans plusieurs EMS du canton depuis 2019, cette intervention a démontré qu'elle est adaptée, accessible, sûre, ludique, réalisable dans l'environnement existant des EMS et appréciée par les résidents.

BON À SAVOIR

L'ensemble de l'argumentation autour de la promotion des activités physiques adaptées et la prévention du déconditionnement général en EMS se trouve dans le guide pratique destiné aux institutions et ne sera pas repris dans ce rapport (cf. <https://www.afisa-vfas.ch/acces-aux-membres/ca-bouge-dans-les-ems> OU <https://hopsante.ch/ems/>).

Afin de donner un contexte à ce rapport, voici un aperçu des principaux événements survenus lors des deux années de mise en œuvre du projet :

Année 2021 :

- **Dès janvier** : Des séances hebdomadaires du programme d'entraînement « Hop Santé en EMS » avec un-e professionnel-le en APA ont été instaurées dans les dix EMS partenaires.
- **Janvier à fin août** : Au cours de cette phase, nous nous sommes concentrés sur la création de divers outils (guide pratique, grilles d'évaluation, flyers, webinaires) en étroite collaboration avec le groupe de projet. À noter que ces outils ont été traduits en français et en allemand. Nous avons également organisé des groupes de multiplicateur-trice-s et préparé l'évaluation pour mesurer la mise en application du dispositif « mouvement » proposé dans le guide pratique.
- **Fin mai** : Une réunion avec le CoPil a été organisée pour obtenir notamment les commentaires des experts sur le guide pratique.
- **Juillet** : Il est malheureusement nécessaire de renoncer à évaluer l'évolution de la qualité de vie, de l'autonomie et du bien-être des résidents-e-s en raison des contraintes de moyens et des menaces de désengagement de certains établissements étant donné la charge de travail supplémentaire que cela représente. Vous trouverez la grille d'évaluation correspondante dans les annexes (cf. Annexe 3).
- **Août** : Nous continuons à discuter avec les EMS alémaniques pour une participation au projet en 2022.
- **Septembre** : Pour garantir une diffusion efficace des outils développés, nous avons formé les multiplicateur-trice-s qui ont immédiatement commencé l'évaluation de ce projet. Ces derniers ont également débuté la mise en pratique du guide pratique dans leurs établissements respectifs.

Année 2022 :

- **Dès janvier** : Le projet a démarré dans la partie alémanique du canton, en mettant en place des séances hebdomadaires avec un-e professionnel-le en APA et la diffusion des outils dans six nouveaux établissements alémaniques.
- **Janvier à décembre** : Au cours de l'année, le projet a progressé selon le plan établi, avec la poursuite de la mise en œuvre du guide pratique, l'évaluation régulière - tous les trois mois - des multiplicateur-trice-s, un accompagnement ciblé pour ces derniers, une réflexion sur les moyens de garantir la durabilité du projet (en particulier l'intégration du professionnel-le en APA) et une communication régulière autour du projet.
- **Septembre** : Une vidéo a été produite pour mettre en avant l'importance de l'intégration durable des professionnel-le-s en APA et présenter les moyens pour y arriver. Cette vidéo a été diffusée auprès de toutes les directions partenaires et partagée sur LinkedIn. En outre, Thomas Bugnon a participé au 3ème Colloque national spécialisé GERONTOLOGIE CH « Douleurs et âge : des compagnons indésirables ! Nouvelles approches interprofessionnelles », pour présenter du projet.
- **Décembre** : Le projet a été présenté en décembre à la plateforme latine de Curaviva/Artiset, qui regroupe les faïtières cantonales des EMS romands.

2 Méthode d'évaluation

Le concept d'évaluation repose sur un modèle d'impact présenté en annexe (cf. Annexe 6). Ce chapitre décrit la méthode utilisée pour l'évaluation passée par les multiplicateur-trice-s sur la mise en application du guide pratique au sein de leurs établissements respectifs (« outcome » multiplicateur-trice-s) ainsi que la participation et la satisfaction des résident-e-s ayant bénéficié des interventions du professionnel-le-s en APA. À noter que l'effet sur les résident-e-s (« outcome » patient-e-s), prévu à l'origine du projet (cf. Annexe 3), n'a pas été réalisé pour les raisons mentionnées précédemment.

2.1 Pour les multiplicateur-trice-s

Les multiplicateur-trice-s ont rempli un questionnaire à cinq occasions : avant le déploiement du programme en septembre 2021 (T0), puis chaque trois mois durant une année, soit en décembre 2021 (T1), mars 2022 (T2), juin 2022 (T3) et septembre 2022 (T4). Ils ont été formés à le remplir lors de la formation ainsi que par un webinar enregistré. Ils ont été invités à envoyer les questionnaires remplis à Thomas Bugnon après chaque occasion d'évaluation, pour vérification de la qualité des données.

Le questionnaire (cf. Annexe 2) comprend 31 items au total, composés de :

- 1) 25 questions sur l'utilisation des mesures préconisées par le programme, basées sur l'énoncé « actuellement, dans quelle mesure les éléments suivants du guide pratique sont-ils mis en place dans votre établissement ? », suivi des 25 exemples de mesures tels que « Levers de chaise ou mobilisation - le matin » ou « Parcours d'exercices intérieur avec des posters affichés à différents emplacements ». Les réponses sont fournies sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (totalement).



Figure 1 : Illustration d'une échelle de la grille d'évaluation.

- 2) 4 questions sur les apports du programme pour les résident-e-s, basées sur l'énoncé « actuellement, le programme "Ça bouge dans les EMS !" apporte pour les résident-e-s », suivi des 4 domaines tels que « une amélioration de l'état physique » ou « une amélioration de la participation dans les activités de la vie quotidienne ». Les réponses sont fournies sur une échelle allant de 0 (aucune) à 10 (grande).
- 3) 1 question sur les apports du programme pour le personnel, formulée de la manière suivante : « actuellement, le programme "Ça bouge dans les EMS !" apporte un bénéfice pour le personnel ». Les réponses sont fournies sur une échelle allant de 0 (aucun) à 10 (grand).

- 4) 1 question sur la qualité de l'expérience liée au programme pour le personnel, formulée de la manière suivante : « actuellement, l'expérience du personnel par rapport à la mise en pratique du guide pratique "Ça bouge dans les EMS !" est », avec une réponse sur une échelle allant de 0 (très mauvaise expérience) à 10 (très bonne expérience).

Les questions du bloc 1) ont été posées à chacun des 5 temps d'évaluation, et celles des blocs 2) à 4) seulement pour T1 à T4, puisqu'elles portent sur des apports éventuels du programme, et que ce dernier n'était généralement pas encore implémenté à T0.

2.2 Pour les interventions en APA

Durant les deux années de ce projet, nous avons collecté des données relatives au nombre de séances réalisées avec le ou la spécialiste en APA, au nombre de résidents touchés, à la participation des personnes inscrites, ainsi qu'aux raisons des absences. Par ailleurs, un questionnaire de satisfaction comportant 4 questions (cf. Annexe 4) a été administré par les équipes d'animation à une quinzaine de résident-e-s sélectionné-e-s par les professionnel-le-s en APA, en raison de leur capacité à fournir des réponses objectives.

3 Résultats

Dans ce chapitre, nous présenterons d'abord les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre du guide pratique dans les dix EMS qui ont participé au projet dès janvier 2021. Les résultats ont été obtenus à partir des grilles d'évaluation remplies par les multiplicateur-trice-s. Ensuite, nous présenterons les retours sur les interventions hebdomadaires du professionnel-le en APA.

3.1 Analyses effectuées

Pour chacun des 31 items à chacun des temps de mesure, des moyennes et écart-types ont été estimés. La présence d'une évolution au fil du temps a été testée par une analyse de variance univariée (ANOVA) portant sur les 5 (ou 4) temps de mesure. Les résultats de cette analyse ont été affinés par des test t de Student pour échantillon appariés réalisés entre temps de mesures consécutifs (par exemple entre T0 et T1, T1 et T2) pour identifier à quel moment se produit une augmentation significative. Pour les questions des blocs 2) à 4), un test t de Student par rapport à la valeur 0 a été réalisé pour T1, afin de tester si l'amélioration perçue diffère significativement de 0. Pour présenter les résultats sous forme de graphique, certaines variables conceptuellement proches (par ex. les levers de chaise du matin et du soir) ont été regroupées, à condition qu'elles soient fortement corrélées ($r > .60$) à tous les temps de mesure.

3.2 Participant-e-s

Au sein des 10 EMS participant au projet, 40 personnes (2 à 5 personnes par EMS) ont été recrutées pour agir au sein de leur institution comme multiplicateur-trice-s. Parmi elles, 6 personnes (15%) ont interrompu leur participation, pour les raisons suivantes : dans 3 cas un arrêt maladie, dans 2 cas un congé maternité, et dans 1 cas un départ à la retraite. Les données fournies par 2 personnes supplémentaires ont dû être exclues des analyses, suite à des problèmes de compréhension des instructions. Au final, 32 personnes (80% des multiplicateur-trice-s recruté-e-s) ont fourni des données fiables qui ont pu faire partie de l'analyse.

L'échantillon analysé est composé de 30 femmes (94%) et de 2 hommes (6%). Les participant-e-s sont âgé-e-s de 26 à 62 ans avec une moyenne à 43.8 ans (écart-type = 10.2), travaillent dans la profession depuis 13.4 ans en moyenne (écart-type = 9.4, min = 1, max = 35), et dans leur institution depuis 10 ans en moyenne (écart-type = 8.6, min = 0, max = 30). Le taux de travail est de 83.4% en moyenne (écart-type = 15.2, min = 60, max = 100). Les participant-e-s travaillent pour 78% dans le secteur soins et pour 22% dans le secteur animation, 52% ayant une fonction de personnel qualifié, 32% une fonction de personnel non qualifié et 16% une fonction de cadre.

Encadré 2 : Commentaires sur la sélection des multiplicateur-trice-s.

Le choix des multiplicateur-trice-s a une influence déterminante sur la réussite de la mise en place du projet dans les établissements. Des leaders peu favorables au changement peuvent entraver considérablement la réalisation du projet.

3.3 Résultats pour l'implémentation des mesures prévues dans le guide pratique

Comme l'illustre le Tableau 1 (colonne T0), avant l'implémentation du programme, certaines mesures préconisées étaient déjà souvent mises en place avec des moyennes supérieures à 5 sur une échelle allant de 0 à 10 (par ex. les déplacements autonomes des résident-e-s, la limitation du « faire à la place », les animations « sportives » plusieurs fois durant la semaine ou l'encouragement du port de chaussures adaptées). D'autres mesures étaient peu utilisées avec des moyennes inférieures à 3 (par ex. les levers de chaise, la sensibilisation des familles aux coupures de sédentarité, le suivi spécifique du mouvement journalier des résident-e-s) ou systématiquement absentes, avec des moyennes à 0 (par ex. l'échauffement matinal ou les animations autour du parcours d'exercices intérieur).

Comme le montre le Tableau 1, on observe une augmentation graduelle significative au fil des cinq évaluations pour chacune des 25 questions évaluant l'implémentation des différentes mesures prévues dans le programme. Pour la plupart (20 sur 25), l'augmentation de l'utilisation se manifeste déjà 3 mois après le début du projet avec une différence significative entre T0 et T1. Pour les 3 mesures suivantes, l'augmentation de l'utilisation est significative seulement après 6 mois (pas de différence entre T0 et T1 mais différence entre T1 et T2) : limiter au maximum le « faire à la place » ; les déplacements autonomes des résident-e-s ; la sensibilisation des familles aux coupures de sédentarité. Et pour les 2 mesures suivantes, l'augmentation de l'utilisation est significative seulement après 9 mois (pas de différence entre T0 et T1 ni entre T1 et T2, mais différence entre T2 et T3) : notes dans carnet de soins concernant les coupures de sédentarité ; les animations « sportives » proposées plusieurs fois durant la semaine.

Encadré 3 : Commentaires sur les critères d'évaluation.

Le guide pratique, sujet ici de l'évaluation, proposait un dispositif « mouvement » pour valoriser certains aspects positifs existants et en améliorer d'autres dans la vie des résident-e-s. Cependant, la mise en place de nouveaux éléments tels que l'échauffement matinal ou les notes liées aux coupures de sédentarité dans les carnets de soins a été plus lente que prévue.

Tableau 1 : Moyenne et (écart-type) pour l'utilisation des différentes mesures du programme, évaluée avant l'intervention (T0) puis chaque 3 mois (T1 à T4), N=32 pour les 10 EMS participant.

Mesure	T0	T1 avec t-test T0-T1	T2 avec t-test T1-T2	T3 avec t-test T2-T3	T4 avec t-test T3-T4	Effet du temps ^A	Taille d'effet ^B
Attitude « laisser faire » ou « faire avec », et limiter au maximum le « faire à la place »	5.39 (1.71)	5.81 (1.40), t ₍₃₀₎ =1.58, n.s.	6.42 (1.39), t ₍₃₀₎ =2.72, p<.05	6.97 (1.25), t ₍₃₀₎ =3.07, p<.05	7.38 (1.10), t ₍₃₁₎ =3.48, p<.05	F _(4,27) =12.08, p<.05	0.64
Déplacements autonomes des résident-e-s	5.77 (2.13)	6.06 (1.41), t ₍₃₀₎ =0.84, n.s.	6.58 (1.46), t ₍₃₀₎ =2.99, p<.05	7.29 (1.16), t ₍₃₀₎ =2.70, p<.05	7.53 (1.11), t ₍₃₁₎ =2.27, p<.05	F _(4,27) =5.95, p<.05	0.47
Transfert et verticalisation des personnes à mobilité réduite	4.84 (2.79)	5.81 (2.26), t ₍₃₀₎ =2.30, p<.05	6.32 (1.78), t ₍₃₀₎ =1.66, n.s.	6.81 (1.40), t ₍₃₀₎ =1.88, p<.05	7.31 (1.31), t ₍₃₁₎ =3.36, p<.05	F _(4,27) =5.15, p<.05	0.43
Levers de chaise ou mobilisation - le matin	2.81 (2.44)	3.74 (2.73), t ₍₃₀₎ =2.95, p<.05	5.06 (2.24), t ₍₃₀₎ =3.35, p<.05	6.19 (1.64), t ₍₃₀₎ =3.32, p<.05	6.94 (1.44), t ₍₃₁₎ =4.78, p<.05	F _(4,27) =19.85, p<.05	0.75
Levers de chaise ou mobilisation - le soir	2.65 (2.35)	3.77 (2.70), t ₍₃₀₎ =2.84, p<.05	4.55 (2.41), t ₍₃₀₎ =2.53, p<.05	5.71 (2.05), t ₍₃₀₎ =3.44, p<.05	6.41 (1.85), t ₍₃₁₎ =4.12, p<.05	F _(4,27) =14.27, p<.05	0.68
Étapes pour les levers de chaise des résident-e-s	2.71 (2.25)	3.90 (2.43), t ₍₃₀₎ =3.07, p<.05	4.77 (2.22), t ₍₃₀₎ =2.81, p<.05	6.13 (2.04), t ₍₃₀₎ =4.28, p<.05	6.47 (1.98), t ₍₃₁₎ =2.68, p<.05	F _(4,27) =11.19, p<.05	0.62
Coupures de la sédentarité - le matin	3.48 (2.91)	4.03 (2.73), t ₍₃₀₎ =3.18, p<.05	4.94 (2.50), t ₍₃₀₎ =2.67, p<.05	6.48 (1.48), t ₍₃₀₎ =3.69, p<.05	6.97 (1.36), t ₍₃₁₎ =2.88, p<.05	F _(4,27) =8.65, p<.05	0.56
Coupures de la sédentarité – l'après-midi	3.52 (2.52)	3.87 (2.54), t ₍₃₀₎ =2.25, p<.05	4.97 (2.40), t ₍₃₀₎ =2.80, p<.05	6.45 (1.48), t ₍₃₀₎ =3.60, p<.05	6.81 (1.38), t ₍₃₁₎ =2.35, p<.05	F _(4,27) =8.65, p<.05	0.56
Coupures de la sédentarité – notes dans carnet de soins	2.13 (2.88)	2.35 (2.48), t ₍₃₀₎ =0.98, n.s.	2.52 (2.55), t ₍₃₀₎ =0.87, n.s.	3.84 (2.84), t ₍₃₀₎ =2.97, p<.05	4.44 (2.83), t ₍₃₁₎ =2.09, p<.05	F _(4,27) =4.64, p<.05	0.41
Coupures de la sédentarité – familles sensibilisées	1.42 (2.05)	1.61 (2.06), t ₍₃₀₎ =0.77, n.s.	2.81 (2.17), t ₍₃₀₎ =3.28, p<.05	4.48 (2.32), t ₍₃₀₎ =4.19, p<.05	5.44 (2.05), t ₍₃₁₎ =3.33, p<.05	F _(4,27) =11.73, p<.05	0.64
Échauffement matinal est organisé	0.00 (0.00)	0.74 (1.55), t ₍₃₀₎ =2.67, p<.05	1.74 (2.37), t ₍₃₀₎ =3.75, p<.05	2.77 (2.59), t ₍₃₀₎ =3.79, p<.05	3.09 (2.72), t ₍₃₁₎ =1.22, n.s.	F _(4,27) =9.84, p<.05	0.59
Échauffement matinal - les résident-e-s y participent	0.00 (0.00)	0.81 (1.60), t ₍₃₀₎ =2.81, p<.05	1.87 (2.49), t ₍₃₀₎ =3.88, p<.05	2.97 (2.74), t ₍₃₀₎ =3.47, p<.05	3.47 (3.10), t ₍₃₁₎ =1.41, n.s.	F _(4,27) =9.93, p<.05	0.60
Échauffement matinal - les collaborateurs y participent	0.00 (0.00)	0.35 (0.95), t ₍₃₀₎ =2.08, p<.05	1.00 (1.77), t ₍₃₀₎ =2.56, p<.05	1.87 (2.17), t ₍₃₀₎ =4.03, p<.05	2.31 (2.39), t ₍₃₁₎ =2.90, p<.05	F _(4,27) =7.05, p<.05	0.51
Animation « sportives » proposées plusieurs fois durant la semaine	5.61 (2.63)	5.87 (2.16), t ₍₃₀₎ =0.88, n.s.	6.19 (2.29), t ₍₃₀₎ =0.92, n.s.	7.22 (2.30), t ₍₃₀₎ =3.41, p<.05	7.81 (2.15), t ₍₃₁₎ =2.90, p<.05	F _(4,27) =4.98, p<.05	0.42

^A ANOVA à mesures répétées sur les 5 temps d'évaluation ; ^B Eta carré partiel, correspondant à la proportion de variance expliquée par l'effet du temps ; t-test unilatéral ; n.s. : non significatif ; échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (totalemment)

Tableau 1 (suite) : Moyenne et (écart-type) pour l'utilisation des différentes mesures du programme, évaluée avant l'intervention (T0) puis chaque 3 mois (T1 à T4), N=32 pour les 10 EMS participant

Mesure	T0	T1 avec t-test T0-T1	T2 avec t-test T1-T2	T3 avec t-test T2-T3	T4 avec t-test T3-T4	Effet du temps ^A	Taille d'effet ^B
Parcours d'exercices intérieur avec des posters affichés à différents emplacements	0.16 (0.90)	1.06 (1.97), t ₍₃₀₎ =2.75, p<.05	2.26 (3.24), t ₍₃₀₎ =2.19, p<.05	5.00 (3.82), t ₍₃₀₎ =4.33, p<.05	5.81 (3.97), t ₍₃₁₎ =2.14, p<.05	F _(4,27) =14.78, p<.05	0.59
Animations autour du parcours d'exercices intérieur	0.00 (0.00)	0.71 (1.66), t ₍₃₀₎ =2.38, p<.05	1.77 (2.40), t ₍₃₀₎ =2.89, p<.05	3.47 (3.11), t ₍₃₀₎ =4.20, p<.05	4.25 (3.59), t ₍₃₁₎ =3.43, p<.05	F _(4,27) =9.42, p<.05	0.58
Port de chaussures adaptées par les résident-e-s est encouragé	5.58 (3.19)	6.29 (2.58), t ₍₃₀₎ =2.36, p<.05	6.90 (2.41), t ₍₃₀₎ =2.10, p<.05	7.97 (2.16), t ₍₃₀₎ =2.99, p<.05	8.22 (1.74), t ₍₃₁₎ =1.16, n.s.	F _(4,27) =4.71, p<.05	0.41
Institution organise un suivi des actions mises en place	1.10 (2.09)	2.52 (2.80), t ₍₃₀₎ =2.96, p<.05	3.71 (2.70), t ₍₃₀₎ =3.00, p<.05	5.09 (2.44), t ₍₃₀₎ =4.16, p<.05	6.06 (2.11), t ₍₃₁₎ =3.07, p<.05	F _(4,27) =27.63, p<.05	0.80
Suivi spécifique du mouvement journalier des résident-e-s est mis en place	1.48 (2.17)	2.74 (2.78), t ₍₃₀₎ =2.47, p<.05	3.48 (2.78), t ₍₃₀₎ =2.05, p<.05	5.16 (2.68), t ₍₃₀₎ =4.67, p<.05	5.91 (2.31), t ₍₃₁₎ =2.21, p<.05	F _(4,27) =14.63, p<.05	0.68
Collaboration interprofessionnelle efficace autour du projet est mise en place	1.87 (2.41)	2.68 (2.66), t ₍₃₀₎ =2.00, p<.05	3.77 (2.64), t ₍₃₀₎ =4.04, p<.05	5.09 (2.16), t ₍₃₀₎ =3.58, p<.05	5.94 (1.76), t ₍₃₁₎ =2.51, p<.05	F _(4,27) =26.47, p<.05	0.80
Personnel accorde de l'importance à augmenter l'activité physique des résidents	4.45 (2.26)	5.45 (2.03), t ₍₃₀₎ =2.47, p<.05	5.94 (1.88), t ₍₃₀₎ =2.18, p<.05	6.81 (1.93), t ₍₃₀₎ =2.96, p<.05	7.47 (1.84), t ₍₃₁₎ =2.69, p<.05	F _(4,27) =8.00, p<.05	0.54
Personnel accorde de l'importance à augmenter l'autonomie chez les résident-e-s	4.68 (2.33)	5.35 (2.14), t ₍₃₀₎ =1.88, p<.05	5.68 (2.33), t ₍₃₀₎ =0.96, n.s.	6.72 (2.05), t ₍₃₀₎ =3.83, p<.05	7.44 (1.98), t ₍₃₁₎ =3.65, p<.05	F _(4,27) =8.07, p<.05	0.55
Ensemble du personnel interne de l'EMS connaît le contenu du programme	0.94 (1.39)	3.03 (2.23), t ₍₃₀₎ =5.32, p<.05	3.94 (2.13), t ₍₃₀₎ =3.32, p<.05	5.38 (1.79), t ₍₃₀₎ =5.30, p<.05	6.38 (2.00), t ₍₃₁₎ =5.11, p<.05	F _(4,27) =32.80, p<.05	0.83
Ensemble des intervenants externes de l'EMS connaît le contenu du programme	0.19 (0.65)	1.35 (1.84), t ₍₃₀₎ =3.73, p<.05	1.90 (1.96), t ₍₃₀₎ =2.97, p<.05	3.28 (2.04), t ₍₃₀₎ =4.62, p<.05	4.47 (2.19), t ₍₃₁₎ =4.21, p<.05	F _(4,27) =31.31, p<.05	0.82
Contenu du guide pratique est abordé lors des colloques d'équipe	0.39 (0.88)	1.74 (1.77), t ₍₃₀₎ =4.53, p<.05	2.74 (2.19), t ₍₃₀₎ =3.37, p<.05	4.69 (1.71), t ₍₃₀₎ =5.33, p<.05	5.56 (1.46), t ₍₃₁₎ =3.84, p<.05	F _(4,27) =63.05, p<.05	0.90

^A ANOVA à mesures répétées sur les 5 temps d'évaluation ; ^B Eta carré partiel, correspondant à la proportion de variance expliquée par l'effet du temps ; t-test unilatéral ; n.s. : non significatif ; échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (totalment)

L'évolution au fil du temps explique entre 41 et 90% de la variance (colonne « Taille d'effet » dans les tableaux), soit une part modérée à très importante de la variabilité observée dans les évaluations. Cette dernière fait référence à la façon dont les données varient ou se diffusent autour de la moyenne. A titre d'illustration, la Figure 1 présente l'évolution au fil du temps pour l'ensemble des 10 EMS participants (ligne rouge, total), ainsi que pour chaque EMS spécifiquement, concernant la mesure « coupures de sédentarité – notes dans carnet de soins » qui a le plus faible taux de variance expliquée (41%) et la mesure « contenu du guide pratique abordé dans les colloques d'équipe » qui en a le plus fort (90%). Pour la mesure à faible taux de variance expliquée, l'augmentation moyenne (ligne rouge) est modeste avec d'importantes différences entre les trajectoires des différents EMS, alors que pour celle à fort taux, l'augmentation moyenne est importante avec des trajectoires assez similaires entre les différents EMS. La Figure 1 montre aussi que, même avec un taux de variance expliquée très élevé, la mise en place a été plus rapide dans certains EMS que dans d'autres, avec parfois des phases de stagnation ou de régression.

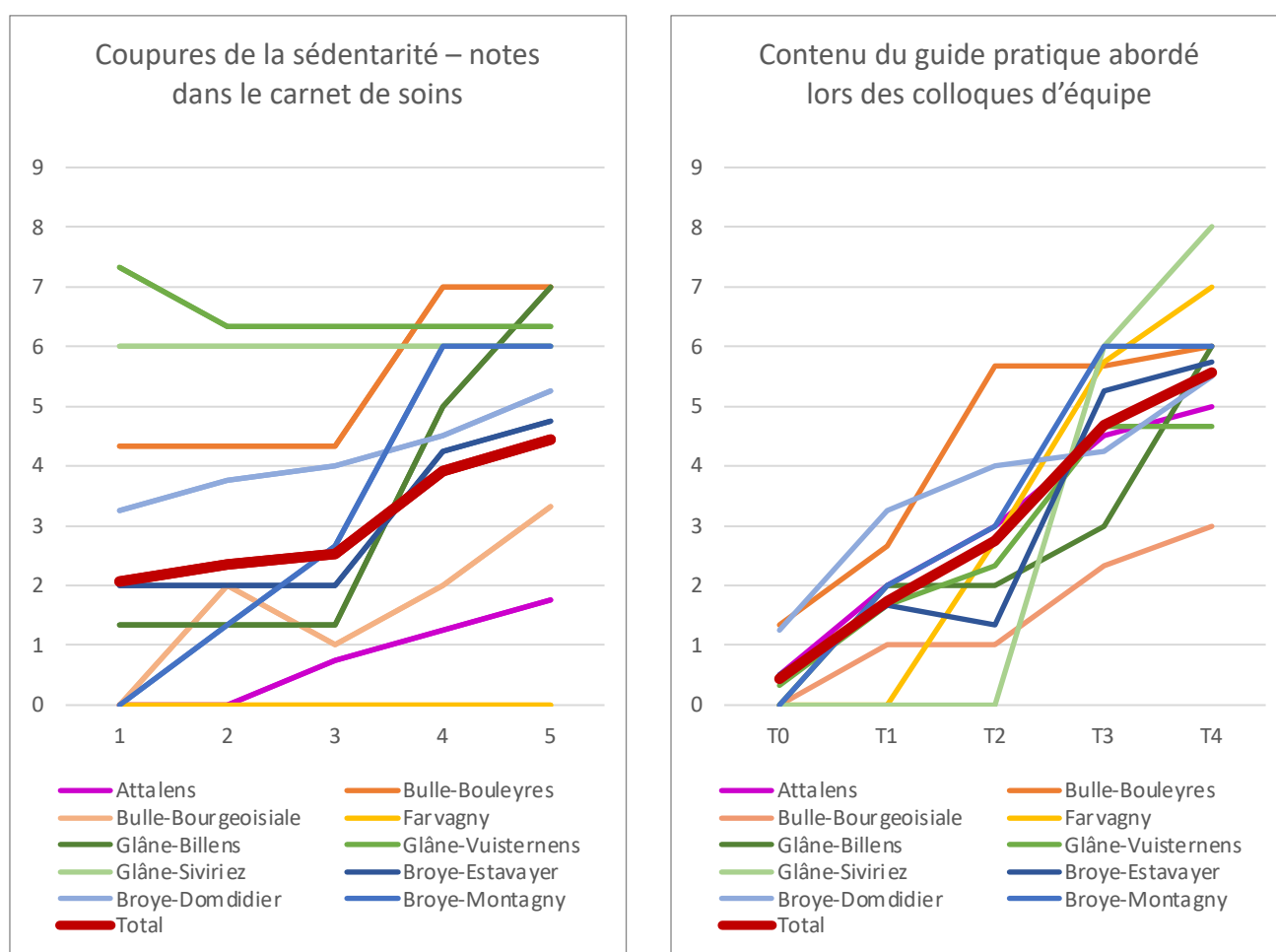


Figure 1 : Évolution des moyennes par EMS et pour les 10 EMS (total) sur les 5 temps d'évaluation.

Les mesures qui montrent la plus forte évolution sont celles liées à la mise en place de nouveaux fonctionnements institutionnels centrés sur la promotion du mouvement, en termes de mobilisation lors des colloques d'équipe (90% de variance expliquée, voir Figure 1), de sensibilisation du personnel

interne (83%) et externe (82%), de collaboration interprofessionnelle (80%), de suivi des actions (80%) et de suivi du mouvement journalier des résident-e-s (68%).

Plusieurs nouvelles mesures concrètes de promotion du mouvement, qui étaient absentes ou peu mobilisées avant le déploiement du programme, ont également montré une forte implémentation : les levers de chaise ou mobilisation (matin 75% et soir 68%, voir Figure 2), la sensibilisation des familles aux coupures de sédentarité (64%), l'échauffement matinal (organisé 59%, participation des résident-e-s 60%), le parcours d'exercices intérieur (disponible 59%, animations associées 58%). C'est aussi le cas de certaines mesures qui étaient déjà utilisées avant l'intervention : limiter au maximum le « faire à la place » (64%), ou plus modestement les coupures de la sédentarité (matin 56% et après-midi 56%, voir Figure 2). L'importance accordée par le personnel à augmenter l'activité physique (54%) et l'autonomie (55%) des résident-e-s augmente modérément, sachant qu'elle était déjà proche de 5 sur une échelle allant de 0 à 10 avant l'intervention.

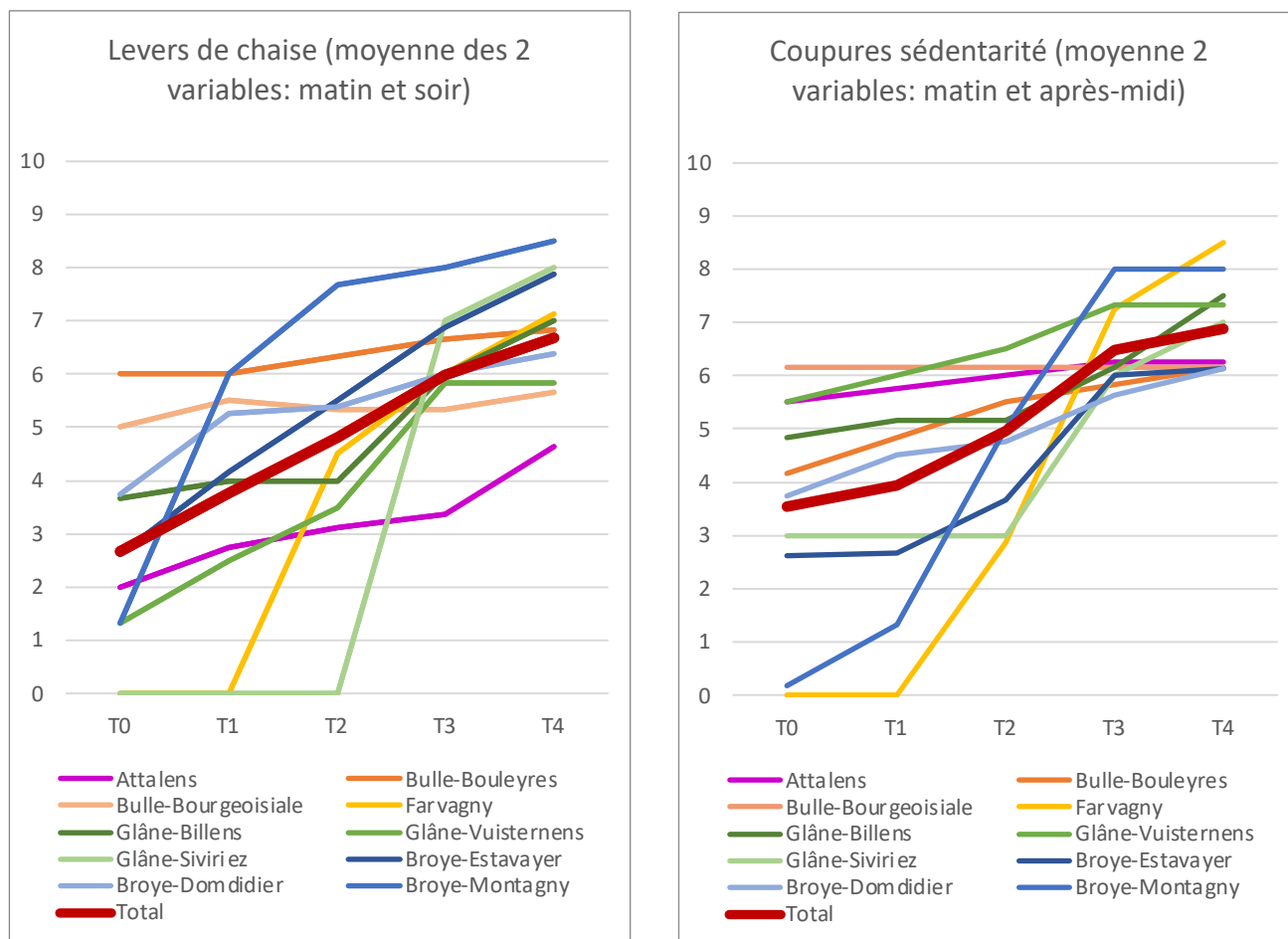


Figure 2 : Évolution des moyennes par EMS et pour les 10 EMS (total) sur les 5 temps d'évaluation.

Quelques mesures, pourtant déjà utilisées avant l'intervention, montrent une progression modeste de l'implémentation : le transfert et verticalisation des personnes à mobilité réduite (43%), les animations « sportives » proposées plusieurs fois durant la semaine (42%, voir Figure 3), et le port de chaussures adaptées par les résident-e-s (42%, voir Figure 3). Les graphiques de la Figure 3 montrent des

évolutions au fil du temps très variables entre les EMS, certains augmentant fortement l'implémentation alors que dans d'autres elle reste stable ou diminue même.

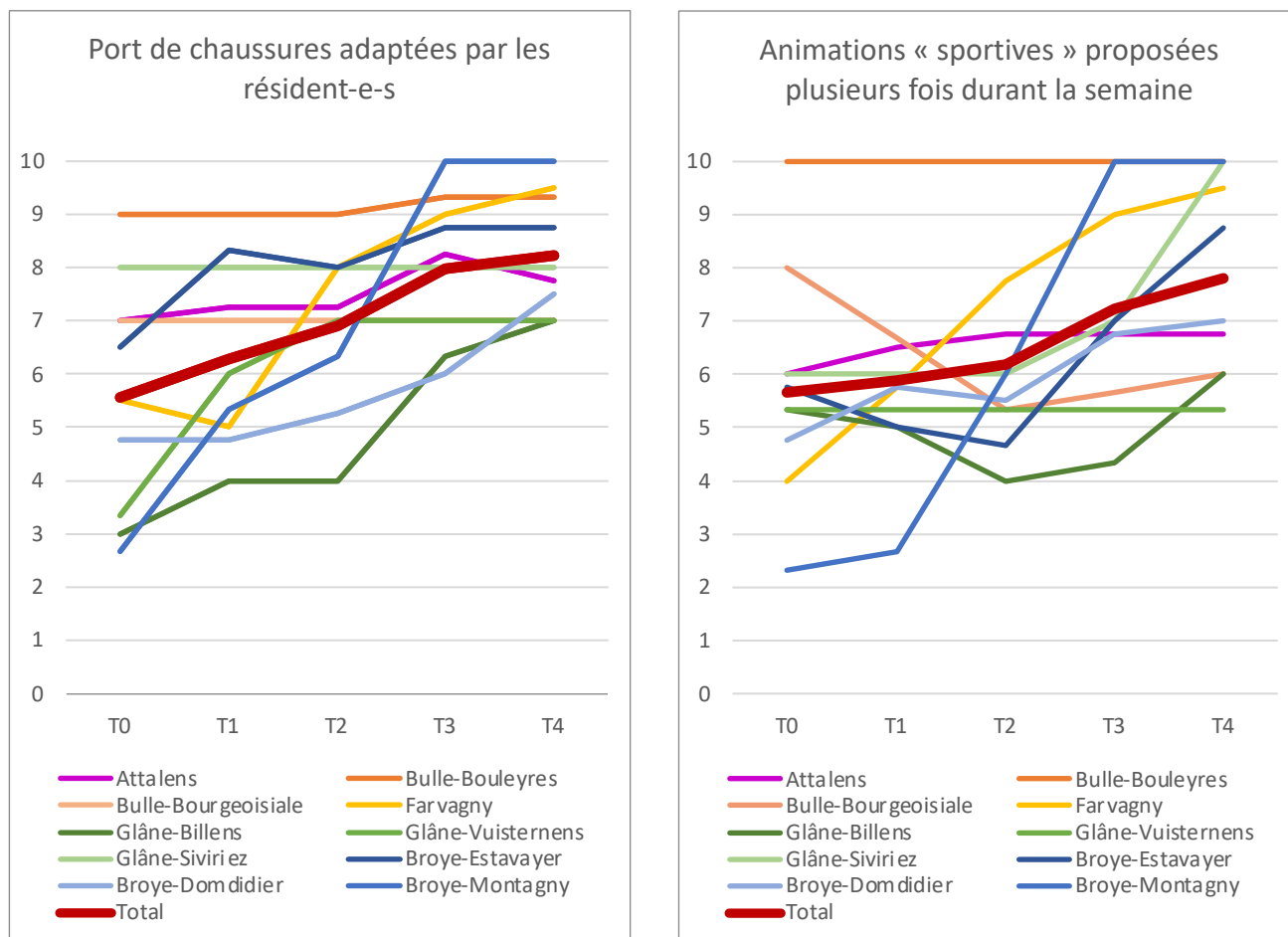


Figure 3 : Évolution des moyennes par EMS et pour les 10 EMS (total) sur les 5 temps d'évaluation.

Pour 14 des mesures que le programme encourage à implémenter, après une année (voir Tableau 1, colonne T4) le niveau atteint est élevé, avec une moyenne supérieure à 6 sur une échelle allant de 0 à 10. Seules 5 mesures n'ont pu être implémentées que de manière modeste, avec une moyenne inférieure à 5 : l'échauffement matinal (organisé 3.09, participation des résident-e-s 3.47, participation des collaborateur-trice-s 2.31), les notes dans le carnet de soins concernant les coupures de la sédentarité (4.44), et la sensibilisation du personnel externe (4.47).

3.4 Résultats pour les apports du programme

Les multiplicateur-trice-s se sont ici prononcés au sujet de possibles améliorations pour les résident-e-s ou apports pour le personnel lorsque le programme avait pu être suffisamment implémenté. Ils comprennent donc un nombre important de réponses manquantes pour les premiers temps d'évaluation, et sont ainsi à interpréter comme des bénéfices perçus sous condition d'implémentation.

Comme l'illustre le Tableau 2, dès le 3^{ème} mois d'implémentation du programme, le personnel qui s'est prononcé rapporte une amélioration significativement différente de 0 pour tous les aspects évalués pour les résident-e-s et pour le personnel. Cette amélioration perçue continue à croître

significativement aux 3 temps d'évaluation suivants. La variance expliquée par l'évolution au fil du temps est très importante pour trois indicateurs ciblés sur les résident-e-s : l'amélioration de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (83%), la participation dans les activités de la vie quotidienne (82%), et la santé physique (78%). Elle est modeste pour l'amélioration de l'état psychique des résident-e-s (56%), ainsi que pour le bénéfice pour le personnel (56%) et la qualité de l'expérience de mise en pratique du guide du programme (52%).

Encadré 4 : Commentaires sur les apports du programme.

La réalisation de cette partie de l'évaluation a représenté un défi pour les multiplicateur-trice-s. Il est difficile d'évaluer les résultats du projet sur les résident-e-s sans utiliser des données quantitatives, surtout dans le cas des personnes âgées, dont l'état de santé peut naturellement décliner au fil du temps. À noter également que la vitesse d'implémentation a considérablement varié d'un établissement à l'autre. Enfin, pour certains multiplicateur-trice-s, la difficulté à remplir la grille d'évaluation a perturbé leur expérience avec le projet, au point pour certains de presque faire oublier l'objectif final de mettre en pratique le guide pour améliorer la qualité de vie des résident-e-s.

Tableau 2 : Moyenne et (écart-type) pour les apports du programme pour les résident-e-s et le personnel, ainsi que pour l'expérience du personnel liée au programme, évalués chaque 3 mois (T1 à T4), N=32 pour les 10 EMS participants

Variable	T1 avec t-test par rapport à 0	T2 avec t-test T1-T2	T3 avec t-test T2-T3	T4 avec t-test T3-T4	Effet du temps ^A	Taille d'effet ^B
Résident-e-s – Apport d'amélioration de l'état physique ³	3.58 (1.92), t ₍₁₈₎ =8.11, p<.05	4.38 (2.02), t ₍₁₈₎ =3.50, p<.05	5.06 (2.16), t ₍₂₃₎ =2.58, p<.05	5.97 (1.89), t ₍₃₀₎ =3.95, p<.05	F _(3,15) =19.12, p<.05	0.78
Résident-e-s – Apport d'amélioration de l'état psychique ³	3.53 (2.40), t ₍₁₇₎ =10.41, p<.05	4.05 (2.37), t ₍₁₇₎ =1.95, p<.05	4.42 (2.28), t ₍₂₂₎ =2.11, p<.05	5.42 (2.17), t ₍₃₀₎ =4.23, p<.05	F _(3,14) =5.93, p<.05	0.56
Résident-e-s – Apport d'amélioration de la participation dans les activités de la vie quotidienne ³	2.74 (1.59), t ₍₁₈₎ =7.49, p<.05	4.17 (1.97), t ₍₁₈₎ =2.75, p<.05	5.10 (2.15), t ₍₂₃₎ =3.25, p<.05	5.81 (2.01), t ₍₃₀₎ =3.93, p<.05	F _(3,16) =23.77, p<.05	0.82
Résident-e-s – Apport d'amélioration de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ³	3.06 (1.35), t ₍₁₇₎ =9.61, p<.05	4.29 (2.18), t ₍₁₇₎ =3.78, p<.05	5.23 (2.17), t ₍₂₃₎ =3.44, p<.05	5.84 (2.13), t ₍₃₀₎ =3.34, p<.05	F _(3,15) =25.08, p<.05	0.83
Personnel – Apport d'un bénéfice ^C	3.53 (2.40), t ₍₁₆₎ =6.06, p<.05	4.05 (2.37), t ₍₁₆₎ =2.53, p<.05	4.42 (2.28), t ₍₁₈₎ =3.44, p<.05	5.42 (2.17), t ₍₃₀₎ =4.12, p<.05	F _(3,14) =5.93, p<.05	0.56
Personnel – Expérience par rapport à la mise en pratique du guide pratique ^D	2.77 (1.83), t ₍₁₂₎ =5.45, p<.05	3.21 (1.84), t ₍₁₂₎ =1.95, p<.05	4.00 (1.41), t ₍₁₈₎ =2.11, p<.05	5.13 (1.54), t ₍₃₀₎ =4.22, p<.05	F _(3,10) =3.62, n.s.	0.52

^A ANOVA à mesures répétées sur les 5 temps d'évaluation ; ^B Eta carré partiel, correspondant à la proportion de variance expliquée par l'effet du temps ; ^C échelle allant de 0 (aucune) à 10 (grande) ; ^D échelle allant de 0 (très mauvaise expérience) à 10 (très bonne expérience) ; t-test unilatéral ; n.s. : non significatif.

3.5 Interventions du professionnel-le en APA (programme « Hop Santé en EMS »)

Le projet « Ça bouge dans les EMS ! » a permis de dispenser le programme dans 10 établissements en 2021 et 16 en 2022, en français et en allemand. Au total, près de 1200 séances ont été données à près de 400 résident-e-s, avec un taux de participation de 83,7% sur ces deux années. En moyenne, un cinquième des résident-e-s d'un EMS en ont bénéficié. Les raisons des absences aux séances ont été documentées, ce qui a permis de constater que 50,5% des absences étaient liées à l'état de santé des participant-e-s, 19,5% à des visites de proches imprévues, 12,5% à des rendez-vous médicaux ou divers, 11% à des raisons inconnues car aucune information n'a été transmise à l'intervenant-e ou à des oublis du personnel d'amener le-la participant-e, et 6,5% à des animations planifiées en même temps que l'intervention du spécialiste en APA.

Résumé 2021 Général

Nombre de résidents touchés	151
Nombre séances totales	455
Nombre d'établissement touchés	10
Taux de participation (%)	84,4
Taux d'absence (%)	15,6

Résumé 2022 Général

Nombre de résidents touchés	244
Nombre séances totales	734
Nombre d'établissement touchés	16
Taux de participation (%)	83,0
Taux d'absence (%)	17,0

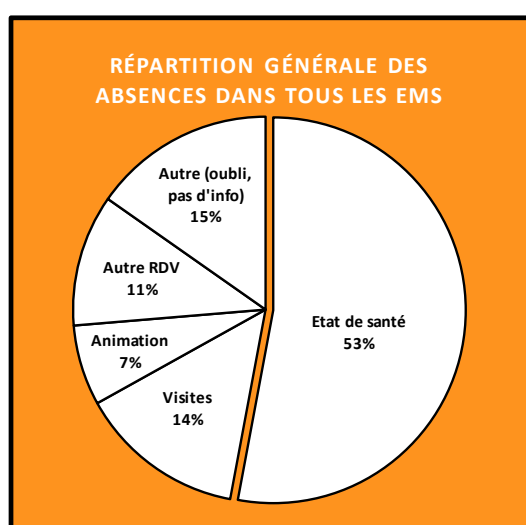


Figure 4 : Chiffres clés du programme d'entraînement « Hop Santé en EMS » sur les deux années de projet.

Voici les témoignages de plusieurs participant-e-s du programme « Hop Santé en EMS » qui expriment leur satisfaction quant aux résultats obtenus grâce aux interventions des professionnel-le-s en APA, sans qu'aucun propos négatif n'ait été recueilli.

« Ça m'aide à faire des mouvements au quotidien. »

« Nous avons la chance d'avoir des séances sportives. »

« Ça me plaît et c'est bon pour la santé ! »

« Après les séances je me sens libérée, cela me fait un grand bien. »

« J'observe un changement positif en équilibre et en réflexe. »

« Ça m'aide à aller marcher tous les jours. »



« Il me faut un empêchement majeur pour que je n'y aille pas. »

« Ça remet le moral quand je vois tout ce que j'arrive faire. »

« J'ai plus d'énergie, ça maintient jeune. »

« Cela nous stimule, car de nous même on se laisse aller. »

« Je me sens plus légère et moins raide. »

« Je recommande fortement cette activité. »

Au terme des deux années de projet, 7 EMS sur 16 ont choisi de poursuivre l'aventure en 2023 en continuant à faire confiance au professionnel-le en APA, tandis que les autres ont décidé de mettre fin au programme pour des raisons budgétaires. Il est important de noter que malgré l'engagement et l'appréciation des résidents ainsi que les résultats positifs obtenus, les contraintes budgétaires restent notamment un obstacle important à surmonter pour la poursuite de ce type d'intervention.



4 Discussion

Avant d'aborder les aspects liés à l'évaluation de la mise en place du guide pratique et de l'intervention des professionnels en APA, nous souhaitons souligner les facteurs qui ont favorisé ou entravé la réussite de ce projet.

Il est crucial de sensibiliser les directions et les collaborateurs aux bienfaits thérapeutiques et préventifs de l'activité physique régulière et adaptée. Cela a été fait grâce au guide pratique et ses compléments, qui visait à rassembler tous les professionnel-le-s et à former des multiplicateur-trice-s. L'absence de conviction des dirigeants et de soutien pour les équipes est source d'échec. Globalement, les directions ont répondu présentes, mais peut-être pas suffisamment dans certains établissements. Les leaders doivent être positifs, dynamiques, soutenus, écoutés et ouverts aux changements. La résistance au changement est un frein bien connu de l'être humain et nous n'y avons pas échappé. Certains EMS ont admis avoir choisi les mauvaises personnes en tant que multiplicateur-trice-s en raison de leur état d'esprit et de leurs compétences. Cela a été constaté lors de l'évaluation tous les 3 mois. La communication pour une collaboration interprofessionnelle efficace et un projet commun est essentielle. Pendant ce projet, nous avons constaté des lacunes à ce niveau dans plusieurs établissements. Une mauvaise communication est une source de conflit et un obstacle majeur pour le bon déroulement du projet.

Les ressources humaines sont également un critère important. Les sous-effectifs, la pénurie de personnel dans les soins, les changements structurels et l'absentéisme pour des raisons de santé physique ou psychique ont été ressentis tout au long de ces deux années. L'implication de la faïtière et du canton est cruciale pour soutenir les institutions dans la mise en place des recommandations de l'OFSP en matière d'activité physique. S'agissant uniquement de recommandations, nous avons malheureusement constaté qu'elles ne sont pas toutes suivies de la même manière. Par exemple, les EMS ont suivi scrupuleusement les recommandations liées à la Covid, qui représente un danger immédiat, tandis qu'ils ne suivent que partiellement les recommandations préventives pour lutter contre la sédentarité par l'activité physique, qui ont un impact sur la santé à long terme.

En somme, l'intégration durable d'un professionnel en APA joue un rôle de catalyseur pour mettre en avant le mouvement en EMS. Sa valeur ajoutée n'est malheureusement pas encore reconnue à sa juste place par les décideurs, mais nous en discuterons un peu plus loin dans ce rapport. Enfin, il faut passer à l'action pour avoir un maximum de résultats sur la qualité de vie des personnes âgées en EMS !

4.1 Évaluation de la mise en application par les multiplicateur-trice-s

Au fil du temps, les cibles d'implémentation ont été de plus en plus efficacement mises en place, avec des résultats significatifs au travers de cinq périodes d'évaluation couvrant une année. 80% d'entre elles ont enregistré des augmentations statistiquement significatives dès les trois premiers mois après le début du projet. Pour plus de la moitié des cibles, une implémentation importante a été atteinte après une année, bien que certains éléments tels que l'échauffement matinal, les notes à propos des coupures de sédentarité et la sensibilisation du personnel externe aient été modestement mis en place. Les différences entre les EMS sont importantes, tant en termes de mobilisation des mesures préconisées avant le déploiement du programme, de latence de la mise en place des mesures et d'intensité de leur déploiement. Ceci a entraîné une progression souvent linéaire au fil du temps, mais aussi des périodes

de stagnation ou de régression. Les apports du programme pour les résident-e-s et le personnel, selon la perception des multiplicateur-trice-s et lorsque l'implémentation est suffisante, semblent substantiels surtout pour la santé physique des résident-e-s, leur autonomie dans les activités de la vie quotidienne et leur participation aux activités de la vie quotidienne.

Il est important de noter que cette évaluation comporte certaines limites qui doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats. Tout d'abord, l'évaluation a été effectuée par les multiplicateur-trice-s qui ont soutenu l'implémentation du programme dans leurs EMS, ils sont donc susceptibles de percevoir plus facilement des effets allant dans le sens de leurs efforts. Pour éviter ce biais potentiel, il aurait été préférable d'avoir une évaluation externe. De plus, l'évaluation des apports du programme n'a été faite que lorsque l'implémentation était jugée suffisante par les multiplicateur-trice-s, sans critère précis à ce sujet, ce qui a pu favoriser une surestimation des résultats.

Il convient de souligner que notre méthode d'évaluation comporte également des éléments qui renforcent la fiabilité et la pertinence des résultats obtenus. Tout d'abord, l'évaluation a été réalisée tous les 3 mois pendant une année, ce qui a permis de suivre tout le processus d'implémentation du programme et de prendre en compte les évolutions au fil du temps. En outre, une grande partie des multiplicateur-trice-s ont fourni des évaluations à tous les temps prévus, avec peu d'abandons et ces derniers uniquement pour des raisons indépendantes du projet. Cela témoigne de la participation active et de l'engagement des multiplicateur-trice-s dans l'évaluation, ce qui renforce la validité des résultats obtenus.

Enfin, il est important de considérer la collaboration interdisciplinaire comme un élément clé pour assurer la réussite de la mise en place durable du projet. Il est nécessaire d'impliquer l'ensemble des équipes autour des résident-e-s et non se limiter à considérer ce projet comme une tâche exclusivement liée à l'animation. Cette approche de la prise en charge n'est pas encore appliquée dans tous les EMS et devra devenir une norme de travail à l'avenir. Cela explique les difficultés rencontrées parfois avec les multiplicateurs.

4.2 Intervention du professionnel-le en APA

Après ces deux années de projet (et même avant), le programme d'entraînement « Hop Santé en EMS », dispensé hebdomadairement par un-e professionnel-le en APA, continue de susciter des retours très positifs. Depuis 2019, cette prestation fait ses preuves¹¹ et est très appréciée par les résident-e-s. Le taux de participation est élevé, en particulier pour un public dont l'état de santé peut varier d'un jour à l'autre et qui a des rendez-vous médicaux (ou autres) fréquents. Il serait intéressant de pouvoir élargir ce programme à d'autres groupes de résident-e-s en prenant en compte les disparités de santé au sein d'un EMS. L'intégration d'un-e professionnel-le en APA dans le fonctionnement des EMS est cohérente et bénéfique pour les résident-e-s. Cette pratique va également dans le sens de l'OFSP qui souhaite inscrire l'activité physique comme un moyen thérapeutique dans le système de santé suisse et renforcer la profession des APA^{6,12}.

Pour une intégration durable, les EMS fribourgeois ont dorénavant la possibilité officielle du canton de financer cette intervention par le biais de la dotation en personnel de soins et d'accompagnement ou via le prix de pension. Cependant, malgré l'appréciation des résidents pour cette prestation, seulement moins de la moitié des EMS partenaires continuent de collaborer en 2023. Cela est dû uniquement à des raisons budgétaires, ce qui montre que la plupart des directions d'EMS et

probablement aussi des infirmier-ère-s chef-fe-s n'ont pas encore véritablement intégré l'importance de l'activité physique comme traitement non-médicamenteux avec ses effets préventifs et thérapeutiques démontrés dans la littérature scientifique. Il aurait été bénéfique de sensibiliser plus intensément ces personnes car ce sont elles qui ont le pouvoir décisionnel. Pour elles, les interventions de professionnel-le en APA ne sont pas encore considérées comme une réelle thérapie par le mouvement, complémentaire aux soins usuels mais comme un divertissement. Si c'était le cas, le financement de ces interventions par le biais de la dotation en soins-accompagnement (ou le prix de pension ou un mélange de différents budgets) aurait pleinement du sens. Même si la Confédération et les cantons ont des discours et des recommandations importantes en matière de santé et d'activité physique, un changement sera possible uniquement le jour où les directions auront l'audace de challenger le statu-quo et d'avancer vers de nouveaux horizons. Ainsi, les perspectives à venir seront belles et prometteuses !



© Alain Wicht / La Liberté

5 Conclusion

Grâce au projet « Ça bouge dans les EMS ! », les EMS ont toutes les cartes en mains pour mettre en place un EMS « en mouvement » basé sur une approche globale interprofessionnelle de l'activité physique. Il existe un consensus sur les bénéfices de l'activité physique pour les personnes âgées, qui améliorent leur qualité de vie, leur état de santé physique et mentale, ainsi que leur bien-être général. Cette philosophie devrait devenir la « nouvelle normalité » dans le fonctionnement quotidien des EMS. La Direction de la Santé et des Affaires Sociales du canton de Fribourg (DSAS) offre officiellement la possibilité aux EMS de financer les prestations d'un-e professionnel-e en APA par le biais de la dotations soins et accompagnement ou le prix de pension, ce qui est une reconnaissance importante de la valeur ajoutée pour les bénéficiaires et de la profession. Cependant, l'intégration durable de ces professionnel-le-s dépend en grande partie des EMS et du soutien de l'association faîtière. L'enthousiasme des personnes âgées envers le programme d'entraînement « Hop Santé en EMS » et les résultats obtenus devraient encourager les institutions à faire confiance aux spécialistes en APA. Il est essentiel d'être innovant et de penser hors des sentiers battus pour faire évoluer les EMS d'aujourd'hui vers un avenir meilleur !

6 Références

1. MacRae, P. G., Schnelle, J. F., Simmons, S. F. & Ouslander, J. G. (1996). Physical Activity Levels of Ambulatory Nursing Home Residents. *Journal of Aging and Physical Activity*, 4(3), 264-278. <https://doi.org/10.1123/japa.4.3.264>
2. den Ouden, M., Bleijlevens, M. H. C., Meijers, J. M. M., Zwakhalen, S. M. G., Braun, S. M., Tan, F. E. S. & Hamers, J. P. H. (2015). Daily (In)Activities of Nursing Home Residents in Their Wards : An Observation Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(11), 963-968. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.05.016>
3. Expertise collective. (2008). *Activité physique : Contextes et effets sur la santé*. Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).
4. Expertise collective. (2015). *Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées*. Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).
5. Expertise collective. (2019). *Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques. Synthèse et recommandations*. Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).
6. Nast, Niedermann, Carlander, Mattli, Rausch-Osthoff, Sommer, Wieber & Wirz. (2020). *L'activité physique comme moyen thérapeutique*. Berne : Office fédéral de la santé publique OFSP.
7. Saubade, M., Norrenberg, S., Besson, C., Thornton, J. & Amati, F. (2015). Une pilule pour remplacer l'activité physique ? *Revue Médicale Suisse* 11(481), 1421-1425.
8. Le Temps (2022). L'absence d'activité physique devrait faire près de 500 millions de malades d'ici 2030. Lien : <https://www.letemps.ch/sciences/labsence-dactivite-physique-faire-pres-500-millions-malades-dici-2030>
9. British Geriatrics Society & University Hospital of North Midlands (UHNM). (2020). *Sit Up, Get Dressed and Keep Moving!*
10. Forster, A., Lambley, R., Hardy, J., Young, J., Smith, J., Green, J. & Burns, E. (2009). Rehabilitation for older people in long-term care. In The Cochrane Collaboration (Éd.), *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004294.pub2>
11. Bugnon, T. (2019). Effets d'une Activité Physique Adaptée sur le contrôle postural statique et dynamique de résidents en établissement médico-social : étude exploratoire de 8 semaines dans le Réseau Santé de la Glâne (Canton de Fribourg, Suisse).
12. Grosjean, Nicolas ; Stehlin, Carole ; Gut, Vanessa (2021). « Élaboration de profils de compétences pour l'activité physique comme moyen thérapeutique (APMT) en Suisse ». Rapport à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique.

7 Liste des annexes

Annexe 1 : Extrait du flyer.

Annexe 2 : Grille d'évaluation multiplicateur-trice-s.

Annexe 3 : Grille d'évaluation résident-e-s.

Annexe 4 : Questionnaires de satisfaction programme « Hop Santé en EMS »

Annexe 5 : Articles de journaux.

Annexe 6 : Modèle d'impact.

Annexe 1 : Extrait du flyer.

BENEFICES DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

- Sur la santé : amélioration des fonctions vitales du sommeil, réduction des chutes, prévention et traitement de maladies chroniques liées notamment à la sédentarité;
- Sur la personne : amélioration des aptitudes physiques, qualités sociales, motivation intrinsèque, autonomie dans les activités de la vie quotidienne;
- Sur les émotions : satisfaction personnelle, impression de bien-être, estime de soi, humeur, diminution du stress et de l'anxiété;
- Sur les liens sociaux : réduction de l'isolement, ouverture d'esprit, plaisir.

Les effets préventifs et thérapeutiques de l'activité physique régulière et adaptée préservent et améliorent la qualité de vie, l'autonomie et le bien-être psychique et social des personnes.

RECOMMANDATIONS POUR LES PROCHES ET FAMILLE

- Encouragez votre proche au mouvement;
- Intégrez lors de votre visite une activité physique avec lui/elle;
- Soyez attentif au « laissez faire » ou « faire avec » et limitez au maximum le « faire à la place »;
- Pensez à apporter à votre proche des bas, chaussures ou pantoufles fermées antidérapantes et confortables pour la marche (éviter les talons);
- Veillez à ce que votre proche ait suffisamment d'habits confortables, jogging, etc. pour son activité physique.

MERCI d'encourager votre proche au mouvement.

Il en va de sa santé.

La Direction et l'équipe de projet interne « Ça bouge dans les EMS ! »

Août 2021

« Ça bouge dans les EMS ! »



Un programme en EMS pour :

- Promouvoir les activités physiques adaptées
- Prévenir le déconditionnement général
- Intégrer les proches et les familles



OBJECTIFS DU PROGRAMME

- Réduire la sédentarité et augmenter le mouvement quotidien de toutes les personnes âgées dans notre institution;
- Placer les résidents au centre et leur permettre d'interagir avec une équipe pluridisciplinaire, un spécialiste en Activités Physiques Adaptées et ses proches/famille.

PRINCIPAUX ENJEUX EN EMS

- Développer et conserver ses capacités et sa résilience;
- Compenser les pertes de capacités, en réadaptant et maximisant l'autonomie;
- Maintenir une qualité de vie en conservant la capacité à se déplacer de manière autonome;
- Lutter contre la perte de condition physique, psychique et fonctionnelle;
- Repousser et freiner la dépendance et l'invalidité.

IMPLICATION DU PERSONNEL

Toutes nos équipes participent activement de manière interdisciplinaire au programme «Ça bouge dans les EMS ! ».

Nous encourageons le mouvement quotidien des résidents et le transformons en exercice.

Chaque geste compte, même petit, il fait la différence.

COMMENT BOUGER MIEUX ?

Utilisez les activités quotidiennes

Saisir chaque occasion pour se lever et marcher régulièrement



S'asseoir au bord du lit ou sur son fauteuil au lieu de rester couché



Se lever pour aller aux toilettes

S'habiller avec des vêtements confortables et des chaussures adaptées

Bouger et faire de l'exercice dans son lit ou sur une chaise



Se lever pour manger à table et s'asseoir dans une chaise classique

Faire sa toilette au lavabo ou aller à la douche

COMMENT BOUGER MIEUX ?

Profitez des infrastructures et offres



Participer aux cours en Activités Physiques Adaptées et aux autres animations sportives

Utiliser quotidiennement les parcours intérieur/extérieur seul ou accompagné



Se promener dans le corridor ou dans le parc

Aller à la cafétéria avec ses proches/famille



Utiliser les moyens auxiliaires : cannes, cadres de marche, déambulateur, fauteuil roulant



Annexe 2 : Grille d'évaluation multiplicateur-trice-s.

Grille évaluation multiplicateurs



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

« Ça bouge dans les EMS ! »

Évaluation de l'application du guide pratique auprès des membres du groupe de projet interne de chaque EMS (3-5 personnes par établissement)

Mesdames, Messieurs,

L'équipe de projet remercie les membres du groupe de projet interne de votre établissement de prendre le temps de répondre **individuellement** et **de manière aussi objective que possible** au questionnaire ci-dessous et aux périodes d'évaluation suivantes :

- **Évaluation initiale** : entre le 06 et 17 septembre 2021
- **2^{ème} mesure** : entre le 06 et 17 décembre 2021
- **3^{ème} mesure** : entre le 01 et 14 mars 2022
- **4^{ème} mesure** : entre le 06 et 17 juin 2022
- **Évaluation finale** : entre le 05 et 16 septembre 2022

Cela ne devrait pas vous prendre plus de 15 minutes.

Pour plus d'efficacité, vous pouvez indiquer directement le chiffre correspondant à votre réponse dans le tableau Excel. Vous pouvez aussi noter ce chiffre sur le questionnaire papier, dans la case correspondante, et le reporter ensuite dans le fichier Excel.

À la fin de chaque période d'évaluation, veuillez envoyer un email à info@hopsante.ch avec un dossier ZIP contenant les documents Excel de chaque membre du groupe de projet interne de votre EMS (un document Excel par membre, nommé comme suit : CBEm_NomPrénom).

En cas d'une éventuelle question, merci de nous contacter à la même adresse email.

INFORMATIONS SUR MULTIPLICATEUR (remplir uniquement la première fois).	
Prénom, nom et sexe (M ou F) :	Nombre d'années de travail dans l'institution :
Année de naissance :	Nombre d'années de travail dans la profession :
Fonction au sein de l'institution :	Taux de travail (en %) :
Type et niveau de formation :	Date de l'évaluation (jj.mm.aa) :


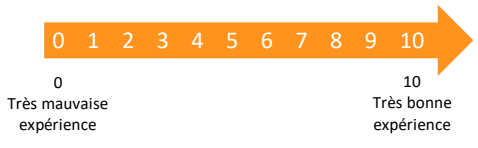
QUESTIONS

Actuellement, dans quelles mesures les éléments suivants du guide pratique sont-ils mis en place dans votre établissement (cf. pages 13-14) ?

Merci de répondre aux questions ci-dessous en utilisant l'échelle de 0 (pas du tout) à 10 (totalement) – ou en notant 999 si vous ne pouvez/voulez pas répondre :



	SCORE
1. Attitude « laisser faire » ou « faire avec », et limiter au maximum le « faire à la place »	
2. Déplacements autonomes des résidents (marche ou fauteuil roulant)	
3. Transfert et verticalisation des personnes à mobilité réduite	
4. Levers de chaise ou mobilisation – le matin	
5. Levers de chaise ou mobilisation – le soir	
6. Application des étapes par le personnel pour les levers de chaise des résidents	
7. Coupures de la sédentarité (actions brèves d'environ 10 minutes) - le matin	
8. Coupures de la sédentarité (actions brèves d'environ 10 minutes) - l'après-midi	
9. Coupures de la sédentarité - sont notés dans les cartes de soin	
10. Coupures de la sédentarité - les familles sont sensibilisées à ce sujet	
11. Échauffement matinal est organisé	
12. Échauffement matinal - les résidents y participent	
13. Échauffement matinal - les collaborateurs y participent	
14. Animation « sportives » proposées plusieurs fois durant la semaine	
15. Parcours d'exercices intérieur avec des posters affichés à différents emplacements	
16. Animations autour du parcours d'exercices intérieur	
17. Port de chaussures adaptées par les résidents est encouragé	
18. Institution organise un suivi des actions mises en place (listées dans les points précédents)	
> Si oui, noter sous quelle forme (indiquer ci-dessous) :	

19. Suivi spécifique du mouvement journalier des résidents est mis en place > Si oui, noter sous quelle forme (indiquer ci-dessous) :	
20. Collaboration interprofessionnelle efficace autour de la thématique du projet est mise en place	
21. Personnel accorde de l'importance à l'augmentation de l'activité physique chez les résidents	
22. Personnel accorde de l'importance à l'augmentation de l'autonomie chez les résidents	
23. Ensemble du personnel interne de l'EMS connaît le contenu du programme « Ça bouge dans les EMS ! »	
24. Ensemble des intervenants externes de l'EMS connaît le contenu du programme « Ça bouge dans les EMS ! »	
25. Contenu du guide pratique du programme « Ça bouge dans les EMS ! » est abordé lors des colloques d'équipe	
<p>Autres questions : Actuellement...</p> <p>Merci de répondre aux questions ci-dessous en utilisant l'échelle de 0 à 10 proposée - ou en notant 999 si vous ne pouvez/voulez pas répondre :</p> <div style="text-align: center;">  <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Aucun-e 10 Grand-e</p> </div> <p>Programme « Ça bouge dans les EMS ! » apporte pour les résidents :</p>	
26. Amélioration de l'état <u>physique</u>	
27. Amélioration de l'état <u>psychique</u>	
28. Amélioration de la <u>participation</u> dans les activités de la vie quotidienne	
29. Amélioration de l' <u>autonomie</u> des résidents dans les activités de la vie quotidienne	
30. Programme « Ça bouge dans les EMS ! » apporte un bénéfice pour le personnel	
<div style="text-align: center;">  <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très mauvaise expérience Très bonne expérience</p> </div>	
31. Expérience du personnel par rapport à la mise en pratique du guide pratique « Ça bouge dans les EMS ! »	

Remarque (si vous souhaitez nuancer ou expliquer votre réponse à une ou plusieurs questions, merci de le noter ci-dessous en indiquant le numéro de la question):

Annexe 3 : Grille d'évaluation résident-e-s.

Grille évaluation résidents



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

« Ça bouge dans les EMS ! »

Évaluation de la qualité de vie, l'autonomie et le bien-être des résidents.

Mesdames, Messieurs, l'équipe de projet remercie le personnel de prendre le temps de remplir ce questionnaire avec les différentes parties ci-dessous et aux périodes d'évaluation suivantes :

- **Évaluation initiale** : entre le 06 et 17 septembre 2021
- **2^{ème} mesure** : entre le 06 et 17 décembre 2021
- **3^{ème} mesure** : entre le 01 et 14 mars 2022
- **4^{ème} mesure** : entre le 06 et 17 juin 2022
- **Évaluation finale** : entre le 05 et 16 septembre 2022

	Qui doit remplir ?	Pour qui ?
PARTIE A (~15 min.)	Le personnel <u>des soins ou de l'animation</u> lit les questions au résident et retranscrit ses réponses (il est important de bien retranscrire les réponses de la personne âgée et ne pas influencer les résultats)	Les résidents sans troubles cognitifs importants présents dans l'établissement à l'évaluation initiale
PARTIE B (~5 min.)	Le personnel <u>des soins ou de l'animation</u> réalise ces mesures avec le résident et retranscrit ses résultats	Tous les résidents présents dans l'établissement à l'évaluation initiale
PARTIE C (~5 min.)	Le personnel <u>des soins</u> remplit la grille d'évaluation sans la présence du résident	Tous les résidents présents dans l'établissement à l'évaluation initiale
PARTIE D (~5 min.)	Le personnel <u>des soins</u> remplit la grille d'évaluation sans la présence du résident	Les résidents avec troubles cognitifs importants dans l'incapacité de répondre aux questions de la PARTIE A et présents dans l'établissement à l'évaluation initiale

Ces parties sont à évaluer aux différentes périodes indiquées ci-dessus uniquement pour les résidents présents à l'évaluation initiale de septembre 2021. Ne pas regarder les anciennes mesures en remplissant le questionnaire. Idéalement, un même accompagnant par unité réalise les mesures/observations et remplit les résultats dans le tableau Excel durant la durée de l'étude.

À la fin de chaque période d'évaluation, veuillez envoyer un email à info@hopsante.ch avec un dossier ZIP contenant les documents Excel de chaque résident de votre EMS (un document Excel par résident, nommé comme suit : CBEr_NomPrénom).

En cas d'une éventuelle question, merci de nous contacter à la même adresse email.

INFORMATIONS SUR RÉSIDENT (remplir uniquement la 1 ^{ère} fois les éléments surligner en jaune).	
Prénom, nom :	Troubles cognitifs importants : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Degré de dépendance RAI (1 à 12) :	Date d'entrée en institution :
Année de naissance :	Prénom, nom de <u>l'examineur</u> :
Sexe, taille, poids :	Date de l'évaluation :

PARTIE A

Veillez cocher, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui, en cochant la case appropriée.
À propos de votre mobilité :
<input type="checkbox"/> Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied. (3)
<input type="checkbox"/> J'ai des problèmes pour me déplacer à pied. (2)
<input type="checkbox"/> Je suis obligé(e) de rester alité(e). (1)
<input type="checkbox"/> Ne peut pas répondre. (999)
À propos de votre autonomie :
<input type="checkbox"/> Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi. (3)
<input type="checkbox"/> J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e). (2)
<input type="checkbox"/> Je suis incapable de me laver ou m'habiller tout(e) seul(e). (1)
<input type="checkbox"/> Ne peut pas répondre. (999)
À propos de vos activités courantes (p.ex. faire son lit, ménage de sa chambre, etc.) :
<input type="checkbox"/> Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes. (3)
<input type="checkbox"/> J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes. (2)
<input type="checkbox"/> Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes. (1)
<input type="checkbox"/> Ne peut pas répondre. (999)
À propos de vos éventuelles douleurs/gênes :
<input type="checkbox"/> Je n'ai ni douleurs, ni gêne. (3)
<input type="checkbox"/> J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s). (2)
<input type="checkbox"/> J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s). (1)
<input type="checkbox"/> Ne peut pas répondre. (999)
À propos de votre anxiété/dépression :
<input type="checkbox"/> Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e). (3)
<input type="checkbox"/> Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e). (2)
<input type="checkbox"/> Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e). (1)
<input type="checkbox"/> Ne peut pas répondre. (999)

Veillez indiquer par une croix où vous situez votre état de santé aujourd'hui sur cette échelle : 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Ne peut pas répondre. (999)

Meilleur état
de santé
imaginable

100



90



80



70



60



50



40



30



20





















10



0

Pire état
de santé
imaginable

Mettez une croix dans la case qui correspond à ce que vous avez éprouvé.e durant les dernières semaines.	Oui (1)	Non (0)	Ne peut pas répondre (999)
1. Vous sentez-vous souvent abattu(e)/découragé(e) et triste ?			
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?			
3. Êtes-vous heureux(se) (bien) la plupart du temps ?			
4. Pensez-vous que votre situation est sans espoir/désespérée ?			

Mettez une croix sur le smiley qui correspond à ce que vous éprouvez actuellement (en tenant compte des dernières semaines et non pas dans la vie passée ni dans l'instant présent).		Ne peut pas répondre (999)
1. Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	   0 1 2	
2. Êtes-vous satisfait(e) de votre santé ?	   0 1 2	
3. Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?	   0 1 2	
4. Êtes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?	   0 1 2	
5. Êtes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?	   0 1 2	
6. Êtes-vous satisfait(e) de votre digestion ?	   0 1 2	

Mettez une croix dans la case qui correspond à ce que vous éprouvez actuellement.	Pas du tout (0)	Un peu (1)	Beaucoup (2)	Ne peut pas répondre (999)
1. Vivez-vous dans un environnement qui vous encourage à bouger ?				
2. Est-ce que le personnel de l'établissement vous encourage à bouger régulièrement ?				

PARTIE B

Consignes : Force de préhension (à faire avec la personne)

Positionner l'aiguille de l'appareil sur 0. Ajuster la poignée pour une prise adaptée à la main de la personne. Installer la personne en position assise, coudes fléchis à 90° collé au corps (sans appuis), poignet en position neutre, sans le plier (paume de main vers l'intérieur) et sans poser l'appareil sur la cuisse. Une fois que la personne est positionnée correctement lui expliquer que le but est de serrer le plus fort possible cet appareil qui mesure votre force de poigne. Une fois la personne prête, dites-lui : « Serrez aussi fort que vous le pouvez, plus fort !...plus fort !...relâchez ».

Réaliser 2 essais à droite, 2 essais à gauche et indiquer le meilleur résultat en kilogramme.

Vidéo de démonstration : <https://youtu.be/BfEcbowkITc>

Force de préhension	
Droite (kg)	Gauche (kg)
<input type="checkbox"/> Ne comprend pas les consignes (999)	

Consignes : Levés de chaise (à faire avec la personne)

Toujours prendre la même chaise pour tous les résidents.

Pré-test : demander à la personne d'avancer ses fesses au milieu de la chaise, de croiser les bras devant soi avec une main sur chaque épaule et dans cette position, d'essayer de se lever une fois de la chaise.

- Si pas possible (KO), le test est fini (scorer 0) mais aider la personne à se lever une fois pour son estime.
- Si possible (OK), expliquer à la personne que le but est de se lever complètement et s'asseoir 5 fois aussi vite que possible en gardant les bras croisés.

Donnez le départ (3-2-1-GO), enclencher le chronomètre à « GO », compter jusqu'à 5 à chaque fois que la personne est à nouveau assise et arrêter le chronomètre à la 5^{ème} fois assis.

Vidéo de démonstration : <https://youtu.be/0qoI9BwAOKO>

Levés de chaise	
Prétest (OK = 1 / KO = 0)	Temps (sec)
<input type="checkbox"/> Ne comprend pas les consignes (999)	

PARTIE C

Chutes et escarres. Indiquer le numéro entre parenthèses.	Oui (1) ou Non (0)	Ne peut pas être évalué (999)
<p>1. Chute(s) bénigne(s) dans les 3 derniers mois derniers ?</p> <p>Si oui, quelles en sont les causes ?</p> <p>A. Accidentelles</p> <p>B. Liées à un malaise, problèmes physiques, sensoriels ou articulaires</p>		
<p>2. Chute(s) grave(s) dans les 3 derniers mois derniers ?</p> <p>Si oui, quelles en sont les causes ?</p> <p>A. Accidentelles</p> <p>B. Liées à un malaise, problèmes physiques, sensoriels ou articulaires</p>		
<p>3. Escarre léger (stade 1 selon HUG*) dans les 3 derniers mois ?</p> <p><i>*Escarre stade 1 décrit un érythème persistant qui ne blanchit pas à la pression. La lésion de tissus profonds est suspectée. Rougeur du sacrum plus ou moins marquée.</i></p>		

Échelle de KATZ. Indiquer le numéro entre parenthèses.	Score
Hygiène corporelle <ul style="list-style-type: none"> - Indépendance (1) - Aide partielle (0.5) - Dépendance (0) 	
Habillage <ul style="list-style-type: none"> - Indépendance pour le choix des vêtements et l'habillage (1) - Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser (0.5) - Dépendant (0) 	
Aller aux toilettes <ul style="list-style-type: none"> - Indépendance pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite (1) - Besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller aux toilettes (0.5) - Ne peut aller aux toilettes seul (0) 	
Transfert <ul style="list-style-type: none"> - Indépendance (1) - A besoin d'aide (0.5) - Grabataire (0) 	
Continence <ul style="list-style-type: none"> - Continent (1) - Incontinence urinaire ou fécale occasionnelle (0.5) - Incontinence urinaire ou fécale (0) 	
Repas <ul style="list-style-type: none"> - Mange seul (1) - Aide pour couper la viande ou peler les fruits (0.5) - Dépendant (0) 	
Échelle de BARTHEL	Score
Locomotion <ul style="list-style-type: none"> - La personne marche de manière autonome, au besoin avec une canne (15) - La personne marche seulement avec l'aide d'une personne (10) - La personne circule en fauteuil roulant de manière indépendante (5) - Aucune des catégories ci-dessus (0) 	
Montée des escaliers <ul style="list-style-type: none"> - La personne est indépendante (10) - La personne a besoin d'aide ou de surveillance (5) - La personne ne peut monter des escaliers (0) 	

PARTIE D

Pour les éléments ci-dessous, indiquer le numéro entre parenthèses dans la case correspondante au sujet des comportements observés durant les 7 derniers jours, quelle qu'en soit la cause.	Sur les 7 derniers jours				
	Non présent (0)	Manifestés 1 à 3 jours (1)	Manifestés 4 à 6 jours (2)	Manifestés chaque jour (3)	Ne peut pas être évalué (999)
1. Agressivité verbale (p.ex. crie sur les autres, menaces, injures, etc.)					
2. Agressivité physique (p.ex. frappe, tape, repousse, etc.)					
3. Comportement socialement inadapté/perturbateur (p.ex. projette de la nourriture, émet des sons, des cris, des bruits perturbateurs, amasse des objets, fouille les affaires des autres, etc.)					
4. S'oppose aux soins de manière agressive (p.ex. repousse l'aide aux AVQ, refuse de prendre ses médicaments, etc.)					
5. Semble triste ou déprimée ou dit qu'elle se sent triste ou déprimée					
6. Semble très nerveuse, inquiète, effrayée sans raison apparente ou très tendue					
7. Moins d'intérêt pour ses activités ou pour son entourage, n'a plus envie de faire des choses ou manque de motivation pour entreprendre de nouvelles activités					
8. Irritable, facilement perturbée, d'humeur très changeante ou anormalement impatiente					
9. Agitée (fait-elle les cent pas, refait sans cesse les mêmes choses comme ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets)					
10. A des problèmes de sommeil, erre la nuit, s'habille ou dérange les autres résidents (Ne pas tenir compte du fait qu'elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)					
11. Changements dans son appétit, son poids, ses habitudes alimentaires ou dans le type de nourriture qu'elle préfère (Noter <u>NA</u> si la personne âgée est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir)					

Annexe 4 : Questionnaires de satisfaction programme « Hop Santé en EMS »

Feedback Hop Santé (participants du groupe hebdomadaire dans votre EMS)

Merci pour la confiance et votre précieux retour!

***Obligatoire**

Prénom/Nom (du participant) *

Votre réponse

Quels sont les éléments concrets qui ont fait que vous participez aux séances avec Hop Santé et pourquoi vous continuez? *

Votre réponse

En participant aux séances avec Hop Santé, avez-vous observé des changements dans votre corps, votre tête et votre quotidien? Si oui, décrivez-les. *

Votre réponse

Sur une échelle de 0 et 10, dans quelles mesures recommanderiez-vous les séances avec Hop Santé à un-e autre résident-e de votre établissement? *

Sélectionner ▼

Pourquoi avez-vous attribué cette note? *

Votre réponse

Transformer le quotidien en exercice: l'idée de Thomas Bugnon reçoit un appui national



Le lever de chaise fait partie des gestes que l'on peut fortifier, par le biais des activités physiques adaptées que Thomas Bugnon (T-shirt orange) organise pour les pensionnaires du Foyer de Bouleyres. Alain Wicht

La bougeotte colonise les EMS

« STÉPHANE SANCHEZ

Prévention » Foyer de Bouleyres, Bulle, hier à 11 h. Quatre résidentes et un résident, assis sur leur chaise, font cercle autour de Thomas Bugnon, 76 ans, Pierre-Étienne Rieben, 76 ans, et Pierrick Brandini, 83 ans, abondé: «Quand je suis arrivée en juillet, je n'avais pas de force et plus d'équilibre – j'ai un rollator. Maintenant, je peux marcher 30 minutes, au lieu de 10. Je m'exerce souvent. Ça me fortifie, et ça me met en confiance. C'est merveilleux!» Ces bienfaits, Thomas Bugnon les a mesurés dans le cadre de son master en activités physiques adaptées et santé, à l'Université de Lausanne.

«En 2018-2019, j'ai réalisé une étude clinique sur une quinzaine de résidents en EMS du Réseau Santé de la Glâne. Ils ont fait 3 séances hebdomadaires de 45 minutes, pendant 8 semaines. Plusieurs paramètres ont été mesurés, avant et après: la posture, la vitesse de marche, le lever de chaise, l'équilibre. Il y avait partout des améliorations significatives.» C'est que ces

haut le panier et veille à l'équilibre des basketteuses.

«C'est super! Je n'ai pas trop de courbatures. Et je relais certains exercices en dehors du cours. C'est bon pour mes genoux», assure Béatrice Rieben.

«En 2018-2019, j'ai réalisé une étude clinique sur une quinzaine de résidents en EMS du Réseau Santé de la Glâne. Ils ont fait 3 séances hebdomadaires de 45 minutes, pendant 8 semaines. Plusieurs paramètres ont été mesurés, avant et après: la posture, la vitesse de marche, le lever de chaise, l'équilibre. Il y avait partout des améliorations significatives.» C'est que ces

«Souvent, on fait «à la place de». Mais ça n'aide pas»

Thomas Bugnon

activités adaptées remobilisent les capacités des résidents et freinent la dégradation de leur condition physique. Une dégradation souvent accentuée par le fait qu'ils passent 90% de leur temps assis ou couchés.

Tout en s'installant à l'enseigne de Hop Santé en septembre 2019, Thomas Bugnon a poursuivi ses séances au réseau glannois, avant de les étendre aux EMS du Réseau Santé Social de la Broye, d'Attalens et de Bulle. Dès janvier, Farvagny rejoindra ce cercle. Mais l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées (AFIPA) a suggéré de soumettre le concept à Promotion Santé Suisse. La fondation, en collaboration avec l'Office fédéral de la santé, vient de le retenir, parmi près de 100 autres dossiers.

Saisir chaque occasion
Budgeté à 467 000 francs et cofinancé par l'AFIPA et les institutions, ce programme pilote intégrera les homes déjà conçus et, dès 2022, ceux de la fondation St. Wolfgang, et de Chevrières et Planfayon. «Avec

des représentants de tous les secteurs – soins, animation, direction –, nous allons voir comment transformer chaque moment du quotidien en opportunité pour les résidents d'exercer leurs capacités physiques. Souvent, on «fait à la place de», pour gagner du temps. Mais ça n'aide pas. Il s'agira de «faire avec» ou de «laisser faire.» Le groupe élaborera un guide jusqu'à l'été 2021, puis des multiplicateurs seront formés et chargés d'impliquer leurs collègues dans la démarche. L'année 2022 sera dédiée à l'évaluation.

«A terme, ce projet pilote devrait être essayé dans tous les homes du canton», rebondit Emmanuel Michielan. Le secrétaire général de l'AFIPA regarde «Ça bouge dans les EMS!» comme un «changement de paradigme»: «La prévention dans les EMS, en matière de mouvement, c'est inédit! C'est d'ailleurs la première fois que Promotion Santé Suisse soutient un projet fribourgeois, et même un projet dédié aux EMS.»

COMMUNES EXPRESS

MASSONNENS

Budget 2021 Au fonctionnement, déficit de 47 000 francs, pour un total de charges de 1,78 million de francs. **Statuts** Les nouveaux statuts des associations régionales (ABMG, pour l'association à buts multiples des communes, et SLPP-GV pour l'association du service de logopédie, de psychologie et de psychomotricité de la Glâne-Veveys) ont été approuvés. **Elections** Isabelle Coqoz, Jérôme Morel et Cédric Rabaud ne se représentent pas à l'exécutif pour les élections communales de mars prochain. Des candidats sont intéressés afin de prendre la relève, assure le syndic. **Participation** 21 citoyens, mardi. **Source** Joseph Piller, syndic. **GGH**

SAINT-MARTIN

Budget 2021 Total de charges: 4,6 millions de francs. Perte présumée de 192 970 francs, soit 4,6% du total des dépenses. **Investissements** 55 000 francs pour le remplacement des joues à molette et au village, 30 000 francs pour l'achat d'un véhicule de voirie et d'une remorque, 30 000 francs pour la réflexion de la route Le Jordil - La Rougivre, 13 000 francs pour le remplacement des fenêtres de l'appartement au 1^{er} étage de l'ancienne école de Besenens, crédit d'étude de 35 000 francs pour la réflexion des infrastructures du quartier Champ Rond, crédit d'étude de 25 000 francs pour l'installation d'une centrale de chauffe. **Participation** 39 personnes, mardi. **Sources** Gérard Buchs, syndic. **MT**

GRANGETTES

Budget 2021 Déficit présumé de 3600 francs sur un total de 698 000 francs de charges. **Investissements** Reports d'investissements pour un total de 327 000 francs. **Statuts** Approbation des nouveaux statuts de l'Association à buts multiples des communes de la Glâne (ABMG) et du Service de logopédie (SLPP-GV). **Elections** Les élus sortants sont disposés à se représenter. **Participation** 12 citoyens, lundi. **Source** Cédric Humair, vice-syndic. **CG**

LUCENS

Budget 2021 Un déficit de 580 400 francs est prévu. Le total des charges se monte à 17,3 millions. **Bretelle** Christophe Hossain, membre du législatif, a reçu la réponse au postulat qu'il avait déposé en octobre dernier concernant la nouvelle bretelle de Lucens-Néoud sur la route de Berne, où il estimait notamment qu'il y avait des problèmes de visibilité. Il demandait la réduction de la vitesse autorisée de 80 km/h à 60 km/h. La Direction générale de la mobilité et des routes (DGMR) du canton de Vaud va mettre en place une commission indépendante pour étudier le sujet, informe le syndic Patrick Gavillet, qui espère les résultats pour avril prochain. **Elections communales** Toute la municipalité se présentera aux élections communales de 2021. **Cadeau** A la suite d'une intervention dans les divers, la municipalité va étudier la possibilité d'envoyer un cadeau aux aînés. **Participation** 41 conseillers, lundi. **Source** Patrick Gavillet, syndic. **LMP**

«Ça bouge dans les EMS»

EMS Un projet cantonal, soutenu financièrement par Promotion Santé Suisse et visant à prévenir le déconditionnement général des personnes âgées en institution par une activité physique régulière et adaptée est mis en place dans les homes fribourgeois. Les EMS du Réseau Santé Social de la Broye fribourgeoise (RSSBF), Les Mouettes, Les Lilas et Les Fauvettes, ont adhéré à ce programme

Le programme d'activités physiques Hop Santé, mis en place dans le Réseau Santé Social de la Broye fribourgeoise (RSSBF) en 2019 par Thomas Bugnon, prend de l'ampleur et se développe. «On passe à la vitesse supérieure et souhaitons intégrer tous les résidents des homes», déclare le professionnel en Activités Physiques Adaptées et Santé (APA) et fondateur de Hop Santé Sàrl.

Des séances d'exercices en petits groupes à intervalles réguliers (qui sont maintenues et appréciées des résidents), visant à réduire la sédentarité des personnes âgées en institution, on passe donc à un projet plus grand. Une belle évolution qui permettra notamment de repousser et freiner la dépendance et l'invalidité. «Seule une approche globale et interprofessionnelle permet d'augmenter l'activité physique régulière de toutes les personnes âgées en EMS et ainsi d'améliorer leur qualité de vie», explique Thomas Bugnon.

Ça bouge dans les EMS

Ainsi Thomas Bugnon et un comité ad hoc ont développé notamment un guide pratique permettant d'appliquer des mesures bénéfiques pour les résidents dans le cadre du projet «Ça bouge dans les EMS». «Le but est également de fédérer tout le personnel de la santé et faire participer activement toutes les équipes de manière interdisciplinaire», note Thomas Bugnon. Car il est évidemment plus facile d'amener un résident en chaise roulante en salle à manger que de s'y rendre à pied avec une canne, accompagné d'un professionnel de la santé. «Nous encourageons ainsi le mouvement au quotidien en utilisant également les infrastructures et offres disponibles», relève Angélique Gander, responsable de l'animation à l'EMS Les Mouettes et qui a participé à la mise en route du projet.

A l'interne, des groupes de projet appelés «multiplicateurs» ont été mis en place pour mettre en pratique les mesures bénéfiques. A l'EMS staviais par exemple, on recense toutes les possibilités pour maintenir une qualité de vie en conservant la capacité à se déplacer de manière auto-



Thomas Bugnon, fondateur de Hop Santé, est à l'origine du projet «Ça bouge dans les EMS»

me et ainsi lutter contre la perte de condition physique, psychique et fonctionnelle. «Nous voulons réduire le temps de sédentarité des résidents», explique Angélique Gander notant qu'ils ont besoin d'être stimulés. «Ce n'est pas parce qu'elles sont âgées qu'elles n'ont plus envie de bouger», constate-t-elle. «Car les résidents en EMS passent 94% de leur temps assis ou couchés», note Thomas Bugnon citant les résultats de deux études. «Nous aimerions montrer aux EMS la plus-value d'intégrer un-e spécialiste universitaire en Activités Physiques Adaptées (APA) et poursuivre la formation des équipes sur le terrain», ajoute-t-il.

Soutien financier

Si ce projet, mené en collaboration avec l'Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Âgées

(AFIPA), cogite depuis un petit moment dans la tête de Thomas Bugnon, il a pu être mis en place début 2021, grâce à l'aide apportée par Promotion Santé Suisse (PSCH) qui participe financièrement à un peu moins de la moitié du budget total de 467'000 fr, soit 199'000 fr. Le reste est à la charge des institutions fribourgeoises qui y participent. «C'est flatteur que ce projet ait été retenu. Cela démontre toute sa pertinence quant au bénéfice apporté sur la santé des résidents dans les EMS», remercie Thomas Bugnon. «Ce projet est dans un premier temps cantonal. Nous espérons qu'il soit transposé à l'échelle romande voire nationale», note Angélique Gander.

A noter encore que «Ça bouge dans les EMS» est financé sur deux ans, jusqu'à fin 2022.

JMZ

Annexe 6 : Modèle d'impact.



Veuillez noter que la forme masculine utilisée dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes. Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.