

DISPOSITIF D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES EN DIRECTION DES ÂGÉS

Rapport remis aux ministres,
établi par le groupe de travail,
sous la présidence du Professeur Daniel Rivière.*

DÉCEMBRE 2013

* Professeur à la faculté de médecine de Toulouse
Chef du service de médecine du sport au CHU de Toulouse
Vice-Président de la société française de médecine de l'exercice et du sport.

Ce rapport a été commandé par la ministre des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative, Valérie Fourneyron et par la ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie, Michèle Delaunay. Le groupe a travaillé en toute indépendance et les propositions de ce rapport n'engagent que leurs rédacteurs.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
I. LE CONTEXTE	5
II. LE GROUPE DE TRAVAIL	8
MISSIONS	8
COMPOSITION	8
ORGANISATION DU TRAVAIL	10
III. COMPTE-RENDU ET SYNTHÈSE DES TRAVAUX	11
RÉUNIONS DE TRAVAIL ET AUDITIONS EN SÉANCES	11
INVESTIGATIONS AUPRÈS D'EXPERTS ET DE STRUCTURES	15
EN SYNTHÈSE, DES « MOTS CLEFS » POUR LES APS CHEZ LES SENIORS	22
UN PUBLIC INFORMÉ	22
UN PUBLIC ACCUEILLI	23
UN PUBLIC PRIS EN CHARGE	25
IV. RECOMMANDATIONS ET PROPOSITIONS	31
RECOMMANDATIONS PRATIQUES À METTRE EN PLACE « EN URGENCE »	31
POUR L'ENSEMBLE DES SENIORS	31
POUR LES ACTIFS SANS RISQUE DE SANTÉ IDENTIFIÉ	32
POUR LES PERSONNES FRAGILES	32
POUR LES PERSONNES EN ÉTABLISSEMENT (DÉPENDANTES OU NON)	33
DES PROPOSITIONS À INITIER TRÈS VITE MAIS DONT LES RÉSULTATS S'INSCRIVENT DANS LE TEMPS	33
POUR L'ENSEMBLE DES SENIORS :	33
POUR LES ACTIFS SANS RISQUE DE SANTÉ IDENTIFIÉ	34
POUR LES PERSONNES FRAGILES	35
POUR LES PERSONNES EN ÉTABLISSEMENT (DÉPENDANTES OU NON)	35
V. PERSPECTIVES	36
ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE TEXTE	37
BIBLIOGRAPHIE	39

INTRODUCTION

La lutte contre la sédentarité, et la pratique des activités physiques pour les personnes avançant en âge, s'inscrivent au cœur des enjeux de santé publique. Elles ont pour but, de préserver la santé des aînés, d'éviter la surenchère des soins et de prévenir la perte d'autonomie.

Dans la droite ligne du rapport de J.-P. Aquino « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société », la mise en place de ce groupe de travail interministériel « Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des personnes âgées », témoigne, par les logiques politiques et institutionnelles en présence, de l'engagement des pouvoirs publics à apporter des solutions concrètes pour cette population âgée de plus en plus nombreuse.

La demande faite au groupe par Mesdames les Ministres Valérie Fourneyron et Michèle Delaunay, lors de son installation le 3 juillet 2013, d'être force de propositions innovantes, passe par :

- un nécessaire repérage des actions en cours,
- un repérage des freins et leviers à la pratique des seniors,
- une évaluation de la qualité des parcours de prise en charge des personnes,
- une attention particulière à la compétence des professionnels, associée à une obligatoire reconnaissance des rôles de chacun,
- une mise en place de financements pérennes des actions entreprises.

Ce document rassemble les éléments de synthèse des travaux du groupe, qui s'appuient sur des auditions d'experts mais aussi sur des fiches d'expertise de structures impliquées dans la promotion de la pratique des activités physiques en faveur des personnes avançant en âge.

Nous prions ceux qui ne s'y retrouveraient pas d'excuser le manque d'exhaustivité du recensement des actions, lié d'une part au temps assez court accordé au groupe, mais surtout à l'extrême richesse des actions menées dans notre pays. Ceci impose en terme de perspectives de pouvoir continuer le recensement de toutes ces initiatives, afin d'en permettre une certaine harmonisation.

Le but principal du document est de dégager des propositions et recommandations, que l'on peut diviser en recommandations pratiques et « urgentes », et en propositions plus larges qui demandent à s'inscrire dans le temps, dont des propositions de formations et des programmes de recherche.

Il va de soi que certains points portant sur la prise en charge générale des seniors qui font l'objet d'autres groupes de travail ou de rapports en cours d'élaboration ne seront pas pris en compte ici, ou simplement pour mentionner que les activités physiques et sportives doivent y trouver leur place.

À l'issue de cette riche période d'échanges, ce rapport doit être considéré comme un RAPPORT d'ÉTAPE et l'inscription dans le temps de cette mission, sous une forme à définir, s'avère indispensable.

Au nom de tout le groupe, nos remerciements aux Ministres et aux différentes Directions des administrations centrales pour nous avoir confié cette enthousiasmante mission et pour leur confiance tout au long de son déroulement, en espérant que les résultats seront à la hauteur de leurs attentes.

Nos remerciements aussi à tous les experts auditionnés, et à tous ceux qui nous ont fait part de leur expérience sur le sujet, espérant avoir convenablement rapporté leurs propos et leurs écrits.

I. LE CONTEXTE

La population âgée augmente d'années en années dans ce que Jean-Marie Robine, démographe à Montpellier, dénomme la « révolution de la longévité ». Eurostat, l'office statistique de l'Union européenne, précise que la population européenne devrait continuer à vieillir, la part des 65 ans et plus devant passer de 17 % en 2010 à 30 % en 2060, et celle des 80 ans et plus devant progresser de 5 % à 12 % au cours de la même période. L'espérance de vie à la naissance dans l'Union Européenne est généralement plus élevée que dans la plupart des autres régions du monde. Elle était en moyenne de 79,7 ans en 2009, atteignant 82,6 ans pour les femmes et 76,7 ans pour les hommes. La progression du niveau de vie ainsi que l'établissement et l'amélioration des systèmes de santé en Europe sont à l'origine de l'augmentation continue de l'espérance de vie à la naissance. En effet, dans l'Union Européenne, l'espérance de vie à la naissance a augmenté d'environ dix ans sur les cinquante dernières années.

Ainsi, avec des prédictions de 24 % de la population européenne de plus de 65 ans en 2020, se pose avec acuité le problème de « la dépendance liée à l'âge ». Le taux total de dépendance liée à l'âge est la combinaison des taux de dépendance des jeunes et des personnes âgées. Il s'établissait en 2011 à 49,6 % dans l'Union Européenne, signifiant donc que l'on comptait environ deux personnes en âge de travailler pour une personne dépendante. Le taux total de dépendance liée à l'âge le plus bas a été observé en Slovaquie (38,9 %) et le plus élevé en France (54,5 %).

Dans la lettre Info du ministère en charge des personnes âgées, Mme Michèle Delaunay nous donne le 29 novembre 2013 ce chiffre clé, 15 602 777 Français ont plus de 60 ans ! Sa phrase du jour, « *quand la vieillesse dure 30 ans, elle n'est plus une part de vie à occuper mais une part de vie à accomplir* » est le défi qu'elle propose à notre société.

Mais cette population âgée, si nombreuse, se divise aujourd'hui en 3 groupes avec des formes de passages évolutives :

- personnes en bonne santé ou « robustes »,
- personnes fragiles,
- personnes dépendantes.

Et le défi est donc finalement triple :

- maintenir la population des personnes âgées en bonne santé,
- « inverser » si possible le statut de fragile
- donner aux personnes « dépendantes » le plus d'autonomie possible.

En d'autres termes apporter à tous la « santé », telle que définie par l'OMS à savoir : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »

Tous les indicateurs montrent aujourd'hui que l'un des facteurs les plus délétères pour la santé est la sédentarité (qualifiée outre Atlantique de « Sedentary Death Syndrome ») et le manque d'activité physique régulière. En effet, il est habituel de différencier aujourd'hui la sédentarité, état dans lequel les mouvements sont réduits au minimum et la dépense énergétique est à peu près égale au métabolisme énergétique de repos (c'est un comportement physiquement passif), de l'inactivité physique, caractérisée par une absence d'activité physique de loisir, chez un sujet actif dans sa vie quotidienne.

Le moyen le plus évident pour prendre en compte ce phénomène est donc double : il s'agit à la fois de lutter contre la sédentarité au quotidien mais aussi de pratiquer des activités physiques et sportives (APS) structurées.

Depuis 10 ans, l'intérêt pour la population avançant en âge est de plus en plus marqué :

▷ **2003** : Le premier programme national « Bien Vieillir » est mis en place sous l'égide du ministère de la Santé et de la Protection Sociale.

▷ **2007** : Ce programme devient un plan triennal, le « Plan National Bien Vieillir 2007-2009 » (PNBV). Le pilotage du plan relevait de trois directions : la Direction Générale de la Santé (DGS), la Direction des Sports (DS) et la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS). L'axe 3' du plan « Promouvoir les activités physiques et sportives » avait pour objectif de proposer des mesures pour organiser et inciter à la pratique des activités physiques et sportives chez les personnes âgées de 55 à 75 ans, qui se déclinaient en cinq mesures spécifiques :

- la réalisation d'un annuaire des associations sportives proposant des activités pour les seniors,
- le soutien des fédérations sportives s'adressant aux seniors,
- la formation des professionnels,
- l'évaluation des aptitudes physiques des seniors,
- la mise sur pied d'une journée « portes ouvertes » pour les seniors des fédérations.

▷ **2010** : Fin du plan « Bien Vieillir ». La thématique qui relevait de l'axe 3 est intégrée, à la demande de la Direction des Sports, au sein du Plan National Nutrition Santé 2011-2015 (PNNS). La thématique est identifiée sous l'axe 2 « développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité ».

▷ **2013** : Madame Michèle Delaunay, ministre déléguée auprès de la ministre des Affaires sociales et de la Santé, chargée des personnes âgées et de l'autonomie, confie une mission au **Dr Jean-Pierre Aquino**, président du « Comité avancée en âge », afin qu'il procède à un état des lieux et qu'il propose une synthèse des bonnes pratiques en matière de prévention et d'accompagnement des seniors. Son **rapport « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société »** a été remis le 11 mars 2013 au Premier ministre.

La pratique des APS fait l'objet de la fiche action 12 du rapport. Les activités physiques et sportives sont reconnues comme facteurs positifs de santé, et participent au renforcement des liens sociaux.

Cette fiche identifie 8 mesures qui s'adressent aux personnes de plus de 50 ans. Il est mentionné qu'elles ont pour objectif d'amener les personnes avançant en âge, à atteindre au moins les niveaux de pratique d'activité physique recommandés pour la santé, tout en veillant à réduire les inégalités sociales de santé. Elles visent à les soutenir dans cette démarche, et à créer un environnement propice à la pratique d'activités physiques et sportives.

- ▷ **Mesure 1** : Rendre accessible l'information concernant les bienfaits de l'activité physique sur la santé et les recommandations en la matière.
- ▷ **Mesure 2** : Promouvoir les activités physiques qui s'inscrivent au quotidien dans les espaces et temps de déplacement et dans les activités de la vie de tous les jours.
- ▷ **Mesure 3** : Promouvoir la pratique d'une activité physique ou sportive sur le lieu de travail.
- ▷ **Mesure 4** : Promouvoir, impulser et valoriser les offres d'activités physiques et sportives encadrées tenant compte de l'hétérogénéité du public de plus de 50 ans et visant à inciter ces personnes à pratiquer une APS régulière.
- ▷ **Mesure 5** : Promouvoir et développer les activités physiques et sportives pour les personnes atteintes de maladies chroniques.
- ▷ **Mesure 6** : Développer et généraliser l'offre d'activités physiques et sportives dans les foyers ou résidences pour personnes âgées et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées ou pour personnes âgées dépendantes (EHPA ou EHPAD).
- ▷ **Mesure 7** : Optimiser les programmes visant à prévenir les chutes et mettre en place une stratégie nationale bien identifiée.
- ▷ **Mesure 8** : Développer les programmes de recherche sur l'activité physique et la personne avançant en âge.

C'est à ces 8 mesures que le groupe de travail s'est attaché à répondre en termes de propositions pratiques.

II. LE GROUPE DE TRAVAIL

MISSIONS

Le groupe de travail « Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des personnes âgées » a pour objectifs d'alimenter le volet prévention du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, et de proposer des cahiers des charges pour la mise en œuvre d'une offre sportive adaptée, au travers de parcours d'accompagnement en faveur de la pratique des APS pour un public de seniors (50 ans et plus) aux caractéristiques suivantes :

- Les seniors sans problèmes de santé identifiés
- Les seniors à risques identifiés (fragiles ou fragilisés),
- Les seniors dépendants.

La « feuille de route » remise au Groupe lors de son installation, lui demande :

1. un état des lieux en termes de définition des publics (les 3 groupes sus cités) et d'identification des APS, sous forme d'un recensement des initiatives : identification au sein des régions, des actions, des projets et des outils qui s'inscrivent dans le champ de la promotion des APS comme facteur de santé chez les seniors.
2. une mise en place d'axes de développement qui repose sur :
 - une identification des freins au développement de nouveaux projets et/ou de projets innovants et des freins à la pratique des APS avec un encadrement au sein d'une structure ou de façon individuelle ;
 - une identification des facteurs déterminants pour renforcer l'efficacité des actions mises en place par les différents acteurs et pour inciter à la pratique des APS avec un encadrement au sein d'une structure ou de façon individuelle.
3. l'élaboration de propositions en termes de définition d'une offre d'activité physique et sportive adaptée pour les seniors et d'élaboration des cahiers des charges par public

COMPOSITION

Le groupe de travail a été constitué de personnes impliquées et « expertes » au sein de différentes structures publiques ou privées des domaines de la santé, du sport, de l'assurance et de la prévoyance. La composition de ce groupe a été choisie large et variée¹. Le dénominateur commun de toutes ces personnes est de mener des actions envers un public de personnes « avançant en âge » ou de faciliter la prise en charge de ce public.

1. Annexe 1 : Fiches de présentation des structures qui ont participé à la réflexion du groupe de travail

DOMAINES	STRUCTURE	NOM Prénom
Experts dans le domaine de la santé	Société française de médecine de l'exercice et du sport	Pr Daniel RIVIERE
	MCU-PH, Chargé de recherche Muscle et Vieillesse dans le Laboratoire de Physiologie de Toulouse	Dr Fabien PILLARD
	Médecins conseillers	Dr Michel TREGARO
		Dr Marguerite DUPECHOT
	AMCAJS (Association des médecins conseillers)	Dr Martine ROEGEL
	Société française de gériatrie et gérontologie	Dr Geneviève RUAULT
	UNP Santé	Jean-Yves LEMERLE
Administrations centrales des ministères concernés	SML (médecins libéraux)	Dr Roger RUA
	Direction générale de la santé	Arla POCHET
	Direction des sports DSB2	Sondés ELFEKI-MHIRI
	Direction des sports PRN2S	Dr Marie-Christine BINOT
		Isabelle GAUTHERON
		Bochra COSTES
	Direction générale de la cohésion sociale	Annick BONY
Les agences régionales de santé	ARS Bretagne	Jean-Michel DOKI-THONON
		Anne-Yvonne EVEN
	ARS Île de France	Sophie GAILLET
		Isabelle FAIBIS
		Jean-Philippe FLOUZAT
Associations de prévention et d'accompagnement	Siel Bleu	Jean-Michel RICARD
		Catherine HIEGEL
		Jean-Daniel MULLER
	ADAL	Olivier DAILLY
		Christine CARDIN
Fédérations Sportives	FF Escrime	Christian JOSEPH
		Jean-Pierre PHILIPPON
	EPGV	John PICARD
		Dominique LUCAS
	EPM	Julien GRIGNON
		Frédéric LE CREN
	FF randonnée pédestre	Jean Michel HUMEAU
		Fabienne VENOT
FF retraite sportive	Dr François RENAUDIE	
	Marie Claude SERVAES	
Union Nationale Sportive Léo Lagrange	Françoise BOUVIER	
	Philippe NICOLINO	
Fédérations des établissements	CNAV et interrégimes	Antonin BLANCKAERT
	AGIRC -ARRCO	Jean-Bruno EYOBELE
	Fédération Hospitalière de France	Annabelle MALNOUE
	Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée	Catherine REA
	Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées	Nelly BAUDRON
Secteur Formation	Union Nationale des centres communaux d'action sociale	Amandine DESCAMPS
	Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées	Clémence LACOUR
	Formation médicale	Patricia THOREUX
STAPS		François COTTIN
		Vincent ALBERTI
Mutuelles	Mutualité française	Renée AYMA
		Jean-Baptiste DELCOURT
		Nathalie CHEVALIER

ORGANISATION DU TRAVAIL

- ▷ Pilotage et organisation : Pôle ressource national Sport - Santé - Bien-être.
- ▷ Installation le 3 juillet 2013 par les deux ministres.
- ▷ Travail en trois sous groupes, un pour chacune des populations définies ci-dessus :
 - Les seniors sans problème de santé identifié.
 - Les seniors à risques identifiés (fragiles ou fragilisés).
 - Les seniors dépendants.

III. COMPTE-RENDU ET SYNTHÈSE DES TRAVAUX

RÉUNIONS DE TRAVAIL ET AUDITIONS EN SÉANCES

Le groupe de travail s'est réuni à quatre reprises en séances plénières pour échanger et pour auditionner des personnes reconnues pour leur engagement et leurs travaux sur les sujets du sport, de la santé et des personnes avancées en âge.

▷ **Deux réunions de travail en sous-groupes** les 11 juillet (31 participants) et 30 juillet (26 participants).

Des compte-rendus ont été édités par chacun des groupes² mais certaines problématiques communes ont pu émerger, notamment autour de :

- **la complexité à définir parfaitement les trois catégories de public**, même si cela ne remet pas en cause le choix des 3 groupes.

Cette complexité peut être illustrée par 2 exemples :

- le concept de « fragilité » reste encore très récent et s'apparente pour certains à une notion de « cumul des risques », ce qui a amené le groupe à rester sur le concept de « risques identifiés » ;
- le groupe des seniors dépendants est difficile à parfaitement identifier dès lors que l'on s'intéresse au plus de 50 ans et que les établissements accueillent les personnes à partir de 60 ans sauf dérogation. Se pose alors le problème de la personne de moins de 60 ans présentant un handicap.

- **les compétences et la formation nécessaire pour prendre en charge les seniors.**

Les 3 groupes ont bien identifié l'abondance de « l'offre » mais ont tous souligné l'extrême hétérogénéité de la formation et donc des compétences des personnes qui prennent en charge les seniors, que cela soit dans le domaine public et associatif ou dans le domaine commercial. Les APS sont un facteur de santé mais chez les personnes fragiles et les personnes dépendantes peuvent devenir « à risque » si elles sont confiées à des intervenants, certes de très bonne volonté, mais sans les compétences requises.

- **la difficulté d'accès vers les offres d'APS.**

Ce point a été particulièrement mis en exergue par les 3 groupes ; il y a abondance de l'offre mais finalement une majorité des seniors des 3 groupes ne réalise pas le minimum des APS requis pour préserver la santé ou pour « prendre en charge » les effets du vieillissement qu'ils soient

2. Annexe 2: Compte rendu des trois groupes de travail

« physiologiques » ou pathologiques. Cette difficulté d'accès est souvent d'ordre financière mais vient plus souvent d'un total manque d'information d'une part des possibilités d'APS permises par l'état de santé du senior et d'autre part des structures d'accueil pour chacun des 3 groupes.

- **le manque de coordination des acteurs de la santé et du sport.**

Là encore reconnu par les 3 groupes, ce point est un corollaire des 2 précédents ; des actions de ces 2 mondes que sont le sport et la santé interfèrent parfois (et même souvent) et il n'y a pas vraiment de « parcours » coordonné du senior. Certains seniors bénéficient d'une offre très diversifiée de la part des différents acteurs, alors que d'autres, probablement par manque de formation de certains acteurs, ont beaucoup moins de possibilités.

- **la prise en charge financière des APS dans un parcours de soin ou de prévention.**

Dans le contexte actuel de lutte contre les inégalités sociales de santé, l'aspect financier des APS pour la santé a été à tout moment évoqué par les 3 groupes, que cela soit pour le senior lui-même, pour les personnes qui le prennent en charge incluant les aidants, et/ou pour les structures qui l'accueillent.

▷ **Deux réunions de travail ont été consacrées à l'audition d'experts** (la signification des acronymes figure dans la liste des abréviations en fin de rapport). Les experts ont été choisis par les membres du groupe de travail pour leur implication dans la problématique du sport santé. Ils ont pu ainsi présenter leurs travaux et leurs préconisations³.

Le Professeur Irène MARGARITIS, Chef de l'unité d'évaluation des risques liés à la nutrition à l'ANSES

Madame MARGARITIS a présenté les travaux en cours, à la demande de la DGS sur de nouvelles recommandations alimentaires et de nouveaux repères concernant l'activité physique. Sur ce deuxième point, les travaux de l'ANSES portent plus particulièrement sur un état des lieux des pratiques et des connaissances afin d'aboutir en 2014 à l'élaboration de référentiels. Les principaux axes de travail, qui intéressent les personnes avançant en âge, sont l'activité physique et la santé, l'activité physique et la chronobiologie, notamment l'incidence sur le sommeil, et l'activité physique et le stress, avec les répercussions sur la qualité de vie.

Le Docteur Yannick EON, médecin au sein de l'ARS de Bretagne et conseiller médical auprès du directeur de la CNSA.

Le Dr Y. EON a présenté les outils d'évaluation de l'état de santé des personnes âgées, AGGIR et PATHOS. Ces deux grilles sont complémentaires. AGGIR est une grille d'évaluation qui permet d'évaluer la perte d'autonomie pour les actes de la vie courante. PATHOS est une grille d'évaluation qui met en corrélation les maladies qui touchent les personnes âgées avec les soins appropriés, permettant une « ordonnance idéale » des soins requis pour chaque situation ; cet outil fait l'objet d'une révision car la population en perte d'autonomie entrant de plus en plus tard dans les EHPAD, de nouvelles pathologies sont à prendre en compte.

L'accent est mis actuellement sur la prévention, qui doit être valorisée au travers de ces 2 outils d'évaluation dès lors qu'un risque est décelé et qu'une solution par un soin y est apportée. Par exemple, le risque de chute chez les personnes âgées peut actuellement trouver une réponse par l'action des kinésithérapeutes.

Au sein des établissements, comme à domicile, certaines initiatives comme les « ateliers équilibre » sont mises en place dans le cadre d'une prévention primaire. Ce type d'action fait bien souvent appel à des éducateurs sportifs, et n'entre pas actuellement dans le cadre du « soin ».

Mr Denis BESSEYRE, Président de la Fédération Française du Sport d'Entreprise

La Fédération Française du Sport d'Entreprise organise la pratique d'activités physiques et sportives dans les associations créées au sein des entreprises. Lieu privilégié de rencontres et d'épanouissement, le sport en entreprise est synonyme d'une pratique conviviale, orientée sur le loisir. Le sport pour la santé est un des enjeux de la fédération qui ne manque pas, au travers de ses actions, de valoriser les bienfaits de la pratique des APS pour la santé du salarié mais aussi pour les effets positifs au sein de l'entreprise. Un débat s'est instauré sur les possibilités offertes aux retraités, sur le sport-santé pendant les heures de travail et sur l'éventualité de mise à disposition des structures.

Le Professeur Pierre Henri BRECHAT, professeur à l'EHESP et responsable du groupe de travail en planification de la santé, praticien hospitalier (APHP), membre du comité exécutif de la Chaire Santé de Sciences Po, membre de l'institut de droit et santé de l'université Paris Descartes.

Spécialiste du sport comme facteur de santé, le Professeur BRECHAT est l'auteur d'ouvrages traitant du sujet dont un dédié plus particulièrement aux « seniors ». Au travers de son exposé, il a rappelé combien il était important de placer les activités physiques et sportives au cœur d'une politique de prévention pour la préservation de la santé, qui devrait pour lui être prise en charge par un Comité Interministériel. Celle-ci doit s'inscrire dans les actes de la vie quotidienne, avec un environnement adapté pour faciliter la pratique d'APS, par la construction d'une stratégie coordonnée de prévention. Il a rappelé que cela ne peut se concevoir sans un début dès le plus jeune âge.

Le Professeur Yves ROLLAND, Gérontopôle Toulouse, Service de médecine interne et gérontologie clinique

Le professeur Yves Rolland est un des spécialistes de la « fragilité » en France. Au travers de son intervention, il a montré combien le concept de la fragilité restait délicat à définir et combien il est nécessaire de développer des « plateformes » de dépistage et de prise en charge de la fragilité. La pratique d'activités physiques et sportives auprès des associations sportives peut permettre de repérer chez les personnes âgées certaines fragilités ; il faut pour cela des éducateurs sportifs formés à cet effet. La pratique des APS permet de prévenir le déclin fonctionnel par la mise en place de programmes adaptés. Il a souligné l'importance de la personnalisation de cette prise en charge, en citant l'utilisation des « gérontotechnologies », telle que le « télé-coaching » pour la prise en charge au domicile. Il a surtout insisté sur l'incontournable nécessité de développer des programmes de recherche sur le vieillissement et en particulier sur « APS et la fragilité », en citant notamment le stress oxydatif.

Le Professeur Jean-François TOUSSAINT, directeur de l'IRMES, professeur de physiologie, membre du haut-conseil de la santé publique.

Le professeur J.-F. TOUSSAINT a présenté les résultats de l'enquête 2013 réalisée par Assureurs Prévention, « Pratique de l'Activité Physique ou Sportive : comment faire bouger les Français ». Cette enquête démontre que les Français ont un niveau d'activité physique insuffisant, en prenant comme indicateur le nombre de pas réalisés par jour. Un français sur deux seulement pratique une activité physique régulière, le principal frein à la pratique restant le manque de temps. Chez les seniors le principal frein est le manque d'envie pour 42 %, le manque de temps pour 17 % et l'état de santé pour 13 %.

Mr Jean-Pierre DAVANT, président de l'IMAPS

L'IMAPS est une entreprise du secteur privé, qui développe des programmes d'actions en faveur de la pratique sportive pour la santé. Un portail d'échanges est proposé aux entreprises, aux mutuelles et aux personnes souhaitant pratiquer une APS afin d'avoir accès à des programmes d'accompagnement, de valorisation d'actions et du conseil. Elle propose également des programmes de formation et d'information. Cet organisme est en étroite relation avec le monde des Mutuelles de santé, ce qui a amené J.-P. Davant à faire des propositions particulièrement pertinentes pour la participation des mutuelles aux aspects financiers des APS pour les seniors.

Le Docteur Alain CALMAT, président de la commission médicale du CNOSF

Depuis 2009, le CNOSF inscrit le Sport-Santé au cœur de son action et mène des actions d'information au travers de journées à thème et de colloques. Un pôle ressource a été créé afin d'accompagner le mouvement sportif dans l'animation des comités sport-santé créés au sein de chaque fédération. Ce pôle ressource est constitué de 4 groupes dont l'un est spécifiquement dédié aux APS pour les personnes avançant en âge. Une commission mixte Sport-Santé avec la SFMES est également en place. Un des objectifs est de pouvoir créer un dictionnaire du Sport-Santé, véritable « Vidal » du sport pour aider à la prescription des activités physiques et sportives en s'appuyant sur une validation scientifique des protocoles proposés.

Mme Camille MAIRESSE, PRIF (Prévention retraite Île de France)

Le PRIF coordonne la prévention des retraités de trois caisses de retraite : la CNAV, la MSI et la MSA. Ce groupement assure, auprès des personnes âgées de plus de 55 ans, la conception, la mise en place, le développement et la promotion d'actions visant à prévenir la perte d'autonomie, dans le cadre du « bien vieillir ». Il propose des ateliers de stimulation de la mémoire, de la prévention des chutes, de l'équilibre alimentaire, de l'aménagement du logement etc. L'ensemble de l'action est destinée à améliorer la qualité de vie des retraités. Ces ateliers sont des moments d'échange et de convivialité autour d'un animateur spécialisé. Leur objectif est d'informer, d'accompagner les seniors et de susciter les bons comportements pour retarder la perte d'autonomie.

Le Docteur Rolland KRZENTOWSKI, médecin du sport, fondateur et Directeur de Clinic Pro Sport

CLINICPROSPORT est une entreprise du secteur privé, dans le domaine du sport et de la santé. Elle est spécialisée dans la conception et la mise en œuvre de solutions qui répondent aux problématiques relevant des relations entre la santé et l'activité physique ou sportive. Elle propose des actions de formation professionnelle, des actions d'éducation à la santé, des programmes pour les entreprises et des actions de conseils. Un nouveau concept « Mon stade » a été développé. Il s'agit d'un programme d'accompagnement à l'activité physique de la phase d'évaluation de la santé et de la condition physique par des médecins, jusqu'à la mise en œuvre et le suivi des séances d'APS par des professionnels de l'activité physique. Il concerne tous les champs des activités physiques et sportives, et dans le cadre de l'avancée en âge va de l'accompagnement des compétiteurs à la prise en charge des seniors des 3 groupes.

INVESTIGATIONS AUPRÈS D'EXPERTS ET DE STRUCTURES

105 fiches d'audition ont été envoyées à des structures du secteur associatif (dont les fédérations sportives), à des structures du secteur commercial, à des institutionnels, à des établissements de santé et à des experts qui contribuent au développement des APS pour les seniors.

La demande faite lors de l'envoi des fiches était de faire des propositions pour répondre point par point aux huit mesures actées dans la fiche 12 du rapport du Dr AQUINO (cité précédemment page 7). La synthèse des 51 réponses et 38 fiches retournées⁴ est présentée ci-dessous en fonction des 8 mesures et des 3 groupes.

- Groupe 1 : Les seniors sans problème de santé identifié
- Groupe 2 : Les seniors à risques identifiés (fragiles ou fragilisés).
- Groupe 3 : Les seniors dépendants

MESURE 1 : RENDRE ACCESSIBLE L'INFORMATION CONCERNANT LES BIENFAITS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR LA SANTÉ ET LES RECOMMANDATIONS EN LA MATIÈRE

▷ **Pour les 3 groupes :**

- a) Mettre en place des campagnes nationales d'informations, de communication et de diffusion de messages de prévention pour tous les publics, notamment pour les personnes des catégories socioprofessionnelles les moins favorisées et les publics vivant en zone rurale.
 - Multiplication des supports et utilisation des médias audiovisuels aux heures de grande écoute avec des messages clairs et concis.

- Multiplication des lieux de diffusion des messages dans tout espace public (gares par exemple), au niveau des lieux d'enseignements (collèges, lycées, universités, grandes écoles), au sein de l'entreprise, dans les cabinets médicaux et les hôpitaux, au niveau des EHPAD, maisons de retraites et foyers de personnes âgées, ainsi que sur les lieux de pratique sportive.
 - b) Sensibiliser et former les professionnels en relation avec les personnes âgées aux bienfaits des APS : médecins, pharmaciens, tout professionnel de santé, aides à domicile, professionnels de l'activité physique ou sportive.
 - c) Harmoniser le vocabulaire et en définir les termes afin que tous les professionnels puissent avoir un langage commun en particulier sur les termes activités physiques, activités sportives et activités physiques adaptées.
 - d) Mettre en place des fiches par activité permettant d'identifier les qualités physiques et habiletés développées, à destination des professionnels de santé et du sport.
- ▷ **Pour les groupes 1 et 2 (« sans problème de santé » et « fragiles ») :**
- e) Développer un cahier des charges garant de la qualité des structures qui dispensent des APS comme facteur de santé (prévention primaire et publique à besoins particuliers).

MESURE 2 : PROMOUVOIR LES ACTIVITÉS PHYSIQUES QUI S'INSCRIVENT AU QUOTIDIEN DANS LES ESPACES ET TEMPS DE DÉPLACEMENT ET DANS LES ACTIVITÉS DE LA VIE DE TOUS LES JOURS

▷ **Pour les 3 groupes :**

- a) Valoriser l'engagement des bénévoles auprès des personnes avancées en âge sur des actions qui favorisent l'APS, par une réduction d'impôts.
- b) Reconnaître l'engagement du bénévole au travers de la délivrance du certificat de spécialisation par la VAE.

▷ **Pour les groupes 1 et 2 (« sans problème de santé » et « fragiles ») :**

- c) Mettre des supports d'information dans les lieux fréquentés au quotidien, pour rappeler les bienfaits de l'activité physique et les recommandations actuelles, adaptées aux publics, de la pratique des APS (ascenseurs, escaliers, grandes surfaces, transports en commun...).
- d) Recenser les offres d'APS par territoire (département et commune) pour les personnes âgées, avec une large diffusion au sein des lieux publics (cabinet médicaux, pharmacies, CCAS, mairies, etc.).

▷ **Pour le groupe 2 (« fragiles ») :**

- e) Développer le concept de la prescription médicale d'APS, pour les personnes présentant certaines pathologies et sans contre-indication médicales.

MESURE 3 : PROMOUVOIR LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE OU SPORTIVE SUR LE LIEU DE TRAVAIL

▷ **Pour les groupes 1 et 2 (« sans problème de santé » et « fragiles ») :**

- a) Adapter les horaires de travail à une pratique d'APS.
- b) Mettre en place des infrastructures adaptées au sein de l'entreprise (prévoir des sanitaires avec douches, par exemple) et informer les salariés sur la présence de ces infrastructures et sur celles existant à proximité.
- c) Favoriser l'accès aux cycles de formation et d'information des salariés ou des retraités volontaires qui souhaitent s'investir bénévolement dans des actions d'accompagnement, d'animation et d'encadrement des personnes avancées en âge.
- d) Impliquer la médecine du travail pour informer et orienter vers la pratique d'APS.
- e) Proposer une offre d'APS dans le cadre des contrats collectifs.
- f) Équiper chaque retraité d'un podomètre et le former à son utilisation dans les mois qui précède l'arrêt de son activité.

MESURE 4 : PROMOUVOIR, IMPULSER ET VALORISER LES OFFRES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES ENCADRÉES TENANT COMPTE DE L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DU PUBLIC DE PLUS DE 50 ANS ET VISANT À INCITER CES PERSONNES À PRATIQUER UNE APS RÉGULIÈRE

▷ **Pour les 3 groupes :**

- a) Intégrer la pratique des APS dans un programme global de prise en charge des personnes âgées afin de lutter contre l'isolement, favoriser l'insertion sociale, le bien-être psychologique et prévenir les risques de dépendance.
- b) Développer des plateformes d'évaluation des aptitudes et habiletés physiques.

▷ **Pour le groupe 1 (« sans problèmes de santé ») :**

- c) Inscrire une offre d'APS pour les seniors comme action obligatoire pour les associations subventionnées par la commune.

d) Créer un parcours spécifique sport pour la santé destiné aux séniors (activités, exercices physiques, jeux, etc.).

▷ **Pour le groupe 2 (« fragiles ») :**

e) Généraliser la consultation de l'aptitude physique pour la santé sur le modèle de la Consultation d'Aptitude Physique du Senior (voir bibliographie) et mise en place d'un programme d'activité.

▷ **Pour les groupes 1 et 2 (« sans problème de santé » et « fragiles ») :**

f) Créer des parcours d'accompagnement à l'activité physique et sportive dont les étapes seraient les suivantes :

- Sensibilisation à la pratique.
- Accompagnement de la pratique au sein de programmes spécifiques de prévention.
- Pratique en cours collectifs selon le lieu de vie (Associations, maisons de retraite et EHPAD).

g) Créer une licence « interactivités » (« mutualisation » de certaines licences fédérales) permettant l'accès à différentes pratiques.

h) Mettre en place un « chèque activité sport pour la santé » pour inciter les personnes âgées à franchir le pas d'une pratique d'APS.

i) Faciliter le transport des personnes avancées en âge vers les lieux de pratique des APS. Les aménagements urbains doivent prendre en compte la pratique d'APS de proximité et/ou faciliter les déplacements actifs.

▷ **Pour les groupes 2 et 3 (« fragiles » et « dépendants ») :**

j) Inciter les associations à proposer des tarifs privilégiés pour les APS adaptées et animées par des éducateurs formés.

k) Créer un parcours spécifique d'APS de sport pour la santé destiné aux séniors sur le même modèle que pour le groupe 1 mais adapté aux besoins particuliers des personnes atteintes de maladies et aux personnes dépendantes.

MESURE 5 : PROMOUVOIR ET DÉVELOPPER LES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES

▷ Pour le groupe 2 (« fragiles ») :

- a) Mettre en place une offre de mise à l'activité physique au travers d'un parcours coordonné dans le cadre de réseaux identifiés : médecin traitant – évaluation – mise à l'activité par des professionnels de l'APS.
- b) Développer le concept de la prescription médicale d'APS, pour les personnes présentant certaines pathologies .
- c) Valoriser la pratique des APS au sein des SSR (Soins de Suite et de Réadaptation).
- d) Mettre en place une communication spécifique sur les bienfaits des APS dans la prévention primaire et tertiaire de certaines pathologies.
- e) Mettre en place la réflexion dans le cadre des contrats responsables, sur la participation des mutuelles pour la pratique des APS dans le cas des affections de longue durée.

MESURE 6 : DÉVELOPPER ET GÉNÉRALISER L'OFFRE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES DANS LES FOYERS OU RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES ET DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES OU POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPA OU EHPAD)

▷ Pour les groupes 2 et 3 (« fragiles » et « dépendants ») :

- a) Recenser les nouveaux métiers qui interviennent avec le développement des APS et définir les rôles respectifs, les complémentarités et les responsabilités entre ces nouveaux métiers.
- b) Inscrire les APS dans le projet d'établissement ou de foyers de résidence, en définir le financement.
- c) Faire un bilan des capacités préalables à la prescription d'APS, dans le cadre d'une évaluation globale de la personne.

▷ Pour le groupe 3 (« dépendants ») :

- d) Établir un cahier des charges précisant les pré requis à la mise en place d'APS au sein des EHPAD en fonction du profil des patients (troubles cognitifs, troubles du comportement, troubles psychiatriques stabilisés, atteintes organiques, dénutrition...).
- e) Inscrire les APS dans le projet d'établissement et élaborer le PPI (Projet Personnalisé Individuel) après évaluation médicale et paramédicale formalisée. Le projet doit préciser le type d'activités possibles sur la base d'une prescription médicale dans le respect d'un cahier des charges (PASA).

- f) Évaluer le besoin d'APS comme soins requis en termes de prévention à l'aide de l'outil PATHOS.
- g) Financer sur l'enveloppe des soins les APS comme activités de prévention secondaire et tertiaire pour ce public lorsque celui-ci se trouve dans un programme individualisé.
- h) Inscrire au programme de développement professionnel continu dans les EHPAD la pratique des APS, de préférence en interprofessionnel.

MESURE 7 : OPTIMISER LES PROGRAMMES VISANT À PRÉVENIR LES CHUTES ET METTRE EN PLACE UNE STRATÉGIE NATIONALE BIEN IDENTIFIÉE

▷ Pour les 3 groupes :

- a) Proposer des programmes de prévention des chutes validés scientifiquement.

▷ Pour les groupes 2 et 3 (« fragiles » et « dépendants ») :

- b) Création d'un outil consacré aux activités physiques et de la prévention des chutes au sein du programme « MobiQual » destiné à améliorer la qualité des pratiques professionnelles, la qualité des soins et de prendre soin des personnes âgées quel que soit leur lieu de vie.

MESURE 8 : DÉVELOPPER LES PROGRAMMES DE RECHERCHE SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA PERSONNE AVANÇANT EN ÂGE

▷ Pour les 3 groupes :

- a) Développer des programmes de recherche pour :
 - Valider des recommandations en matière d'APS pour les personnes avancées en âge.
 - Écrire les principes fondamentaux à observer et à respecter sur la connaissance des publics, les objectifs recherchés selon les publics, les définitions de santé publique.
 - Montrer l'intérêt économique de la pratique des APS (coûts/bénéfices).

En dehors des réponses spécifiques aux 8 propositions, présentées ci-dessus, l'ensemble des réponses insiste sur :

- L'importance de la Formation, en particulier sur la nécessité de communiquer sur les formations existantes qu'elles soient professionnelles ou bénévoles, en précisant pour le groupe des personnes dépendantes qu'il faut :
 - Définir des référentiels métiers et les complémentarités des intervenants kinésithérapeutes, psychothérapeutes, ergothérapeutes, professionnels du sports (licences STAPS APAS et éducateurs sportifs CS AMAP).

- Développer la formation initiale des professionnels de santé, notamment des médecins.
 - Définir les compétences attendues pour la prise en charges des publics à besoins particuliers.
 - S'assurer que les formations soient délivrées par un organisme habilité.
- La nécessité d'intégrer les APS dans une offre de prévention de la santé dans les contrats responsables.
 - La nécessité, pour les groupes 2 et 3, de mettre en place des mesures incitatives à la création d'emplois pour la prise en charges des publics à besoins particuliers et de développer les nouveaux modes d'accès à l'activité adaptée via les technologies de l'information et de la communication et la visioconférence.

EN SYNTHÈSE, DES « MOTS CLEFS » POUR LES APS CHEZ LES SENIORS

Le 26 septembre 2013, lors du 8^e Congrès Européen de Médecine du Sport, organisé à Strasbourg par la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport, Madame Valérie Fourneyron déclarait, en parlant du public à besoins particuliers dont font partie les personnes avançant en âge, que ce public devait « être informé, accueilli et pris en charge ».

Il nous a semblé dès lors tout naturel d'orienter cette synthèse autour de ces 3 mots clefs.

UN PUBLIC INFORMÉ

Il doit l'être à 2 niveaux :

Celui d'une **INFORMATION** sur l'intérêt de lutter contre la sédentarité et de pratiquer des APS, et cela très tôt, dans le cadre d'une modification du comportement de l'individu de l'enfance aux âges extrêmes de la vie. En ce sens, le récent rapport de l'Académie de Médecine (décembre 2012), insiste sur ce point et propose d'impliquer l'Éducation nationale et l'Enseignement supérieur. Ceci implique une formation au « Sport-Santé », de l'ensemble des enseignants au premier rang desquels les Professeurs d'Éducation Physique et Sportive et ceux des Science de la Vie et de la Terre. Le rapport préconise d'y associer le monde du travail et de l'entreprise. En pratique, cela implique la SENSIBILISATION de l'ensemble des acteurs (professionnels de santé et du sport, intervenants de services à la personne, collectivités locales...).

Il va de soi que cette « éducation » doit s'intégrer dans le cadre plus large de campagnes d'Éducation à la santé visant l'ensemble de la population, utilisant tous les canaux de relais et véhiculant des messages concrets. Pour cela, les campagnes devraient bénéficier des compétences de l'INPES, s'appuyant sur l'expertise des gériatres, des professionnels de santé impliqués dans la médecine du sport et de l'exercice (SFMES), et des spécialistes de la mise en place pratique des activités physiques et sportives. Ces campagnes doivent insister sur les bienfaits de l'activité physique en particulier chez les séniors, en se basant sur les nouveaux repères qui seront établis sur la base du rapport ANSES prévu pour 2014. Ces campagnes pourraient en particulier viser à lever les obstacles « psychologiques » qui constituent un frein à la pratique, notamment chez les personnes fragiles.

Celui de l'**OFFRE d'APS** pour les seniors. Elle est actuellement très importante en France mais pas toujours connue, parfois mal ciblée, et très inégale en fonction des territoires et des populations. Un aperçu non exhaustif apparaît en annexe. En pratique, cette offre sportive repose sur des actions du monde associatif, qu'il soit de la santé ou plus souvent du sport mais aussi du secteur commercial. Les structures associatives ou commerciales sont parfois sollicitées par des institutions publiques, les Agences Régionales de Santé ou les Collectivités territoriales, pour mettre en place des actions. Là encore se pose le problème de l'extrême hétérogénéité de la provenance des acteurs, de leurs compétences et du financement des actions. Un exemple est celui des structures d'accueil des personnes âgées en établissement, au sein desquelles les APS sont totalement fonction du projet d'établissement. Il est donc essentiel de disposer d'une offre véritablement EXHAUSTIVE et STRUCTURÉE susceptible de répondre aux demandes et aux besoins de tout type de seniors, offre qui devra être rendue accessible dans tous les sens du terme à l'ensemble du public, sans oublier celui en situation d'handicap, qu'il soit physique et/ou sensoriel, ou mental et/ou psychique et/ou cognitif.

UN PUBLIC ACCUEILLI

Ce public doit être **ORIENTÉ** en fonction des différentes classes d'âges concernées et des caractéristiques des groupes de populations. De ce fait, l'OFFRE évoquée plus haut doit être basée sur des preuves scientifiques, et non sur l'empirisme et/ou sur une simple adaptation de celle faite aux personnes plus jeunes, en tenant compte non seulement des modifications physiologiques, mais aussi, et peut être même surtout, des modifications cognitives, psychologiques et sociales.

Ce constat amène à 3 conséquences :

La FORMATION de TOUS les intervenants (Professionnels de santé, animateurs sportifs, éducateurs...) avec la nécessité d'un socle commun de connaissance.

Cela implique la mise en place de véritables référentiels de compétences, inclus dans les référentiels métiers, pouvant déboucher sur une « certification de spécialisation ». Aujourd'hui, des diplômes universitaires, des diplômes délivrés par le ministère en charge des sports et des diplômes délivrés par des fédérations sportives, inscrits au répertoire national des certifications professionnelles, permettent d'encadrer de façon professionnelle les APS notamment, comme facteur de santé, comme on peut le voir en encart. Mais, là encore, une harmonisation est nécessaire et surtout une aide financière pour le tutorat de ces personnes en formation lors de leur stage pratique sur le terrain, en fonction du type de personnes à prendre en charge. La présence de plus en plus fréquente de pathologies chroniques avec l'avancée en âge implique la mise en place d'un référentiel de compétences pour la prise en charge de ces pathologies chez les personnes âgées, sans oublier la fréquence des co-morbidités et l'association de ces pathologies avec le vieillissement des populations en situation d'handicap.

La filière STAPS des universités, la filière d'éducateurs sportifs du Ministère en charge des Sports et les formations de certaines fédérations sportives permettent d'encadrer des activités physiques et/ou sportives pour tous publics. Cependant, il existe au sein de ces différentes filières, des diplômes spécifiques qui permettent l'encadrement des activités physiques ou sportives comme facteur de santé adaptées à des publics à besoins particuliers⁵.

Les diplômes délivrés au sein des universités et reconnus au RNCP :

Les diplômes universitaires ont une vraie spécificité sur l'encadrement des séniors ou des personnes à besoins particuliers.

- DEUST « pratique et gestion des activités physiques et sportives de loisirs pour les publics seniors »
- Licence STAPS « activité physique adaptée et santé »
- Master STAPS spécialité « activité physique adaptée pour la santé »
- Maîtrise mention « Activités physiques adaptées » jusqu'en août 2007

5. Annexes 5: Fiches relatives aux formations professionnelles existantes.

Diplômes délivrés par le ministère en charge des Sports et reconnus au RNCP pour encadrer les APS :

Ces diplômes sont spécifiques à l'encadrement d'une discipline sportive ou bien à une famille d'activités sportives. Ils permettent l'encadrement professionnel des différentes disciplines, quelle que soit la pratique (découverte, loisir ou compétition), et pour tous les publics (enfant-adultes et seniors).

- BEPJEPS : Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et des Sports
- DEJEPS : Diplôme d'État de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et des Sports
- DES JEPS : Diplôme d'État Supérieur de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et des Sports
- BEES (1^{er} - 2^e - 3^e) degré : - Brevet d'État d'Éducateur Sportif

Le certificat de spécialisation (CS) « Animation et maintien de l'autonomie de la personne » adossé au BPJEPS, permet d'acquérir des compétences sur la spécificité du maintien de l'autonomie des personnes avancées en âge par les APS.

Le Certificat de Qualification Professionnelle (CQP) « animateur de loisirs sportif option activités gymniques d'entretien, activités de randonnée de proximité et d'orientation, jeux sportifs et jeux d'opposition » délivré par les fédérations sportives suivantes : UFOLEP – FSCF – FFEPMM – FSGT – FFEPGV et inscrit au RNCP, permet d'animer des activités physiques de loisirs pour tous les publics.

Un certain nombre de fédérations engagées dans le sport-santé développent des formations fédérales destinées aux bénévoles sur le thème de la santé et du bien-être.

En savoir plus... **Annexes 5: Fiches relatives aux formations professionnelles existantes.**

L'HARMONISATION DES ACTIONS doit suivre l'harmonisation de la formation. Il ne s'agit pas d'uniformiser les actions, qui à l'évidence sont différentes suivant les âges concernés, les statuts culturels et sociaux, les particularités territoriales et régionales et les possibilités de financements. Si l'on prend l'exemple caricatural de la prévention des chutes, les financeurs ont tendance à proposer des programmes une fois par semaine pour diminuer les coûts. Cette fréquence n'a pas démontré d'efficacité dans la diminution des chutes, contrairement à deux fois/semaine. Il est donc souhaitable de mettre en place au niveau des structures responsables des actions, telles les fédérations et/ou les réseaux sport-santé, une reconnaissance par la délivrance d'un « label » (ou logo) à l'image de celui attribué par l'INPES (logo PNNS), qui permet de vérifier la qualité et la conformité des actions menées en direction au public cible en se basant sur les repères scientifiques pour l'activité physique, en cours de réactualisation par l'ANSES.

Ainsi, l'HARMONISATION des formations et des actions doit reposer sur des **TRAVAUX DE RECHERCHE** concernant une meilleure connaissance des phénomènes du vieillissement, et l'évaluation de protocoles définis en fonction des caractéristiques des groupes, afin de déterminer des bonnes pratiques basées sur des données scientifiques adaptées aux réalités du terrain. La recherche interventionnelle doit être encouragée dans l'objectif de promouvoir des actions susceptibles d'apporter des résultats CONCRETS à une population donnée, en s'appuyant sur des indicateurs validés.

UN PUBLIC PRIS EN CHARGE

Ce public nécessite un **ENCADREMENT** pour une pratique adaptée et sécurisée. Ceci implique une **PERSONNALISATION** dans les propositions avec prise en compte de l'individu dans sa globalité. C'est le « bien dans sa tête, bien dans son corps », qui rejoint le concept actuel des Plans Sport Santé Bien-être. Il faut prendre en compte certains aspects psychologiques qui se modifient au fil du temps avec l'avancée en âge.

Il est donc nécessaire de mettre en place des tests de condition et d'aptitudes physiques spécifiques adaptés. Là encore, il en existe une très grande variété, pour lesquels la pertinence scientifique laisse parfois place à l'empirisme et dont la validation n'a pas été toujours réalisée pour l'ensemble des populations concernées (c'est particulièrement le cas pour la population dite « du grand âge »), afin d'éviter le danger potentiel pour ces populations caractérisées par un processus de vieillissement hétérogène.

Le lieu de pratique doit être adapté et diversifié suivant la population concernée. Il faut faciliter l'accès aux équipements publics existants lorsqu'ils ne sont pas utilisés en journée, pour les seniors ou les personnes « sans activité rémunérée » et le soir pour les salariés. Les DRJSCS et ARS doivent faire le lien, via des conventions ou chartes avec les collectivités territoriales en charge des équipements publics (gymnase, lycée, collège, ville...). Le réseau des collectivités territoriales actives du PNNS peut être un champ privilégié pour cette intervention. Les fédérations et les clubs peuvent participer à l'animation d'APS pour les seniors au sein des équipements publics, par la mise en place d'actions éligibles aux subventions du CNDS.

Certains groupes de personnes âgées devront cependant dans certaines circonstances avoir des lieux d'accueil spécifiques avec du matériel adapté et sécurisé, le meilleur exemple étant les établissements d'hébergement de personnes âgées, qui là encore peuvent « mutualiser » certains locaux avec des collectivités territoriales pour accueillir sur certains horaires des personnes extérieures à l'établissement.

Mais, il ne faut pas oublier que tout commence par la simple lutte contre la sédentarité et que **l'ENVIRONNEMENT** de vie, ainsi que les déplacements de la personne avançant en âge, doivent tout autant être pris en compte. Il est donc nécessaire de sensibiliser par une formation adéquate, les référents des collectivités locales en charge de la politique de la ville : contrats locaux de santé, ateliers santé ville, etc., afin que la promotion de l'activité physique soit prise en compte dans les politiques territoriales et locales et notamment dans les plans d'urbanisme et de transport. Enfin, il est fondamental pour certaines populations, de développer les possibilités d'activités physiques et de prévention des chutes tout simplement **À DOMICILE**. Des expériences de « Maison de retraite à domicile », intégrant la domotique, comme celle mise en place à Tulle en Corrèze (M@DO) doivent être prises en compte et développées. Dans ce cadre d'actions à domicile, l'utilisation des moyens modernes de télé transmission de données et/ou de télé-coaching, impliquant directement les personnes âgées ou par l'intermédiaire des intervenants et/ou aidants formés, doit être développée.

Enfin, pour celles présentant des pathologies chroniques, une véritable **PRESCRIPTION MÉDICALE**, en termes de Nature de l'activité, Intensité, Durée et Fréquence des Séances devra être réalisée par des médecins formés, avec une prise en charge adaptée et un suivi régulier

des patients. Dans ce cadre, l'expérience de réseaux sport-santé⁶ ayant fait la preuve de leur efficacité est à considérer pour une transférabilité nationale, adaptée aux particularités régionales. Un rapport sur l'appel à projet conjoint DGS-DS, avec la collaboration de l'INPES a été rendu en ce sens.

Les réseaux « sport-santé » efficaces sont des modèles organisés et coordonnés qui présentent des facteurs communs de réussite :

- Le projet est porté par les Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale et les Agences Régionales de Santé ; très souvent aussi par le Comité Régional Olympique et Sportif Français.
- Le pilotage opérationnel du réseau est réalisé sous forme associative.
- Les publics sont ciblés.
- Les personnels de santé sont volontaires et formés.
Les professionnels de l'activité physique ou sportive sont formés spécifiquement à l'accueil des publics « cibles ».

Quelques exemples de réseaux non spécifiques aux âgés :

Le réseau « efFORMip » La santé par l'Effort et la Forme en Midi-Pyrénées

Ce projet est né en 2005 à l'initiative du Médecin Conseiller de la DRJSCS et du Chef de Service de Médecine du Sport du CHU de Toulouse. Il fonctionne selon le principe d'une association type loi 1901 et a été reconnu « Opérateur Régional Sport Santé » par l'ARS de Midi-Pyrénées. Il a pour objet de lutter contre la sédentarité des porteurs de pathologies chroniques, qu'il s'agisse de personnes, dites valides ou de personnes en situation d'handicap.

Les modalités de fonctionnement sont les suivantes :

- Organisation d'une formation initiale commune de 2 jours pour des médecins et des éducateurs sportifs déjà diplômés
- Le médecin formé par efFORMip réalise une consultation médicale (financée par efFORMip), au terme de laquelle il délivre une prescription avec les recommandations nécessaires, sans divulgation du secret médical. La coordination du réseau oriente le patient vers un club sportif qui propose des séances (2 à 3 par semaine) animées par un éducateur, formé par l'association efFORMip. La licence sportive est prise en charge pendant 1 an par l'association à concurrence de 120 €.
- La compliance du sujet au programme est facilitée par un système de « coaching ».
- Le but final est l'autonomisation du patient

Le réseau sport-santé bien être en Champagne-Ardenne

Ce projet a été mis en place à l'initiative du médecin conseiller de la DRJSCS de Champagne-Ardenne. En mai 2009, une association type loi 1901, a été créée pour porter le réseau. La phase opérationnelle du projet (recrutement des futurs pratiquants) a commencé en 2011.

Les modalités de fonctionnement sont les suivantes :

- Organisation d'une formation initiale d'éducateurs sportifs déjà diplômés sous forme de 4 modules.
- Le public cible est toute personne sédentaire porteuse ou non de maladie chronique
- Le médecin réalise un bilan médico-sportif, puis oriente la personne vers un programme sportif adapté dans une structure sportive sous convention avec le réseau « sport-santé bien être » via un professionnel assurant une coordination des éducateurs sportifs. Ce dernier réalise un bilan, afin de juger si la personne nécessite un accompagnement particulier pour la mise en place de l'activité.
- Une évaluation médico-sportive est renouvelée un an après.

Le réseau « SAPHYR » en Lorraine : La Santé par l'Activité PHYSIQUE Régulière « SAPHYR » (Lorraine)

Ce projet est né fin 2009 à l'initiative du médecin conseiller, mais sa mise en œuvre (première inclusion des patients) a débuté en septembre 2010.

Il a bénéficié du soutien logistique de l'assurance-maladie (constitution du dossier) et de la DRJSCS. Le projet est porté par le CROS qui assure la coordination et la gestion financière du dispositif.

L'objectif principal du projet est d'amener les personnes, sans problème majeur de santé mais inactives, à pratiquer une activité physique ou sportive.

Le médecin traitant sélectionne les patients qu'il souhaite orienter vers ce dispositif. Cependant, la décision finale revient au patient selon sa volonté.

Le médecin rédige un certificat de non contre indication puis l'adresse à un éducateur sensibilisé qui l'intègre au sein d'un groupe, pour 10 séances d'activité d'entretien sur une période de 1 à 2 mois. À la fin de ce module, les patients intègrent un club sportif qui se trouve à proximité de leur lieu de résidence, en prenant une licence. Chaque personne fait l'objet d'un suivi semestriel par un chargé de mission intégré dans le dispositif SAPHYR.

Le réseau « Picardie en forme »

Ce nouveau projet est similaire à celui de Champagne-Ardenne. Le projet est porté par le CROS qui est chargé de coordonner et d'animer le réseau.

Le public cible couvre les sédentaires seniors et les personnes atteintes de pathologies chroniques. Un système de labellisation des clubs sportifs en capacité d'accueillir ces publics a été mis en place. Un dispositif de remise à l'activité est organisé sur des créneaux spécifiques pour la prise en charge des personnes très

éloignées de la pratique pour lesquelles l'adhésion à un club, même labellisé, est trop difficile.

De nouvelles expériences voient le jour comme dans la ville de Strasbourg « le sport sur ordonnance » :

Les « ingrédients » sont les mêmes que dans les réseaux régionaux sport santé. Un réseau de médecins généralistes qui ont signé la Charte d'engagement «sport-santé sur ordonnance» peuvent prescrire à leurs patients une activité physique modérée et régulière dans le cadre du dispositif «sport santé sur ordonnance». Un éducateur sportif de la Ville oriente ensuite les patients vers l'activité physique qui leur convient le mieux, en fonction des recommandations du médecin et d'une évaluation de la sédentarité et des habitudes en matière de pratique d'activité physique.

Le patient peut se voir proposer trois types d'activités :

- Les modes de déplacement physiquement actifs, marche et vélo
- Les pratiques douces
- Des activités gérées en régie par le service des sports de la ville.

Cette action a été totalement prise en charge financièrement par les différents partenaires et le patient a pu bénéficier gratuitement de l'activité sportive (abonnement velhop, entrées à la piscine, cours dispensés par des associations...) et de l'accompagnement personnalisé.

Cette expérimentation n'est pas isolée et d'autres villes, comme Blagnac près de Toulouse se lancent dans ce dispositif sport santé.

Des expériences spécifiques aux âgés :

Le programme P.A.S.S en BRETAGNE⁷ : « Généraliser et professionnaliser les APS en EHPAD »

Cette expérimentation mise en place dans le cadre du plan national « Bien Vieillir » est menée par le médecin conseiller de la DRJSCS de Bretagne en partenariat avec le campus de l'excellence sportive de Dinard et l'ARS.

Elle permet l'intervention d'éducateurs sportifs auprès des personnes âgées dans les maisons de retraites. Le financement reste un point important pour ce type d'action. Le budget des EHPAD provient de trois sources de financement, l'hébergement (les résidents), la dépendance (Conseil Général) et les soins (ARS). Les interventions des éducateurs sportifs relevaient du budget hébergement, c'est-à-dire à la charge des résidents. À présent, l'activité physique en EHPAD est inscrite dans le plan régional de santé ce qui permet de démocratiser davantage l'APS.

Le « campus de l'excellence sportive » forme les éducateurs sportifs au certificat de spécialisation « animation et maintien de l'autonomie de la personne » (CS AMAP). Ces emplois sont ensuite consolidés par les groupements d'employeurs dont Profession Sport.

Les éducateurs interviennent dans les EHPAD, à raison d'au moins 6 heures par semaine, à des tarifs horaires préférentiels (26 euros au lieu de 36 euros).

À ce jour, 55 établissements ont signé une convention et 40 emplois ont été créés en deux ans et demi.

Parallèlement ont été créés des Parcours d'Activité Santé Séniors (PASS). Ces espaces aménagés sont construits dans les jardins des établissements avec l'aide de bénévoles (parents de résident) et des sections de lycées professionnels. Ils sont à la disposition des éducateurs sportifs ou autres professionnels de santé pour mettre en place de l'APS au cœur de l'établissement.

Le groupement associatif Siel Bleu avec le dispositif Domi-Siel à domicile par exemple :

L'objectif est de travailler en collaboration avec l'entourage de la personne vivant à domicile afin d'établir le programme le plus adapté possible. Siel Bleu propose une activité physique personnalisée afin de redonner l'envie et la capacité physique aux personnes de sortir de chez eux. Ainsi, ils seront plus autonomes dans la vie de tous les jours. Leur intervention rentre dans le cadre du maintien de l'autonomie à domicile, en amont ou en aval, de la survenue de la dépendance.

L'ENCADREMENT des âgés, véritable politique de préservation de l'autonomie, devrait reposer sur un vrai **PARCOURS d'accompagnement évolutif**.

- ▷ D'abord véritable « **parcours de santé pour un vieillissement réussi** » dans un but de PRÉVENTION des pathologies et du maintien de l'autonomie, débutant au mieux dans « l'entreprise » chez les actifs,
- ▷ Devenant pour les seniors fragilisés et dépendants un « **parcours de soins coordonnés** ». Dans les EHPAD, les actions devraient être incluses dans l'outil Pathos qui sert à déterminer le financement des EHPAD par l'évaluation de la charge en soins comme le préconise le rapport du Pr Jean-Luc Novella, Président du Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS, en août 2012.

Ce parcours doit être intégré dans les Plans « Sport Santé Bien-être », assurant ainsi une parfaite complémentarité et articulation de l'ensemble des acteurs ; il doit pour cela s'appuyer sur les réseaux régionaux existants, en particulier les réseaux Sport-Santé, déjà cités.

Ces parcours doivent être intégrés au sein des structures d'hébergement des personnes âgées (EHPA, EHPAD), en prenant exemple sur des modèles ayant déjà fait leurs preuves.

Ce parcours doit être formalisé par la mise en place d'un véritable « **LIVRET SPORT-SANTÉ** », qui pourrait être intégré dans le Dossier Médical Partagé (DMP). Il est donc nécessaire de déployer autour des médecins généralistes qui en sont les garants, un réseau de professionnels de santé capables de dépister chez les patients seniors, les manifestations de la sédentarité et de sensibiliser ceux-ci à la réduire et à augmenter le niveau d'activité physique.

- ▷ Le public des personnes avancées en âges doit être pleinement ASSOCIÉ à la démarche. Il est évident que toute politique d'APS chez les âgés ne peut se faire qu'avec leur totale coopération (ce qui nous ramène aux notions essentielles d'informations spécifiques) mais aussi en totale association avec les AIDANTS, qui doivent être sensibilisés à l'intérêt de la pratique des APS adaptées et sécurisées, qu'il s'agisse des proches ou des différents acteurs gravitant autour du senior à domicile (association d'aides à domicile). Cela implique là encore l'INFORMATION et la FORMATION de ces publics, mais aussi et surtout une VALORISATION de leur action. Que cela soit pour le public concerné ou pour les aidants, la prise en compte des risques d'inégalités sociales de santé doit amener à la préconisation d'aides ciblées.

IV. RECOMMANDATIONS ET PROPOSITIONS

En PRE REQUIS de ce chapitre, il nous semble indispensable de souligner 3 points :

- ▷ L'ensemble de ces recommandations est valable pour TOUS, c'est-à-dire les personnes dites « valides » et celles en situation d'handicap, que ce handicap soit moteur et/ou sensoriel, ou mental et/ou psychique. Pour ces derniers publics, des adaptations précises sont à prévoir.
- ▷ L'ensemble de ces recommandations est valable pour toutes les catégories sociales, la lutte contre les inégalités sociales de santé devant être toujours en première ligne. De même, des adaptations spécifiques en fonction du mode d'habitat (zone urbaine et zone rurale) sont à mettre en place.
- ▷ La majorité de ces actions peuvent s'intégrer dans les Plans Sport-Santé Bien-Être, en s'appuyant sur les réseaux et associations locales, ce qui implique un recensement et une reconnaissance de ces structures en fonction d'indicateurs précis.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES À METTRE EN PLACE « EN URGENCE »

POUR L'ENSEMBLE DES SENIORS

- ▷ Intégrer dans le cadre des actes de prévention des Contrats responsables des Complémentaires Santé la prise en charge d'une consultation préventive d'évaluation de la condition physique au même titre que le contrôle de l'audition pour les plus de 55 ans.
- ▷ Intégrer la prise en charge spécifique par les assurances maladies obligatoires et/ou les mutuelles des prescriptions et des pratiques d'APS pour les pathologies pouvant conduire à la dépendance chez toutes les personnes en Affection de Longue Durée.
- ▷ Mettre en place des campagnes d'information pour les seniors en précisant ce qu'est la lutte contre la sédentarité et en PROPOSANT des solutions pour les activités structurées, y compris avec des mesures permissives et/ou incitatives (chèques-activité, mise à disposition gratuite de vélos par les municipalités...).

POUR LES ACTIFS SANS RISQUE DE SANTÉ IDENTIFIÉ

- ▷ Intégrer dans le cadre des actes de prévention des Contrats responsables collectifs une prise en charge d'une consultation préventive d'évaluation de la condition physique, en particulier dans le cadre des consultations de préretraite.
- ▷ Mettre en place des « ateliers » APS et Santé dans le milieu du travail, à discuter dans le cadre du « code du travail » avec possible « label » pour les entreprises impliquées.
- ▷ Mettre en place un carnet de suivi à partir de 50 ans pour seniors actifs, qui serait un véritable carnet de « santé sportive », débouchant sur un PARCOURS ÉVOLUTIF en fonction du suivi du senior. Il permettrait un accompagnement des éventuelles transitions, actifs devenus fragiles, fragiles devenus dépendants) sous forme d'un LIVRET SPORT-SANTÉ intégrable dans le DMP.
- ▷ Sensibiliser à la promotion de l'activité physique et sportive, en créant un événement national qui serait une « Journée de la prévention en entreprise ».
- ▷ S'appuyer sur le monde sportif et sur les commissions Sport et Santé des fédérations afin de répondre de façon spécifique aux besoins de la personne et favoriser le développement d'une véritable LICENCE SPORT-SANTÉ qui pourrait être MULTI-FÉDÉRALE, afin de répondre aux différents types de pratique nécessaires aux personnes avançant en âge (basées sur des intentions éducatives comme endurance, souplesse, renforcement musculaire, mémoire, habileté motrice, équilibre).
- ▷ « Mutualiser » les équipements sportifs (locaux de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur, des collectivités locales, des clubs et associations recevant des subventions publiques) afin d'optimiser les créneaux horaires, en particulier les temps de non-occupation de ces locaux au profit des personnes avançant en âge ; de même, des partenariats de mises à disposition auprès des collectivités locales et de leurs composantes APS, de locaux partagés avec les établissements accueillant des personnes avancées en âge devraient être mis en place et développés.

POUR LES PERSONNES FRAGILES

- ▷ Pour les personnes à domicile, reconnaître et valoriser les actions des aidants par des avantages professionnels et/ou pécuniaires (crédit d'impôts).
- ▷ Intégrer les APS dans le Plan Personnalisé de Santé (PPS), afin de lutter contre la sarcopénie, la dénutrition et l'isolement, pour favoriser l'insertion sociale et le bien-être psychologique et afin de prévenir les risques de perte d'autonomie.
- ▷ Intégrer les APS dans les Soins de Suite et Réadaptation en complémentarité avec les professionnels de la rééducation.

- ▷ Intégrer auprès des acteurs de proximité (médecin généraliste de premier recours, pharmacien...) la notion d'activité physique pour la santé dans le cadre du Parcours de Santé des Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie (Projet pilote PAERPA).

POUR LES PERSONNES EN ÉTABLISSEMENT (DÉPENDANTES OU NON)

- ▷ Promouvoir les actions de maintien de l'intégrité et de la santé des personnes âgées dépendantes, par l'intervention de professionnels du monde sportif spécifiquement formés, avec du matériel adapté et sécurisé.
- ▷ Généraliser l'accueil d'éducateurs sportifs qui travailleront en lien avec les équipes soignantes des établissements, en particulier le médecin coordonnateur et le cadre infirmier coordonnateur, en totale complémentarité avec les masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens, avec intégration des actes d'APS dans les actes de SOINS. Ceci implique de définir un profil prévention au sein de l'outil PATHOS, en cours de restructuration à la demande de la ministre des affaires sociales et de la santé. La mise en place d'indicateurs précis, pour lesquels une cotation adaptée sera fixée sera une avancée considérable, à savoir une véritable POLITIQUE DE PRÉVENTION par les APS au sein des maisons de retraite et EHPAD.

En synthèse pour les personnes en établissement, INTÉGRER les APS dans le PROJET d'ÉTABLISSEMENT en identifiant des actions prioritaires à inscrire dans les conventions tripartites des EHPAD, financées sur la dotation soins et donc en résumé affecter des moyens financiers pérennes et surtout humains (EMPLOIS). Cela revient à réinvestir dans l'emploi le bénéfice engendré par les APS en termes de santé publique.

DES PROPOSITIONS À INITIER TRÈS VITE MAIS DONT LES RÉSULTATS S'INSCRIVENT DANS LE TEMPS

POUR L'ENSEMBLE DES SENIORS :

- ▷ S'inscrire dans la Stratégie Nationale de Santé pour développer la place des APS dans l'Éducation à la santé que cela soit dans le cadre des enseignement primaire, secondaire et universitaire, en s'appuyant sur les Professeurs d'EPS, mais aussi au cours des études des métiers de la santé et du monde sportif. Impliquer tous les professionnels de santé en contact avec le public et l'ensemble des collectivités territoriales dans cette éducation pour la santé.
- ▷ Former les professionnels de santé à la « prescription » et les professionnels des APS à la mise en place des APS ou des programmes de prévention santé en fonction de la spécificité des personnes avançant en âge.

- élaborer des guides d'évaluation de la condition physique et des aptitudes, et des guides de bonnes pratiques en HARMONISANT l'existant ce qui implique la recherche d'un consensus ;
 - élaborer des référentiels de compétences dans la prise en charge des seniors en termes de formation initiale, continue et de validation des acquis de l'expérience (VAE), pour tous les intervenants dont un recensement exhaustif est nécessaire. Pour cela, s'appuyer sur les fiches du Registre National de la Certification Professionnelle (RNCP) ;
 - élaborer, compléter ou spécialiser des Référentiels Métiers, avec renforcement des compétences vers l'« avancée en âge » pour les éducateurs sportifs en développant l'adaptation au terrain ;
 - former les « aidants » à domicile et les auxiliaires de vie.
- ▷ Faire connaître l'ensemble de l'offre des territoires sur la base d'un recensement exhaustif des actions répondant à des critères et indicateurs précis.
- ▷ Intégrer dans la démarche le ministère de l'Environnement pour adapter l'environnement urbain aux modes de déplacement dits « doux » dont la pratique de la marche et élaborer un « Code de la rue » afin de faciliter les activités physiques quotidiennes SANS DANGER pour les personnes avançant en âge. Ceci implique une information et une formation des référents des collectivités locales en charge de la politique de la ville (plans d'urbanismes, de transport...).
- ▷ Promouvoir les travaux de recherche multi-domaines, incluant les études de terrain avec pour principaux thèmes (non exhaustif) :
- Étude du phénomène du vieillissement sur le plan physiologique, cognitif et psychologique.
 - Évaluation des protocoles de bonnes pratiques d'APS en fonction de la population cible (robuste, fragilisée ou dépendante).
 - Mise en place d'études médico-économiques pour démontrer l'intérêt de cette politique et donc « dégager » des financements pour la mettre en place.

POUR LES ACTIFS SANS RISQUE DE SANTÉ IDENTIFIÉ

- ▷ Sensibiliser et former la médecine du travail à l'ensemble des actions définies plus haut, en particulier à la mise en place du LIVRET SPORT-SANTÉ intégré dans le DMP.
- ▷ Faire du médecin généraliste de premier recours et du pharmacien des acteurs déterminants dans l'information et l'orientation.
- ▷ Intégrer les centres de prévention et de santé dans cette démarche.

- ▷ Favoriser l'émergence de programme de prévention santé ou d'accompagnement à la retraite en collaboration avec les caisses de retraite et mutuelles pour sensibiliser et fidéliser le senior sédentaire à la reprise d'une pratique physique. Assurer la continuité du dispositif par un accompagnement personnalisé au sein d'associations sportives pour une pratique encadrée sécurisée.

POUR LES PERSONNES FRAGILES

- ▷ Développer la place des APS (personnalisée et adaptées) dans les plateformes d'évaluation de la fragilité qui devraient disposer d'un recensement de l'offre locale en activité physique et sportive pour ce public.
- ▷ Développer la formation en APS des professionnels de santé impliqués dans la fragilité.
- ▷ Développer la formation des professionnels du monde sportif chargés d'encadrer ce public, sur la connaissance du senior et du grand âge.
- ▷ Développer les outils modernes de prise en charge à distance (télécoaching ou autre, impliquant les aidants ou les auxiliaires de vie) pour les sujets peu mobiles, éventuellement dans le cadre d'une offre mutualiste.
- ▷ Développer à tous niveaux d'intervention les programmes de prévention des chutes en tenant compte des recommandations scientifiques bien établies (Rapport HAS, 2012).
- ▷ Promouvoir la prévention par les APS dans les foyers logements et les associations du 3^e âge.

POUR LES PERSONNES EN ÉTABLISSEMENT (DÉPENDANTES OU NON)

- ▷ Inscrire au programme de formation continue du personnel des EHPAD, des formations spécifiques concernant la pratique d'APS et le maintien des bons gestes au quotidien (y compris dans le cadre du DPC) et de préférence en interprofessionnel.

V. PERSPECTIVES

Ce rapport se veut « d'étape », car au fil des réunions et des auditions nous est apparue l'ampleur de la tâche. Si l'on s'attache aux chiffres d'Eurostat donnés en introduction, la population âgée sera « dominante » demain ! Il serait gravissime qu'elle soit « dépendante » car, en dehors du seul aspect philosophique du droit de tous à l'autonomie et à la liberté, c'est sur le plan purement économique que notre société ne pourra assumer cette population. Des fins de vie misérables, surtout pour des aînés qui ont contribué à la vie de notre société, ne seraient pas à son honneur. Il faut donc continuer à travailler, recenser, proposer !

Il nous semble nécessaire de « pérenniser » cette « mission » sous une forme à préciser, peut être celle d'un groupe « référent » sur le thème, et qui pourrait :

- ▷ Mettre en place le « cahier des charges » à la base d'une éventuelle « labellisation » des encadrants, et par conséquent des structures.
- ▷ Organiser la réflexion sur les campagnes d'information à destination des seniors.
- ▷ Finaliser le recueil des actions pour constituer un annuaire « exhaustif », incluant des offres de pratique par territoire.
- ▷ Assurer un rôle de veille :
 - Suivi et évaluation des actions.
 - Mise à jour des référentiels de compétences et des formations sur les APS.
 - Suivi des programmes de recherche.
 - Suivi des préconisations énoncées dans ce rapport.
- ▷ Proposer de nouvelles actions en fonction de l'évolution des populations et de la société.

ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE TEXTE

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

APS : Activités Physiques et Sportives

ARS : Agence Régionale de Santé

CAPS : Consultation d'Aptitude Physique des Seniors

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance-Maladie

CNOSF : Comité National Olympique et Sportif Français

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CS AMAP : Certificat de Spécialisation-Animation et Maintien de l'Autonomie de la Personne

CQP : Certificat de Qualification Professionnelle

DEUST : Diplôme d'Études Universitaire Scientifiques et Techniques

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGS : Direction générale de la santé

DRJSCS : Direction Régionale Jeunesse, Sport et Cohésion Sociale

DMP : Dossier Médical Partagé

DS : Direction des sports

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

EHPA : Établissement d'Hébergement de Personnes Âgées

EHPAD : Établissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes

FFEPGV : Fédération Française d'Éducation Physique et de Gymnastique Volontaire

FFEPMM : Fédération Française d'Éducation Physique dans le Monde Moderne

FSGT : Fédération Sportive et Gymnique du Travail

FSCF : Fédération sportive et Culturelle de France

IMAPS : Institut Mutualiste Activité Physique Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

IRMES : Institut de Recherche en Médecine et Épidémiologie du Sport

MSA : Mutuelle Sociale Agricole

PAERPA : Parcours de Santé des Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PNBV : Plan national bien vieillir

PNNS : Plan national nutrition santé

PPI : Projet Personnalisé Individuel

PPS : Plan Personnalisé de Santé

PRIF : Prévention Retraite Île-de-France

RNCP : Répertoire National de la Certification Professionnelle

RSI : Régime Social des Indépendants

SSR : Soins de Suites et de Réadaptation

STAPS : Science et Technique des Activités Physiques et Sportives

SFMES : Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport

UFOLEP : Union Française des Œuvres Laïques d'Éducation Physique

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

BIBLIOGRAPHIE

- *Activité physique, Contextes et effets sur la santé, Expertise collective*, INSERM, Les éditions INSERM, Paris, 2008.
- *Activités physiques et sportives ; implications pour la santé et la société*, BAZEX J., PÈNE P., et RIVIERE D. Bulletin de l'Académie nationale de Médecine, 2012, 196, 1429-42.
- *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*, Rapport AQUINO J.-P., 2013.
- *Développement de la prescription de thérapies non médicamenteuses validées*, Haute Autorité de Santé, 2011
- *La consultation de l'aptitude physique du senior*, LONSDORFER J., BRECHAT P.-H. Presses de l'EHESP, Paris, 2010.
- *Programme National Nutrition Santé*, 2011- 2015
- *Prise en charge au niveau régional des patients porteurs de pathologies chroniques par les Activités Physiques et Sportives*, Appel à projets conjoint DGS-DS, avec la collaboration de l'INPES, Rapport de transférabilité effORMip, 2009.
- *Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA*, Comité National sur le Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Janvier 2013.
- *Rapport du Comité scientifique des référentiels AGGIR et Pathos*, NOVELLA J.-L., Août 2012.
- *Référentiel concernant l'évaluation du risque de chute chez le sujet âgé autonome et sa prévention*, Haute Autorité de Santé, Septembre 2012.
- *Retrouver sa liberté de mouvement. Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive*, J.-F. Toussaint, 2008.