

Janvier 2016

# Evaluation du Parcours d'Activité Santé Séniors (PASS) en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Etude réalisée à la demande de  
l'Agence Régionale de Santé de Bretagne



# **Evaluation du Parcours d'Activité Santé Séniors (PASS) en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

Etude réalisée à la demande de  
l'Agence Régionale de Santé de Bretagne

Patricia BÉDAGUE, Chargée d'études  
Dominique DUBOIS, Chargé d'études  
Karima HAMMAS, Interne en santé publique  
Aurélie KERVELLA, Interne en santé publique  
Morgane LANNES, Interne en santé publique

Etude réalisée sous la direction de  
Monsieur Philippe CLAPPIER, Directeur adjoint

Janvier 2016

**Nous remercions pour leur collaboration, leurs conseils et leur soutien les membres du comité de pilotage ainsi que l'ensemble des acteurs et des personnels des établissements, notamment les référents de l'évaluation, pour le temps consacré aux différents recueils de données, les professionnels et les bénéficiaires des structures pour le remplissage des questionnaires qui leur étaient adressés ainsi que ceux ayant accepté de nous accorder un entretien.**

**Nous tenons également à adresser nos plus vifs remerciements aux services de l'Echelon régional du service médical (ERSM) de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (Cnamts) de Bretagne et notamment au Docteur Etienne Calon, au Docteur Marie-Laure Nevez et à Madame Sylvie Théard-Blandel pour leur efficacité et leur disponibilité vis-à-vis des échanges nécessaires à la réalisation du recueil relatif aux consommations de soins.**

## Sommaire

	<b>Pages</b>
<b>Introduction</b>	<b>9</b>
<b>Le PASS et son évaluation</b>	<b>11</b>
Le contexte de la demande et les objectifs de l'évaluation	11
La méthodologie générale d'évaluation	13
<b>La restitution des enquêtes</b>	<b>17</b>
<b>L'enquête auprès des établissements</b>	<b>19</b>
Objectifs	19
Méthodologie	19
Résultats	20
<i>Les caractéristiques des établissements ayant participé à l'enquête</i>	20
<i>Le profil des résidents</i>	21
<i>Les bénéficiaires du PASS</i>	23
<i>Le processus d'intégration et de suivi de l'action des établissements</i>	25
<i>Les modalités d'intégration du résident dans l'action</i>	28
<i>La mise en oeuvre du PASS dans les établissements</i>	29
<i>La coordination et la transmission d'informations autour de l'action</i>	31
<i>Les propositions d'amélioration autour de l'action</i>	32
Synthèse des résultats	33
<i>Les établissements concernés par l'enquête</i>	33
<i>Les bénéficiaires du PASS</i>	33
<i>Le processus d'intégration et de suivi de l'action dans les établissements</i>	34
<i>L'intégration du résident dans l'action</i>	35
<i>Le déroulement du PASS dans les établissements</i>	35
<i>Les propositions d'amélioration autour de l'action</i>	35
<b>L'enquête auprès des bénéficiaires du PASS</b>	<b>37</b>
Objectifs	37
Méthodologie	37
Résultats	39
<i>Le profil des bénéficiaires ayant participé à l'enquête</i>	39
<i>Le format des séances</i>	41
<i>Le contenu des séances</i>	44
<i>L'apport des séances</i>	46
<i>Au final, la satisfaction globale</i>	49

	<b>Pages</b>
Synthèse des résultats	50
<i>Le profil des participants à l'enquête</i>	50
<i>Le format et le contenu des séances</i>	50
<i>L'apport des séances</i>	51
<b>L'enquête auprès des professionnels des établissements</b>	<b>53</b>
Objectifs	53
Méthodologie	53
Résultats	54
<i>La mise en place du PASS</i>	54
<i>L'intégration du PASS au sein de l'établissement</i>	55
<i>Impacts directs et indirects</i>	58
<i>Les conditions nécessaires à la pérennisation et/ou à l'extension du PASS</i>	60
Synthèse des résultats	61
<b>Les trois enquêtes relatives au maintien de l'autonomie et à l'impact médico-économique de l'action</b>	<b>65</b>
Objectifs	65
Méthodologie commune aux trois recueils	66
1 <sup>ère</sup> enquête : L'évolution de l'autonomie et du risque de chutes (à partir du test de Tinetti)	67
<i>Méthodologie du recueil</i>	67
<i>Résultats</i>	70
2 <sup>e</sup> enquête : L'évolution des chutes et de leur conséquence	77
<i>Méthodologie du recueil</i>	77
<i>Résultats</i>	81
3 <sup>e</sup> enquête : L'évolution des consommations de soins	90
<i>Méthodologie du recueil</i>	90
<i>Résultats</i>	94
Synthèse des résultats	103

	<b>Pages</b>
<b>Synthèse générale</b>	<b>105</b>
Objectifs, méthode et qualité des résultats obtenus	106
Principaux résultats	108
Propositions pour améliorer les activités en lien avec le PASS	120
Au final	121
<b>Annexes</b>	<b>123</b>
Annexe 1 : courrier relatif à l'appel à candidatures	125
Annexe 2 : questionnaire "établissement"	129
Annexe 3 : questionnaire "bénéficiaire"	135
Annexe 4 : grille des entretiens téléphoniques	139
Annexe 5 : questionnaire "test d'autonomie (Tinetti)"	145
Annexe 6 : questionnaire "chutes"	151
Annexe 7 : grille de recueil des consommations de soins	159
Annexe 8 : détail des médicaments retenus pour l'étude des consommations de soins	161
Annexe 9 : répartition des bénéficiaires (en %) selon leur score au test de Tinetti "avant" et "après" l'utilisation du PASS	165
Annexe 10 : tableaux de synthèse relatifs aux consommations de soins avant et après l'utilisation du PASS	167

Vertical line

# Introduction

Le rapport ci-après restitue l'ensemble des éléments d'évaluation du Parcours d'Activité Santé Séniors (PASS) sur le bien-être et le maintien de l'autonomie des personnes âgées. Cette évaluation est financée par l'Agence Régionale de Santé de Bretagne (ARS).

Trois parties composent le rapport.

- Dans une première partie sont présentés le contexte, les objectifs et la méthodologie générale de l'évaluation ;
- Une seconde partie est consacrée à la restitution des résultats issus des différentes enquêtes mises en œuvre dans le cadre de l'évaluation. Un chapitre est consacré à chacune des enquêtes conduites et détaille : les objectifs visés, la méthodologie employée, les résultats obtenus. Une synthèse des principaux résultats est proposée en fin de chaque chapitre ;
- Une troisième partie présente la synthèse générale des résultats rédigée par thèmes transversalement aux différentes enquêtes ainsi qu'une série de recommandations.

Enfin, dans les annexes figurant en fin de rapport, sont présentés les différents outils élaborés dans le cadre de l'évaluation et utilisés pour recueillir les matériaux d'analyse.

Vertical line

# Le PASS et son évaluation

## ***Le contexte de la demande et les objectifs de l'évaluation***

Le Parcours d'Activité Santé Séniors (PASS) s'inscrit dans un projet global de maintien de l'autonomie des personnes âgées.

Le projet s'est construit à partir du constat concernant les bienfaits des activités physiques et sportives (APS), en particulier chez la personne âgée en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes<sup>1</sup>. Il a pour vocation de :

- Favoriser le maintien de l'autonomie et le bien-être des personnes âgées,
- Généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Le parcours santé est composé d'une suite d'exercices qui vont chacun solliciter et stimuler différemment les capacités physiques et cognitives de la personne âgée. Le parcours s'organise autour de 10 agrès et d'un jardin sensoriel.

Conçu par le médecin conseiller de la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Bretagne (DRJSCS), le Dr Trégaro, le premier PASS a été inauguré à la maison de retraite de Saint-Jacut-les-Pins dans le Morbihan en juillet 2011.

Suite à des premiers résultats probants et une évaluation faite par l'ORS Bretagne préconisant la pérennisation et l'extension des activités physiques et sportives en EHPAD<sup>2</sup>, la Préfecture de région, l'Agence régionale de santé (ARS) et la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail de Bretagne (Carsat) ont lancé, en mars 2012, un appel à candidatures conjoint pour l'organisation et la structuration d'une offre d'activités physiques et sportives adaptée aux personnes âgées hébergées en établissements<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Rivière D, Ruffel L, Pillard P. Les bénéfices de l'activité physique chez les plus de 50 ans. Revue bibliographique. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(30-31):545-51. [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/30-31/2015\\_30-31\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/30-31/2015_30-31_1.html)

<sup>2</sup> Généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) : ORS Bretagne, Mars 2012.

<sup>3</sup> Courrier de l'ARS Bretagne joint en annexe 1.

32 établissements répartis sur les 4 départements bretons, sur 36 ayant répondu à l'appel à projet, ont été retenus et ont reçu un financement pour la construction d'un PASS.

### **Les objectifs généraux de l'évaluation concernent :**

- L'impact des activités physiques et sportives (APS) sur l'autonomie et le bien-être des personnes âgées en établissement, au travers de l'utilisation des PASS,
- L'évaluation des conditions d'utilisation et l'intégration du PASS au sein d'un établissement dans la perspective d'un éventuel développement,
- L'impact de la mise en place d'un PASS sur le fonctionnement de l'établissement,
- L'impact sur les dépenses de santé.

### **Dans ce cadre, les objectifs opérationnels de l'évaluation concernent :**

#### **1. L'évaluation de l'apport du PASS et plus globalement des APS sur l'autonomie et le bien être des personnes âgées bénéficiaires des PASS dans les établissements.**

Il s'agit d'évaluer la contribution au maintien de l'autonomie physique des personnes âgées bénéficiaires des PASS (dans les actes de la vie quotidienne, l'équilibre, les chutes, les déplacements ...), ainsi que le bien-être psychique apporté par cette activité (mieux-être ressenti, lien social...).

La population bénéficiaire de cette activité est décrite et précisée, notamment au regard de l'ensemble de la population hébergée dans l'établissement.

Une analyse du point de vue et du niveau de satisfaction des bénéficiaires des PASS ainsi que des professionnels impliqués (éducateurs sportifs, professionnels des établissements) est menée via des recueils adaptés aux personnes concernées. Les éléments concernant les bénéfices physiques/physiologiques, psychiques et sociaux ressentis par les bénéficiaires, les attentes, les besoins, les forces et les faiblesses du dispositif, les conditions nécessaires ou encore les freins à sa pérennisation et/ou son extension ainsi que la satisfaction globale sont pris en compte.

#### **2. L'utilisation et l'animation des PASS**

Il s'agit :

- d'évaluer la fréquence, la durée et l'assiduité d'utilisation des PASS par les personnes âgées de l'établissement, en lien avec leur degré d'autonomie, leur état de santé et leurs capacités physiques, ainsi que l'utilisation éventuelle par des personnes extérieures à l'établissement. L'utilisation des PASS selon le cadre de référence fourni par la DRJSCS est étudiée et mesurée, et les adaptations éventuelles des ateliers répertoriées ;
- d'évaluer l'apport spécifique de l'animation de ces parcours par un éducateur sportif qualifié.

#### **3. L'inscription des PASS dans le projet d'établissement**

Cet objectif est de permettre d'identifier la place accordée à cette activité au sein de l'établissement et les adaptations induites dans l'organisation de l'établissement, en termes notamment de répartition des rôles entre les différents professionnels de l'établissement et l'intégration de l'éducateur sportif.

Il concerne aussi les facteurs facilitant ou défavorisant l'utilisation des PASS ainsi que son intégration au projet et à la dynamique interne et externe mise en œuvre au sein de l'établissement.

#### 4. Les autres effets induits par l'installation du PASS au sein de l'établissement

Ces effets concernent notamment :

- Le développement d'éventuels partenariats locaux,
- D'autres effets induits à identifier via le processus d'évaluation,
- La possibilité de mesurer les effets induits sur les dépenses de santé de la personne âgée (soins de kinésithérapie, consommation de médicaments traceurs). L'évaluation des chutes (voir à ce propos le premier point ci-dessus), pourra aussi contribuer indirectement à porter un regard sur cet axe concernant les dépenses de santé.

## La méthodologie générale d'évaluation

La méthode mise en œuvre pour chaque recueil est détaillée au fur et à mesure de la restitution des résultats des différentes enquêtes.

Plusieurs types de recueils ont été réalisés :

#### • Des contacts téléphoniques initiaux avec les directions des établissements concernés par l'installation d'un PASS :

A partir d'un fichier recensant les coordonnées des établissements et de leurs directions transmis par l'ARS Bretagne à l'ORS, un contact téléphonique initial a été réalisé avec les directions des établissements potentiellement impliqués dans l'évaluation. Notamment pour :

- présenter dans ses grandes lignes le processus d'évaluation,
- obtenir leur adhésion de principe à l'évaluation,
- identifier un référent correspondant de l'ORS et relai en interne de l'évaluation pour la durée de celle-ci,
- identifier le calendrier concret d'installation du PASS dans l'établissement, afin de définir les critères d'inclusion de tout ou partie de ces établissements dans l'évaluation au regard des contraintes calendaires.

#### • Des enquêtes quantitatives effectuées par questionnaires :

- auprès des établissements (conditions de mise en œuvre, effets directs et indirects de la mise en œuvre,...),
- auprès des résidents bénéficiaires du PASS (modalités de participation aux ateliers, avis et satisfaction sur la prestation et ses apports),
- sur les chutes et leurs conséquences « avant » et « après » l'utilisation du PASS,
- sur l'autonomie physique et indirectement sur le risque de chutes (test de Tinetti) « avant » et « après » l'utilisation du PASS,
- sur les consommations de soins auprès de l'Assurance Maladie (actes de kinésithérapie et consommation de médicaments traceurs) « avant » et « après » l'utilisation du PASS.

Concernant ces trois dernières enquêtes, la méthode « cas-témoins » ne paraît pas adaptée d'une part en raison d'un trop grand nombre de facteurs de confusion possibles, d'autre part en lien avec la difficulté d'obtenir l'adhésion d'établissements témoins au processus d'évaluation sans qu'ils soient bénéficiaires d'un PASS. De fait, l'approche avant-après est privilégiée (ou le groupe des personnes observées constitue son propre témoin).

- **Une enquête qualitative** conduite par entretiens semi-directifs :

Une enquête qualitative par entretien a été réalisée auprès d'un échantillon d'éducateurs sportifs formés et/ou d'encadrants des PASS, élargi à d'autres professionnels des établissements (direction, médecin coordonnateur...). Une grille d'entretien a été conçue pour chaque type de professionnels interviewés.

Elle concerne notamment et selon les interlocuteurs les modalités et les difficultés de mise en œuvre et d'utilisation des PASS ; l'intégration au projet d'établissement et aux projets de prise en charge individualisés ; la coordination et la complémentarité entre l'éducateur sportif et les professionnels des établissements ; l'intégration de personnes âgées non hébergées ; l'impact direct et indirect des PASS (modifications des pratiques professionnelles au sein des établissements).

A l'exception du recueil concernant les consommations de soins (voir à ce propos la méthodologie détaillée dans le chapitre consacré à ce sujet), la passation des recueils de données des enquêtes quantitatives s'est appuyée sur les ressources internes aux établissements et sur leur capacité à les réaliser. Ces enquêtes sont transversales aux différents établissements, permettant ainsi de dégager les grandes caractéristiques de l'utilisation du PASS et des résultats qu'elle a pu produire.

- **Etablissements participants**

Les procédures de mise en service du PASS au sein des structures ont été beaucoup plus longues que prévues initialement. Ce décalage des installations a entraîné un étalement calendaire important.

Les premières inclusions ont eu lieu en mars 2013 et les dernières inclusions en octobre 2014, fixant ainsi le nombre d'établissements participants à l'évaluation du PASS à 17 sur les 32 ayant répondu à l'appel à projet de l'ARS (l'EHPAD de Caudan compte 3 sites).

	EHPAD	Date de mise en service du PASS
	Résidence Le Belvédère - EHPAD - impasse du Professeur Cassin - 56850 CAUDAN	01/09/14
1	Résidence Ti Aieul - Rue de Kergoff - 56850 CAUDAN	01/09/14
	Résidence Anne de Bretagne - 1 Rue Jean Moulin - 56850 CAUDAN	01/09/14
2	Maison de retraite - 2 rue de la cornière - 22350 CAULNES	01/04/14
3	EHPAD Les Jardins du Castel - 12, rue Alexis Garnier - 35410 CHATEAUGIRON	15/03/13
4	EHPAD Résidence La Belle Etoile - Rue Monseigneur Jean-Marie Jan - 56480 CLEGUEREC	27/05/13
5	Maison de retraite Résidence de Lanvaux - 12, rue des Hortensias - 56390 GRAND-CHAMP	01/04/13
6	EHPAD - 18 Rue Rencontre - 56380 GUER	01/07/13
7	Maison de Retraite Hospitalière - 17 Rue de l'Armor - 22205 GUINGAMP	09/09/13
8	EHPAD Résidence Papillon d'Or - 6, rue du Pont de Gué - 56430 MAURON	01/07/13
9	Maison de retraite - 1 place du Chauchix - 22510 MONCONTOUR	30/04/13
10	Résidence Le Soleil d'Or - 11 rue du Docteur Bellamy - 22330 PLESSALA	01/09/14
11	La Résidence Saint-Michel - Kervoanec - 29400 PLOUGOURVEST	06/09/13
12	EHPAD Ty Amzer Vad - 12 r Jean Guillou - 29780 PLOUHINEC	01/02/14
13	Maison de Retraite de Pors Moro - 32 Rue de Lambour - 29120 PONT L'ABBE	01/06/13
14	Maison de Retraite de Kersaudy - 82 Rue du Pont Neuf - 29250 SAINT POL DE LEON	01/10/13
15	Maison de Retraite Ker Anna - 7 rue Ker Anna - 56400 SAINTE ANNE D'AURAY	01/09/13
16	Résidence Bellevue - 2 rue de la Chapellerie - 35760 SAINT-GREGOIRE	01/06/13
17	Résidence Mareva - 26 rue Vincent Rouillé - 56000 VANNES	01/10/14

Source : Evaluation PASS - Déclaration des établissements

### • Typologie des établissements

Les situations internes aux établissements sont fortement hétérogènes en termes de politique d'éducation physique et sportive (politique globale avec des activités mises en place de longue date ; installation d'un PASS comme premier élément d'une politique en construction etc.). De fait, et au regard de cette hétérogénéité, l'ORS a tenté d'établir une typologie des établissements inclus pour les analyses quantitatives. Cependant, la variabilité des caractéristiques des différents établissements, recueillies dans les questionnaires, en termes notamment d'organisation, d'intervenants, d'activités, n'a pas permis de construire de typologie de manière pertinente.

**Les analyses qui suivent n'ont donc pu être réalisées selon une typologie des établissements.**

**Les chapitres qui suivent traitent des enquêtes dans leur exhaustivité. Chacune d'entre elles fait l'objet d'un même modèle de restitution : sont respectivement exposés objectifs, méthodologie, résultats et synthèse du recueil de données.**

**Dans une troisième et dernière partie, la synthèse générale du rapport d'évaluation reprend transversalement à l'ensemble des enquêtes et par thème les principales données recueillies dont la confrontation permet d'analyser globalement les résultats de l'évaluation.**

Vertical line

# La restitution des enquêtes

Vertical line

# L'enquête auprès des établissements

## Objectifs

L'enquête conduite auprès des établissements avait pour principaux objectifs de caractériser l'action et son contexte de mise en œuvre, ses bénéficiaires (établissements et résidents) et ses éventuels effets indirects.

## Méthodologie

L'ensemble des établissements a été destinataire du questionnaire « établissement »<sup>4</sup>.

Au total, les 17 établissements étaient concernés (dont 3 sites pour l'EHPAD de Caudan). Tous ont retourné le questionnaire (dont 3 questionnaires pour Caudan), soit au total 19 questionnaires (considérés dans l'analyse comme 19 établissements indépendants).

Le questionnaire devait être renseigné par un référent désigné à cet effet par la direction de chaque établissement. Selon l'établissement, le choix s'est porté sur la direction elle-même, le médecin coordonnateur, un cadre de santé, un infirmier diplômé d'Etat (IDE), l'IDE référent ou coordinateur, un animateur, un aide-soignant.

Les données recueillies, auprès des établissements concernent :

- le profil de l'établissement : capacité d'accueil, ressources humaines ... ;
- le profil des résidents : sexe et âge, répartition par sexe, niveau de dépendance ;
- les bénéficiaires du parcours : nombre de bénéficiaires, demandes non satisfaites, niveau de dépendance des bénéficiaires ;

<sup>4</sup> Questionnaire joint en annexe 2.

- l'action réalisée :
  - le cadre général : existence et composition d'un groupe projet, intégration au projet de vie individualisé du résident, présentation au conseil de la vie sociale ;
  - les procédures et outils mis en place concernant l'intervention de l'éducateur sportif, les modalités de l'intégration du résident à l'action, la coordination et la transmission d'informations autour de l'action ;
- le déroulement de l'action dans les établissements ;
- les propositions d'améliorations autour de l'action.

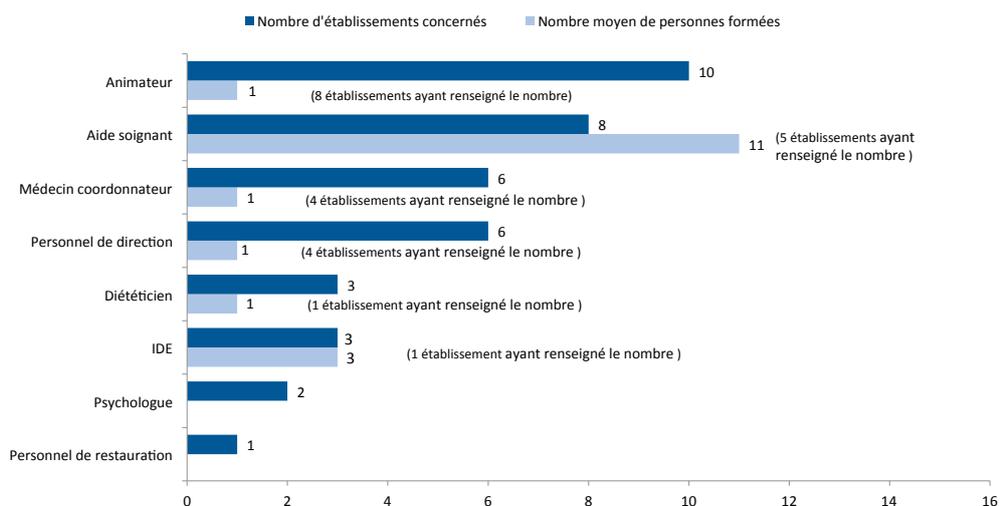
L'analyse des données recueillies est de type descriptif.

## Résultats

### ■ Les caractéristiques des établissements ayant participé à l'enquête

#### ■ Les ressources humaines et leur formation aux bienfaits de l'activité physique et sportive

Nombre d'établissements concernés par des formations aux bienfaits de l'activité physique et sportive et nombre moyen de personnes formées par catégorie de professions



Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

Près des trois quart des établissements (n=14) ont au moins une catégorie de personnels formés aux bienfaits de l'exercice physique et sportif. A l'inverse, dans 5 établissements, aucune catégorie de personnels n'y est formée au moment de la passation du questionnaire.

Parmi les 14 établissements ayant déclaré au moins une catégorie de personnels formés aux bienfaits de l'exercice physique et sportif, une forte majorité (n=10) concerne l'animateur (un animateur formé en moyenne par établissement) et les aides-soignants (cités par 8 établissements, avec une fourchette allant de 1 à 32 aides-soignants formés selon les établissements, soit en moyenne 11 aides-soignants formés par établissement). Le médecin coordonnateur et le personnel de direction sont pour leur part cités par 6 établissements (un médecin coordonnateur et un personnel de direction formé en moyenne par établissement). Les autres professions sont citées de façon plus marginale.

### ■ *La capacité dans les établissements*

Tous les établissements ont renseigné leur capacité d'accueil. Elle varie dans une fourchette allant de 50 à 317 places, soit une moyenne de 121 places pour l'ensemble des structures avec un écart-type important de 83 places.

Le nombre de résidents accueillis déclaré par les 17 structures répondantes correspond à un total de 2 307 résidents.

## ■ Le profil des résidents

### ■ *Selon l'âge et le sexe*

Les femmes représentent plus des deux tiers des résidents (68%) au sein des 17 structures répondantes (deux établissements n'ont pas renseigné la répartition selon le sexe). L'âge moyen des résidents est de 85 ans.

Cette répartition par sexe diffère légèrement de celle observée en population générale à partir des données issues du recensement de la population réalisé par l'Insee au 1<sup>er</sup> janvier 2014 en Bretagne (70% des habitants de 85 ans et plus sont des femmes).

## ■ Selon les Groupes iso-ressources (indicateur GIR)

### La définition « administrative » de la dépendance

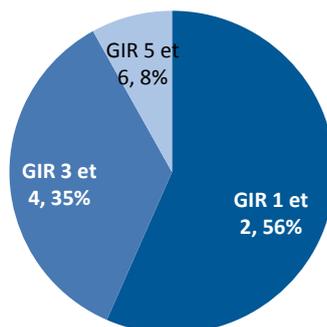
Le dispositif s'appuie sur une évaluation de la dépendance par des professionnels, mesurée par la grille dite AGGIR, grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie chez les personnes âgées de 60 ans ou plus. L'examen repose sur dix variables discriminantes : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'hygiène de l'élimination, les transferts, le déplacement à l'intérieur du logement ou de l'institution, le déplacement à l'extérieur et la communication à distance. À partir de l'observation de ces dix activités, les personnes sont classées dans un des six groupes iso-ressources ou GIR. Les personnes classées dans les GIR 1 à 4 sont qualifiées de personnes dépendantes et bénéficient de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

- **GIR 1** : personnes confinées au lit ou au fauteuil sans aucune autonomie et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- **GIR 2** : personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas complètement altérées nécessitant une prise en charge pour les activités de la vie courante ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices ;
- **GIR 3** : personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice mais ayant besoin d'aide pour leur autonomie corporelle ;
- **GIR 4** : personnes aidées pour leur transfert, pour la toilette et l'habillement ou personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas ;
- **GIR 5** : personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur du logement, s'alimentant et s'habillant seules, mais ayant besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- **GIR 6** : personnes très peu dépendantes et personnes autonomes.

Source : Insee

Dans les 17 structures ayant renseigné ces éléments du questionnaire, un total de 2 172 résidents sont caractérisés vis-à-vis de leur appartenance aux groupes iso-ressources :

### Répartition des résidents dans les groupes iso-ressources (%)



Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

Plus de 9 résidents sur 10 (91%) sont classés, au dernier relevé, dans les GIR de 1 à 4 relatifs aux personnes qualifiées de dépendantes. Plus de la moitié des résidents sont pour leur part fortement dépendants (GIR 1 et 2) : il s'agit de personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions mentales sont altérées. **Ces proportions sont proches de celles relevées par la Drees en 2011 au sein de l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées** de France métropolitaine et des départements d'outre-mer hors logements-foyers non-EHPAD (89% de GIR 1 à 4 ; 55% de GIR 1 et 2)<sup>5</sup>.

## ■ Les bénéficiaires du PASS

### ■ *Les taux de résidents bénéficiaires et les demandes non satisfaites*

Les structures ont indiqué conjointement au nombre de résidents accueillis, le nombre de bénéficiaires du PASS. Il s'avère que **343 résidents sur 2 307 ont bénéficié du PASS, soit 15% de l'ensemble des résidents accueillis dans les établissements concernés et ayant répondu à l'enquête.**

Vis-à-vis de la question relative à la satisfaction des demandes de participation au PASS internes à l'établissement et non satisfaites, un seul établissement n'a pas répondu à cette question. Au sein des 18 établissements ayant répondu, 3 (soit 17% d'entre eux) ont déclaré que des demandes de participation au PASS n'avaient pu être satisfaites. Les demandes ne sont pas satisfaites par manque d'accompagnement, par manque de temps d'éducateur sportif ou bien en raison des modalités déterminant l'organisation des séances (séries de séances en fonction d'un groupe homogène de résidents).

**Au final, il y a peu d'établissements au sein desquelles les demandes de participation au PASS n'ont pu être satisfaites.**

<sup>5</sup> Sabrina Volant, 2014, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », Études et Résultats, n°877, Drees, Février 2014.

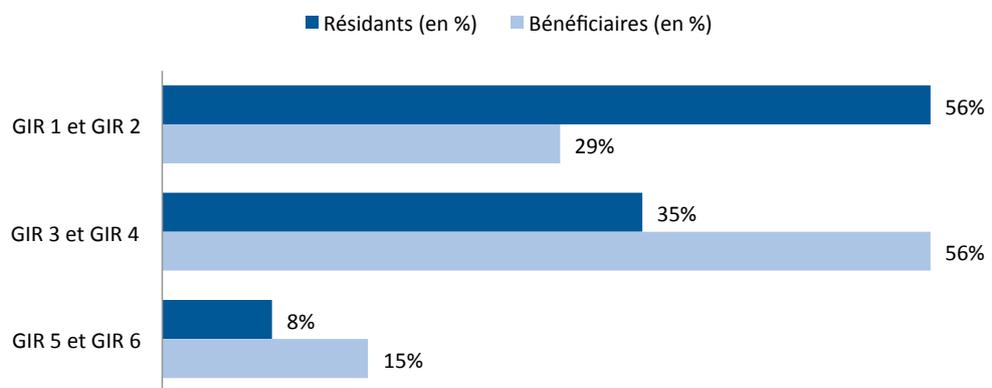
## ■ Le profil des bénéficiaires

Les bénéficiaires sont majoritairement des femmes (70%), proportion que l'on retrouve dans la population résidente (68%).

L'âge moyen des bénéficiaires du PASS est de 84 ans. Il est en cela légèrement inférieur à l'âge moyen des résidents (85 ans).

Au-delà de la répartition par sexe et par âge et afin d'observer si la population bénéficiaire du PASS se distingue de l'ensemble de la population des résidents, une comparaison selon l'appartenance aux groupes iso-ressources au dernier relevé a été réalisée :

### Répartition des résidents et des bénéficiaires du PASS dans les GIR (%)



Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

### La population bénéficiaire du PASS présente un niveau de dépendance moindre par rapport à l'ensemble de la population résidente.

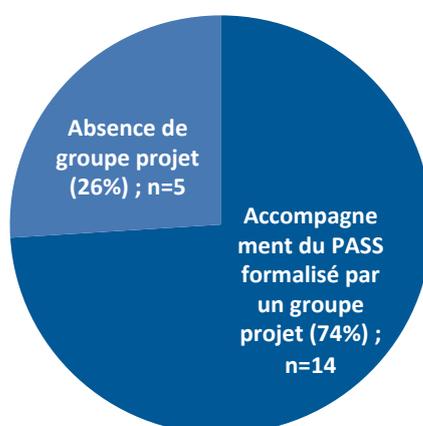
Globalement, et même si toutes les catégories de GIR sont représentées, les personnes les plus fortement dépendantes (GIR 1 et 2) bénéficient moins du PASS (29 % de bénéficiaires contre 56% de résidents). Les proportions s'inversent pour les autres catégories, notamment pour les GIR 3 et 4 qui représentent à eux seuls plus de la moitié des bénéficiaires du PASS.

## ■ Le processus d'intégration et de suivi de l'action dans les établissements

### ■ L'existence d'un groupe projet

Parmi les 19 structures répondantes, l'accompagnement du PASS est déclaré dans les proportions suivantes :

#### Etablissements disposant d'un groupe projet accompagnant le PASS



Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

Quatorze établissements (74%, soit les trois quart des répondants) accompagnent le PASS par la création d'un groupe projet. A l'inverse, cinq établissements ne déclarent aucun groupe projet.

Parmi les 14 structures ayant déclaré l'existence d'un groupe projet dédié, 9 font intervenir 4 professionnels différents ou plus. Les 5 autres déclarent une organisation structurée autour de 2 ou 3 professionnels de métiers différents.

Les professionnels les plus répandus dans la composition des équipes accompagnant le suivi du PASS sont les éducateurs sportifs, cités dans la composition de l'équipe de 13 établissements. A fréquence égale sont ensuite cités dans 8 établissements les animateurs, les médecins coordinateurs et les directeurs. Les infirmières sont mentionnées par 7 établissements et les ergothérapeutes le sont par 6 établissements. Les aides-soignants, les cadres de santé, les kinésithérapeutes interviennent également dans les équipes mais de façon plus marginale (2 à 4 établissements). Ont également été cités : un élu aux personnes âgées de la commune, un jardinier, un responsable des soins, une assistante administrative, un médecin et un agent de service technique.

## ■ **L'intégration du PASS dans les projets d'établissements et dans les projets de vie individualisés**

La quasi-totalité des établissements (17 sur 19) déclarent que le PASS est intégré au projet de vie de l'établissement. Conjointement, **18 établissements sur 19 déclarent que le PASS a été présenté au conseil de la vie sociale.**

**Par ailleurs, 14 établissements l'ont intégré aux projets individualisés des résidents qui en bénéficient.** Selon les établissements, cette intégration est de niveau différencié plus ou moins formalisée :

- l'intégration est inscrite dans le logiciel de soins, avec parfois une mention des objectifs personnels de chaque résident, et une évaluation des bienfaits à court, moyen et long terme,
- le PASS peut effectivement faire partie du projet personnalisé d'accompagnement, mais parfois cette intégration n'est pas formalisée ni contractualisée, elle est simplement évoquée lors d'échanges interdisciplinaires (avec les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes),
- elle ne concerne pas l'ensemble des résidents, parfois la motivation à participer au PASS est prise en compte.

## ■ **L'évaluation individualisée des résidents**

**Onze établissements (sur les 17 ayant répondu à cette question) déclarent qu'ils réalisent un suivi personnalisé des résidents qui bénéficient du PASS pour évaluer leur progression.**

Certaines des modalités de l'évaluation, très variables, sont évoquées par 9 établissements :

- évaluation de l'activité (nombre de présences, d'agrès réalisés, progression individuelle et collective...),
- périodicité (trimestrielle, hebdomadaire),
- opérateur (éducateur sportif, ergothérapeute, ...),
- méthode de recueil des données et restitution (dossier au niveau du logiciel informatique, test de Tinetti, évaluation de l'autonomie, livret de suivi individuel avec les objectifs individualisés).

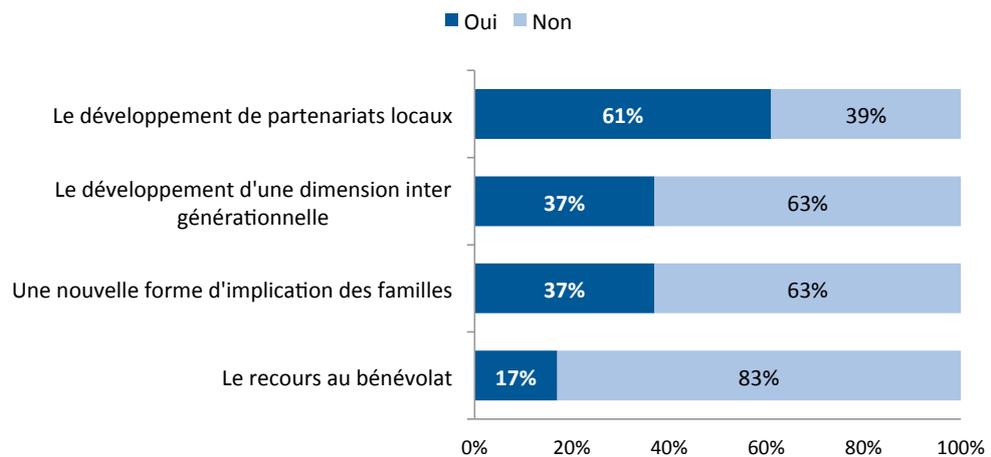
## ■ **Les autres actions en faveur de l'éducation physique et sportive**

La majorité des établissements répondants (16 sur 19) déclare que d'autres actions en faveur de l'éducation physique et sportive sont en cours dans l'établissement. Selon les établissements et de manière très hétérogène, ces actions et leurs modalités peuvent concerner les éléments suivants :

- des séances de stimulation motrice et/ou de rééducation (équilibre, temps du mouvement, gymnastique douce, marche, aide à la marche, verticalisation, danse, piscine, jeux d'adresse),
- des interventions dans le cadre de la prévention des chutes,
- un accompagnement canin sur la mobilité et la marche,
- des activités à l'intérieur en hiver, dans le but de pérenniser les activités physiques sur l'année,
- des activités physiques internes et externes à l'établissement (« olympiades »),
- de périodicité variable (une ou plusieurs fois par semaine ou en demi-journée),
- avec un accompagnement individuel et/ou collectif,
- avec l'aide des animateurs sportifs, des éducateurs, des aides-soignants, des kinésithérapeutes.

## ■ Le PASS et les relations avec les acteurs externes aux EHPAD

### Impact de l'installation du PASS sur le lien social



Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

Les établissements ont été interrogés sur l'impact de l'installation entre le PASS et les acteurs externes aux EHPAD : 61% des établissements répondants (n=11) déclarent que l'installation du PASS a permis de développer des partenariats locaux. Parallèlement, plus d'un tiers (37% ; n=7) estime qu'il a développé une dimension intergénérationnelle et qu'il a apporté une nouvelle forme d'implication des familles. L'impact sur le recours au bénévolat est relativement faible (cité par 3 établissements, soit 17%).

Au-delà des résidents, des personnes extérieures à l'établissement bénéficient du PASS dans 10 établissements (sur les 18 ayant répondu à cette question). Parmi ces établissements, un a précisé que 10 personnes extérieures étaient concernées (des bénéficiaires de l'accueil de jour). Un autre établissement indique que ce projet est en cours de réflexion en partenariat avec la mairie et le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), l'objectif étant d'accueillir des groupes de personnes âgées sur le PASS sous forme de journées.

Pour les établissements qui rendent accessible le parcours à des personnes extérieures, les bénéfices qui en sont tirés par l'établissement et les résidents sont nombreux :

- l'échange inter-générationnel : le PASS est un lieu convivial, accessible à l'entourage des résidents et à leurs familles ; dans un établissement, un projet est en cours avec les écoles primaires et maternelles,

- le renforcement du lien social, l'ouverture et les échanges avec des personnes de l'extérieur ou celles accueillies à l'accueil de jour. Selon les établissements, le parcours est ouvert à toute la population communale ou est en accès restreint : certaines séances sur le PASS sont effectuées en commun avec d'autres EHPAD, avec un centre de rééducation, avec un groupe du CCAS. D'autres projets sont en cours et proposent d'intégrer les séniors de la commune,
- la valorisation de la culture sportive,
- le développement de la notion de lieu de vie,
- la valorisation de l'image de l'EHPAD pour la population âgée locale.

### ■ Les procédures et outils mis en place

Plus de la moitié des établissements répondants (n=10) déclare qu'une procédure relative à l'intervention de l'éducateur sportif a été mise en place. Parmi eux, 9 établissements déclarent que cette procédure fait l'objet d'un document écrit et 6 indiquent qu'elle est diffusée.

### ■ Les modalités d'intégration du résident dans l'action

Quatre procédures possibles d'intégration du résident à l'action ont été interrogées auprès des établissements :

- la délivrance préalable d'un avis médical et/ou d'un certificat de non contre-indication, ou bien encore d'un avis paramédical,
- la dimension collégiale de la proposition de participation du résident au PASS,
- la pratique de tests en amont du PASS pour évaluer les capacités du résident,
- la rédaction d'une procédure écrite concernant l'intégration du résident.

Les proportions d'établissements déclarant appliquer ces procédures d'intégration du résident au PASS s'établissent comme suit :

#### Procédures d'intégration du résident à l'action (nombre d'établissements)

	Nombre d'établissements concernés	% d'établissements concernés
Avis médical	9	47%
<i>Si oui, certificat de non contre-indication</i>	2	22%
<i>Si non, avis paramédical (IDE, kinésithérapeute)</i>	8	80%
Proposition de participation collégiale (réunion)	11	58%
Tests d'évaluation des capacités	16	84%
Procédure écrite	4	21%

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

Près de la moitié des établissements (9 sur 19) déclare s'appuyer sur un avis médical pour engager la participation des résidents au PASS. Parmi eux, deux structures s'appuient sur un certificat médical de non contre-indication. Parmi les 10 établissements ne recueillant pas d'avis médical préalable, 8 rapportent s'appuyer sur un avis paramédical de l'IDE, ou du kinésithérapeute.

Au final, environ 9 établissements sur 10 mettent en place un avis médical et/ou paramédical préalable à la participation des résidents à l'action.

Plus de la moitié des établissements (n=11) déclarent que la proposition de participation du résident au PASS s'effectue dans un cadre collégial.

Toujours en amont de la participation, des tests sont pratiqués pour évaluer les capacités du résident dans la plupart des établissements (16 sur 19).

Ils sont en revanche moins d'un quart (21%) à déclarer qu'il existe une procédure écrite concernant l'intégration du résident.

On peut enfin remarquer que les éléments observés sont relativement hétérogènes d'un établissement à l'autre et ne permettent pas de cerner des profils types d'établissement. Seule la réalisation des tests en amont de la participation rassemble une très forte majorité d'établissements répondants.

## ■ La mise en œuvre du PASS dans les établissements

### ■ La fréquence d'utilisation du PASS

La répartition des répondants (18 sur 19) selon le nombre de mois où le PASS est réellement utilisé sur une année complète s'établit comme suit :

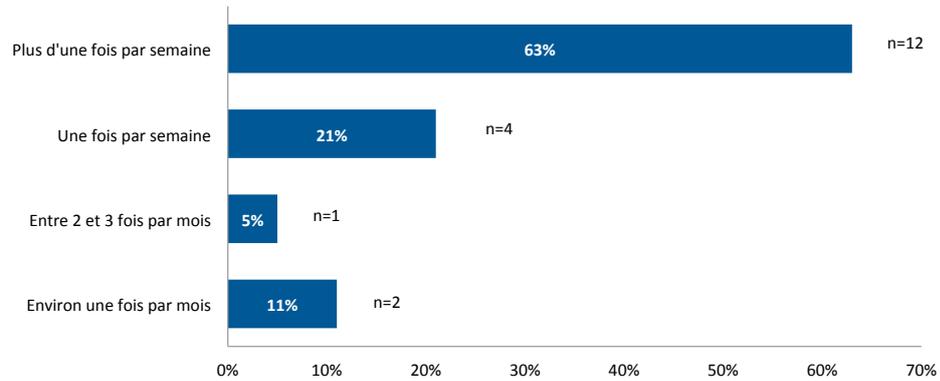
#### Utilisation du PASS sur l'année

	Nombre d'établissements concernés	% d'établissements concernés
1 à 3 mois	1	6%
4 à 6 mois	11	61%
7 à 9 mois	4	22%
10 à 12 mois	2	11%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

La majorité des établissements (n=11) déclarent que le PASS est réellement utilisé 4 à 6 mois dans l'année. Deux établissements l'utilisent toute l'année.

### Répartition des répondants selon la fréquence de leur participation aux séances (n et %)



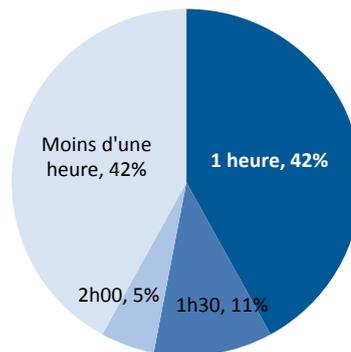
Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

Si 84% des répondants déclarent une fréquence de participation au PASS supérieure ou égale à 1 fois par semaine, une très forte majorité (près des deux tiers) en bénéficie plus d'une fois par semaine.

### ■ La durée des séances

Concernant la durée moyenne des séances, elle se répartit ainsi :

#### Répartition des répondants selon la durée des séances (%)



Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

Globalement, les séances ont une durée moyenne inférieure à une heure pour près de la moitié des établissements ou une durée d'une heure dans la même proportion d'établissements (42%). Peu d'établissements indiquent une durée de 1h30 (11%) ou de 2h (5%).

## ■ Le nombre de résidents par séance

Selon les établissements répondants (n=18), la séance peut être individuelle ou collective (en groupes de 3 à 10 résidents). En moyenne, environ 5 résidents sont présents pendant une séance.

## ■ L'encadrement des séances

### Répartition des répondants selon la formation de la personne qui encadre principalement le parcours (nb et %)

	Nombre	%
Educateur sportif	13	68%
Animateur	2	11%
Kinésithérapeute	1	5%
Autre soignant	3	16%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

Dans plus des deux tiers des établissements (n=13), l'éducateur sportif est le professionnel qui encadre principalement le parcours. En miroir, pour environ un tiers des établissements, l'encadrant principal n'est pas l'éducateur sportif mais plutôt un professionnel interne, soignant ou animateur.

Par ailleurs, dans 9 établissements (sur les 16 répondants à la question), l'éducateur sportif est accompagné d'un ou plusieurs autres professionnels pendant les séances.

## ■ La coordination et la transmission d'informations autour de l'action

L'éducateur sportif participe à des réunions internes à l'établissement (commission gériatrie, réunion hebdomadaire ou semestrielle, de synthèse ou de transmission, interdisciplinaire avec ergothérapeute, kinésithérapeute, médecin coordonnateur, infirmière, directeur) dans plus de la moitié des 16 établissements répondants (n=10). Dans le cadre de ces réunions, le PASS est spécifiquement évoqué dans 9 des 10 établissements concernés.

Par ailleurs, 16 établissements déclarent que l'éducateur sportif dispose de moyens lui permettant de transmettre des informations écrites, parmi lesquels l'informatique est majoritaire (dossier médical informatisé notamment). Onze établissements indiquent que ce moyen est réellement utilisé.

**Au final et concernant la coordination et la transmission d'informations autour de l'action au sein des établissements, on observe que dans la plupart des établissements, les éducateurs sportifs sont intégrés à des moments de réflexion collectifs avec les autres soignants ou ont au moins les moyens de leur transmettre des informations, et ce malgré une forte hétérogénéité des pratiques mises en œuvre d'un établissement à l'autre.**

## ■ Les propositions d'amélioration autour de l'action

Neuf établissements ont rapporté des points d'améliorations possibles à apporter à l'action (parcours, fonctionnement, modalité d'intégration aux projets de l'établissement etc.) :

### **Concernant les ressources mises au service du dispositif relatif aux APS (par ordre décroissant) :**

- *Augmentation des personnels et des temps de travail consacrés au parcours pour un accompagnement plus régulier des résidents et de leurs familles : plus d'heures pour l'éducateur sportif, travail en binôme (accompagnement des groupes par deux professionnels), travail et partenariat avec les kinésithérapeutes et ergothérapeutes d'un établissement hospitalier (8 répondants) ;*
- *Intégrer un éducateurs sportif (dans 3 établissements) ;*
- *Le financement (2 répondants) : pour les périodes (assez importantes) ou le temps ne permet pas l'utilisation du PASS, certains équipements d'intérieur (Motomed par exemple) pourraient être financés en relais pour assurer une continuité de la prévention des chutes ; financer plus d'heures pour l'éducateur sportif, acheter un atelier d'équilibre pour la prévention des chutes (DM3).*

### **Concernant le PASS (par ordre décroissant) :**

- *Augmenter la fréquence d'utilisation, notamment en résolvant la contrainte liée aux intempéries : étudier la possibilité d'adapter le PASS pour une utilisation pendant la période hivernale, en l'abritant par exemple (4 répondants) ;*
- *Développer la communication sur l'outil afin d'augmenter son utilisation : meilleure présentation des bienfaits aux résidents, incitation des familles à l'investir ; améliorer la signalétique en élaborant des panneaux explicatifs pour chaque agrès (3 répondants) ;*
- *En faire un lieu de vie : lecture du journal, pause café ... en tenant compte des difficultés qui s'imposent comme la mise aux toilettes des résidents ou la météo (1 répondant) ;*
- *Résoudre les problèmes liés à l'installation du PASS : trop loin donc beaucoup de marche pour les résidents, exposé au soleil sans ombrages (1 répondant) ;*
- *Développer la mutualisation du PASS : pour favoriser les rencontres entre résidents des différentes structures, pour maintenir le lien social, pour stimuler les résidents, pour créer une notion d'appartenance (1 répondant) ; des partenariats locaux sont également à développer pour faire du PASS un lieu d'échanges avec l'extérieur, exemple de projet d'olympiades intergénérationnelles (1 répondant)*
- *En termes d'horaires : pour correspondre aux préférences des résidents (1 répondant).*

### **Concernant le suivi personnalisé de chaque résident (par ordre décroissant) :**

- *Réaliser une fiche d'évaluation des progrès des résidents et une procédure écrite concernant l'intégration du résident (1 répondant) ;*

### **Concernant l'implication et l'articulation des différents acteurs intervenant auprès des résidents (par ordre décroissant) :**

- Complémentarité et continuité du travail réalisé par les différents professionnels auprès des résidents : le PASS doit être un outil au service d'une démarche d'activité physique adaptée qui elle s'inscrit de manière pérenne au sein de l'établissement (ce n'est pas uniquement le PASS mais un projet global de motricité et d'activités physiques au sein des structures) (2 répondants) ;
- Implication nécessaire des médecins traitants pour stimuler la motivation des résidents (1 répondant) ;
- Pérennisation des partenariats et coopérations disponibles (réseau et bénévoles) (1 répondant).

## **Synthèse des résultats**

### **■ Les établissements concernés par l'enquête**

Les établissements destinataires de l'enquête sont au nombre de 19.

Les données relatives aux capacités d'accueil, reflètent une forte hétérogénéité des structures même si les populations accueillies sont proches du profil de celles qu'on peut observer en moyenne en France en terme d'autonomie des résidents (répartition par GIR).

Près des trois quart des établissements ont au moins une catégorie de personnels formés aux bienfaits de l'exercice physique et sportif dont une forte majorité concerne l'animateur et/ou les aides-soignants (médecin coordonnateur et personnel de direction sont cités par 6 établissements, les autres professions étant citées de façon plus marginale).

Par ailleurs, une très forte majorité des établissements (16 sur 19) déclarent que le PASS s'inscrit dans une politique globale en faveur des APS où d'autres actions sont parallèlement mises en œuvre dans cet objectif.

Enfin, on peut aussi remarquer que pour près de deux tiers des établissements, le PASS a permis le développement de partenariats locaux.

### **■ Les bénéficiaires du PASS**

Il s'avère que 343 résidents sur 2 307 ont bénéficié du PASS, soit 15% de l'ensemble des résidents accueillis dans les établissements concernés et ayant répondu à l'enquête. Trois établissements seulement ont déclaré que des demandes de participation au PASS n'avaient pu être satisfaites.

Les bénéficiaires sont majoritairement des femmes (70%), proportion que l'on retrouve dans la population résidente. L'âge moyen est de 84 ans, très proche de celui de l'ensemble des résidents (85 ans).

La population bénéficiaire du PASS présente par contre un niveau de dépendance moindre par rapport à l'ensemble de la population résidente : même si toutes les catégories de GIR sont représentées, les personnes les plus fortement dépendantes (GIR 1 et 2) bénéficient moins du PASS (29 % de bénéficiaires contre 56% de résidents) au bénéfice notamment des résidents moyennement dépendants (GIR 3 et 4).

Enfin, dans plus de la moitié des établissements, le PASS bénéficie à des personnes âgées extérieures.

## ■ Le processus d'intégration et de suivi de l'action dans les établissements

La mise en œuvre du PASS est accompagnée par un groupe projet dans environ trois quarts des établissements (14 établissements sur 19). En miroir, plus d'un quart des structures (n=5) n'ont pas mis en place de suivi. Ces groupes projets sont composés de professionnels diversifiés où les éducateurs sportifs, les animateurs, les médecins coordonnateurs et les directeurs sont les plus représentés.

Par ailleurs, la quasi totalité des établissements (17 sur 19 répondants) déclare que le PASS est intégré au projet de vie de l'établissement, que le PASS a fait l'objet d'une présentation au conseil de la vie sociale (18 sur 19) et que pour une forte majorité d'entre eux, le PASS est intégré aux projets de vie individualisés même si cette intégration est de niveau hétérogène d'une structure à l'autre.

Plus de la moitié des établissements répondants (n=10) déclare qu'une procédure relative à l'intervention de l'éducateur sportif a été mise en place. Parmi eux, 9 établissements déclarent que cette procédure fait l'objet d'un document écrit et 6 indiquent qu'elle est diffusée.

L'éducateur sportif participe à des réunions internes à l'établissement dans plus de la moitié des 16 établissements répondants (n=10). Dans le cadre de ces réunions, le PASS est spécifiquement évoqué dans 9 des 10 établissements concernés.

Par ailleurs, 16 établissements déclarent que l'éducateur sportif dispose de moyens lui permettant de transmettre des informations écrites, parmi lesquels l'informatique est majoritaire.

Au final et concernant la coordination et la transmission d'informations autour de l'action au sein des établissements, on observe une hétérogénéité des pratiques mises en œuvre.

Les établissements ont été interrogés au sujet de l'impact de l'installation du PASS sur le lien social : près des deux tiers déclarent que l'installation du PASS a permis de développer des partenariats locaux. Parallèlement, plus d'un tiers estiment qu'il a développé une dimension intergénérationnelle et qu'il a apporté une nouvelle forme d'implication des familles.

## ■ L'intégration du résident dans l'action

Près de la moitié des établissements ayant répondu à l'enquête déclare s'appuyer sur un avis médical pour la participation des résidents aux séances. Parmi les 10 établissements ne recueillant pas d'avis médical préalable, 8 indiquent s'appuyer sur un avis paramédical. Au final, environ 9 établissements sur 10 mettent en place un avis médical et/ou paramédical préalable à la participation des résidents à l'action.

Par ailleurs, près de la moitié des établissements déclarent que la proposition de participation du résident aux séances s'effectue dans un cadre collégial.

Enfin, des tests sont pratiqués en amont des séances pour évaluer les capacités du résident dans la majorité des établissements.

## ■ Le déroulement du PASS dans les établissements

La majorité des établissements (n=11) déclarent que le PASS est réellement utilisé 4 à 6 mois dans l'année. Deux établissements seulement l'utilisent toute l'année.

Une très forte majorité des répondants (près des deux tiers) déclarent une fréquence de participation au PASS plus d'une fois par semaine.

Globalement, les séances ont une durée moyenne d'une heure ou moins.

Selon les établissements répondants, la séance peut être individuelle ou collective (en groupes de 3 à 10 résidents). En moyenne, environ 5 résidents sont présents pendant une séance.

Dans plus des deux tiers des établissements, l'éducateur sportif est le professionnel qui encadre principalement le parcours. Dans 9 établissements (sur les 16 répondants à la question), l'éducateur sportif est accompagné d'un ou plusieurs autres professionnels pendant les séances.

## ■ Les propositions d'amélioration autour de l'action

Les propositions d'amélioration autour de l'action les plus fréquemment citées concernent principalement les ressources mises au service du dispositif (augmentation des personnels et des temps de travail consacrés à l'action), et l'utilisation du parcours (augmenter la fréquence d'utilisation, notamment en résolvant la contrainte liée aux intempéries) : couverture à prévoir et/ou dispositif complémentaire à installer en intérieur par exemple.

Vertical line

# L'enquête auprès des bénéficiaires du PASS

## Objectifs

L'enquête conduite auprès des résidents bénéficiaires du PASS avait pour principal objectif de connaître leur opinion et leur degré de satisfaction vis-à-vis :

- de la quantité et de la qualité des séances proposées,
- des bénéfices qu'ils retirent des activités,
- de leurs attentes et besoins afin d'identifier d'éventuelles évolutions nécessaires à l'amélioration du dispositif.

## Méthodologie

L'enquête est de type quantitatif et a été réalisée par questionnaire individuel<sup>6</sup>. Celui-ci a été transmis aux 17 structures incluses dans le protocole. Le référent « établissement », désigné dans le cadre de l'évaluation a été chargé d'organiser au sein de chaque structure la passation du questionnaire auprès des résidents ayant participé au parcours et qui sont déjà inclus dans les autres recueils (tests d'autonomie, chutes et consommations de soins). Ceux-ci doivent être au nombre de 15 (ou en nombre inférieur selon le nombre de bénéficiaires dans l'établissement).

Sur les 256 résidents inclus initialement dans le protocole d'évaluation, 51 (20%) ont interrompu leur participation au parcours (principalement pour des causes de décès (28), de souhait d'interrompre l'activité (9) ou d'altération de l'état général (7) et 24 résidents (9%) ont refusé ou n'ont pu remplir le questionnaire (démence, troubles cognitifs, maladie d'Alzheimer ou apparentées, peu d'intérêt perçu, questionnaire long et compliqué...).

**Au final, 181 résidents ont renseigné le questionnaire, soit en moyenne environ 11 résidents par établissement.**

<sup>6</sup> Questionnaire joint en annexe 3.

La passation a été réalisée après une durée d'utilisation du PASS par les bénéficiaires importante (plusieurs mois) et toujours au cours d'une saison d'utilisation (de mai à octobre). Le référent ou un soignant non impliqué directement dans le PASS, remettait le questionnaire dans la chambre ou l'appartement de chaque bénéficiaire. Dans le cas où les résidents concernés avaient besoin d'une aide ou d'une assistance pour remplir le questionnaire, il était recommandé que celle-ci leur soit apportée par un professionnel non impliqué directement dans le PASS et sans contact proche au quotidien avec le résident (par exemple un professionnel des services administratifs, un stagiaire...). Le questionnaire, anonyme, était collecté dans une boîte mise à disposition des répondants dans un lieu bien identifié.

Les données recueillies portent sur :

- le profil du bénéficiaire : sexe, âge, degré d'autonomie physique, durée de participation aux séances, interlocuteur rencontré en amont de la participation à l'atelier ;
- l'avis du bénéficiaire sur la quantité et la qualité de la prestation :
  - le rythme, la durée, le nombre des séances,
  - l'adaptation de l'atelier aux capacités du bénéficiaire ;
- l'avis du bénéficiaire sur l'impact physique, psychologique et social des séances ;
- des propositions d'amélioration.

Pour chacune des questions posées aux bénéficiaires, l'analyse a été réalisée selon deux modalités :

- une analyse descriptive portant sur la répartition des répondants ;
- une analyse de contingence entre les réponses fournies par les répondants et leur degré d'autonomie dans les déplacements (marche sans aide, avec cannes ou béquilles, avec déambulateur, en fauteuil roulant).

## Résultats

Les 17 établissements destinataires du questionnaire ont retourné un total de 181 questionnaires « bénéficiaires ».

### ■ Le profil des bénéficiaires ayant participé à l'enquête

#### ■ Selon le sexe et l'âge

Les participants à l'enquête ont un âge moyen de 83 ans (84 ans pour les femmes et 78 ans pour les hommes), proche de l'âge moyen des bénéficiaires du PASS (84 ans) et de celui de l'ensemble des résidents (85 ans). Plus des trois quarts (78 %) sont des femmes, pourcentage supérieur à celui de l'ensemble des bénéficiaires (70%).

#### ■ Selon le niveau d'appareillage nécessaire aux déplacements

Concernant les moyens d'appui nécessaires aux déplacements, la répartition des répondants s'établit ainsi :

##### Répartition des répondants selon le niveau d'appareillage nécessaire pour les déplacements\* (n et %)

	Nombre de répondants	% de répondants	
Sans aide	74	39%	58%
Cannes/Béquilles	37	19%	
Déambulateur	51	27%	42%
Fauteuil roulant	29	15%	
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>100%</b>	

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

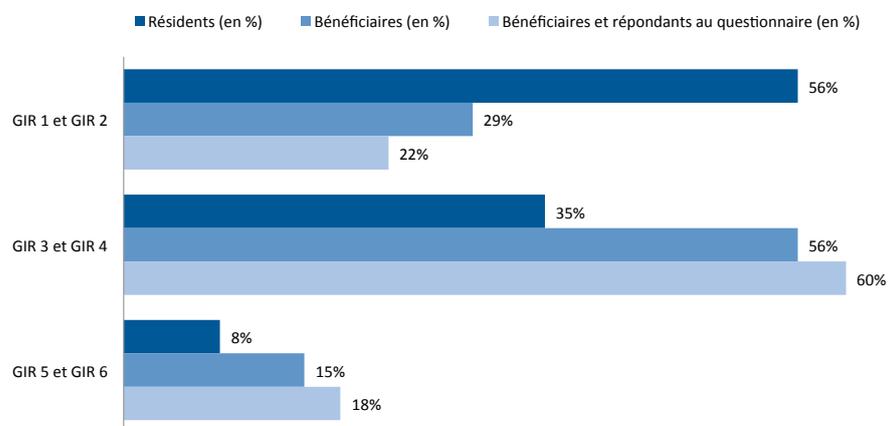
\*plusieurs réponses possible

Les participants à l'enquête n'ont pas un niveau homogène d'autonomie vis-à-vis de leurs déplacements et leurs profils couvrent tout le spectre des possibilités. Ils sont cependant une majorité (58%) à marcher sans aide (39%) ou à l'aide de cannes ou de béquilles (19%). Plus de 4 répondants sur 10 (42%) ont en revanche recours au déambulateur (27%) ou au fauteuil roulant (15%).

## ■ Selon le GIR

Afin d'observer si la population des répondants au questionnaire se distingue de l'ensemble de la population des résidents et de celle des bénéficiaires du PASS, une comparaison selon l'appartenance aux groupes iso-ressources au dernier relevé (communiqués par les référents) a été réalisée :

### Répartition des résidents, des bénéficiaires du PASS et des bénéficiaires répondants à l'enquête dans les GIR (%)



Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

### Les bénéficiaires du PASS ayant accepté de répondre à l'enquête présente un niveau de dépendance sensiblement moindre par rapport à la population bénéficiaire du PASS.

Globalement, environ un quart (22%) des bénéficiaires ayant répondu au questionnaire sont des personnes fortement dépendantes (GIR 1 et 2), contre 29 % de personnes en GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires et 56% parmi les résidents. Les proportions s'inversent pour les autres catégories (dont les GIR 3 et 4 qui concernent aussi des personnes dépendantes).

## ■ Selon l'ancienneté de participation

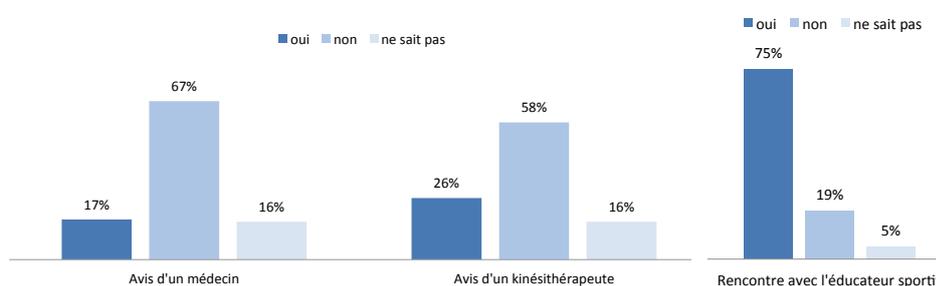
On observe que plus de la moitié des répondants (55%) participe au PASS depuis plus d'un an. Ils sont donc majoritairement composés d'un public connaissant bien le parcours et dont l'antériorité permet un avis fondé sur l'expérience concernant les bénéfices susceptibles d'être ressentis. Ce constat est par ailleurs conforté par le calendrier de passation de l'enquête (voir à ce propos le chapitre relatif à la méthodologie).

## ■ Le format des séances

### ■ *Le processus d'intégration des bénéficiaires aux séances*

La répartition des répondants selon les rencontres préalables à l'intégration (avis médical, avis paramédical, rencontre avec l'éducateur sportif) s'établit comme suit :

**Rencontres préalables à l'intégration aux séances (%)**



Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

Malgré une proportion relativement élevée de répondants ne pouvant se prononcer sur l'existence d'un avis médical ou paramédical préalable à leur participation aux séances (16%, proportion dont on peut faire l'hypothèse qu'elle peut être liée à une antériorité de participation ancienne), on peut noter que :

- Les trois quarts des répondants (75%) déclarent avoir rencontré l'éducateur sportif avant leur participation à l'atelier ;
- plus d'un quart des répondants (26%) déclare avoir bénéficié d'un avis préalable du kinésithérapeute ;
- 17% des répondants déclarent avoir bénéficié d'un avis préalable du médecin.

De façon plus détaillée, on peut remarquer que :

- Près d'un répondant sur dix (10%) déclare n'avoir rencontré aucun des trois professionnels cités (médecin, kinésithérapeute ou éducateur sportif) préalablement à sa participation à l'atelier ;
- Environ 16% des répondants déclarent avoir conjointement bénéficié d'un avis d'ordre médical ou paramédical et avoir eu un contact avec l'éducateur sportif : moins d'un sur dix (7%) déclarent avoir rencontré les trois types de professionnels et environ un sur dix (9%) avoir rencontré l'un des deux professionnels de santé et l'éducateur sportif ;
- 22% des répondants déclarent avoir bénéficié d'un avis préalable du médecin et/ou du kinésithérapeute ;
- Environ 42% déclarent avoir rencontré uniquement l'éducateur sportif, sans rencontre médicale ou paramédicale préalable.

Au final et même s'il faut nuancer les constats ci-dessus du fait de problèmes préalables d'identification ou de mémorisation, on peut malgré tout remarquer que la délivrance préalable d'un avis de la part d'un professionnel de santé ne semble pas dépendre du degré d'autonomie du résident dans ses déplacements (selon qu'il a besoin ou non d'utiliser des cannes ou des béquilles, un déambulateur, un fauteuil roulant), mais semble plus liée à l'organisation propre à chaque établissement.

### ■ La fréquence des séances

La répartition des répondants à l'enquête selon leur fréquence de participation aux séances s'établit comme suit :

**Répartition des répondants selon la fréquence de leur participation aux séances (n et %)**

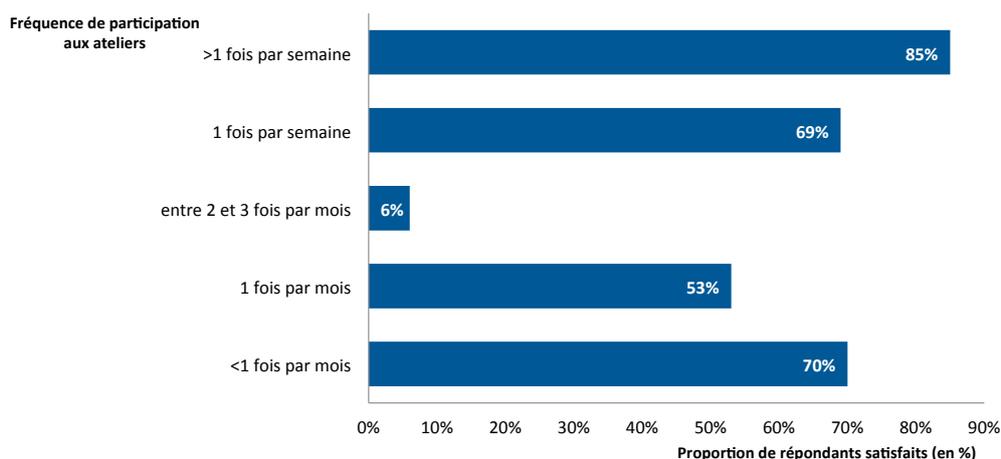
	Nombre de répondants	%
Plus d'une fois par semaine	26	15%
Une fois par semaine	93	53%
Entre 2 et 3 fois par mois	20	11%
Environ une fois par mois	17	10%
Moins d'une fois par mois	10	6%
Ne sait pas	10	6%
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>101%</b>

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

Plus des deux tiers des répondants (68%) déclarent une fréquence de participation aux séances supérieure ou égale à une fois par semaine, la fréquence de participation la plus élevée étant d'une fois par semaine en moyenne (53%) .

Par ailleurs, la satisfaction des répondants selon la fréquence de leur participation aux séances se répartit ainsi :

### Répartition des répondants satisfaits de la fréquence de leur participation aux séances (n et %)



Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

En moyenne, les deux tiers des répondants (66%) déclarent leur fréquence de participation satisfaisante, même si 23% l'estiment insuffisante et 11% ne savent pas répondre à cette question. On peut malgré tout observer que les taux de satisfaction sont les plus élevés pour les fréquences aux extrémités du spectre des possibilités, la fréquence intermédiaire (2 à 3 fois par mois) rassemblent le moins de résidents satisfaits.

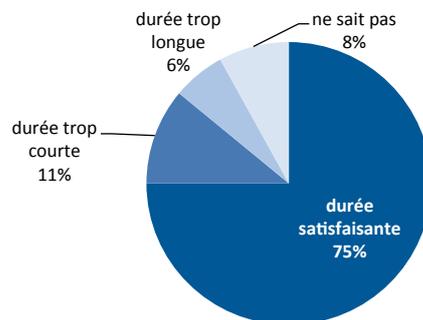
Parmi les répondants qui jugent la fréquence des séances insuffisante (n=41, soit 23% de l'ensemble des répondants) :

- plus d'un tiers (n=14 soit 34% des non satisfaits) souhaite 8 séances par mois, soit en moyenne environ 2 par semaine ;
- 11 d'entre eux (27%) en souhaitent de 2 à 6 ;
- et 8 (20%) en souhaitent 10 et plus ;

## ■ La durée des séances

Concernant la durée des séances, l'appréciation des répondants à l'enquête se répartit ainsi :

**Répartition des répondants selon leur appréciation sur la durée des séances (%)**



Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

Les trois quart des répondants estiment la durée des séances satisfaisante, tandis que 11% la jugent trop courte.

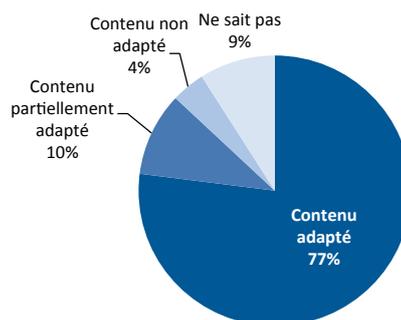
## ■ Le contenu des séances

Deux dimensions relatives au contenu des séances ont été interrogées :

- l'adaptation des exercices ou des activités aux capacités des bénéficiaires,
- le sentiment de sécurité durant les séances.

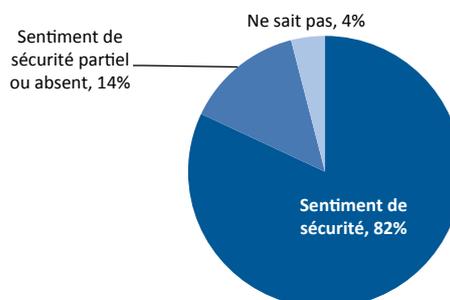
L'appréciation des répondants à l'enquête se répartit comme suit :

### Répartition des répondants selon l'appréciation de l'adaptation des exercices ou des activités à leurs capacités (%)



Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

### Proportion de répondants selon leur sentiment de sécurité durant les séances (%)



Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

- Près de 4 répondants sur 5 (77%) considèrent **les exercices et activités proposés comme étant adaptés.**

Parmi les 26 répondants (14%) considérant les activités comme partiellement adaptées ou comme non adaptées, 6 les considère comme trop compliquées et 4 d'entre eux évoquent des difficultés d'ordre physique pour accomplir les mouvements (peur de chuter, obstacles non adaptés à sa morphologie, insuffisance respiratoire, âge trop avancé).

- 82% des répondants se sentent **en sécurité** durant les séances. Ceux qui ne le sont pas évoquent une peur (de tomber notamment), des problèmes de santé (cardiaques, vertiges) et souhaitent une présence constante d'un encadrant.

- Enfin, on peut remarquer que près d'un répondant sur 5 (17%) a pu souhaiter stopper sa participation au parcours, pour différents motifs :

- appréhension du début ;
- manque de motivation, pas envie de faire du sport, peu d'intérêt perçu ;
- l'état de santé (âge avancée, dépression, fatigue, douleurs, angoisse) ;
- des difficultés d'intégration dans le groupe ;
- les conditions météorologiques (froid) ou d'accès au parc (trop loin) ;
- pratique déjà beaucoup de marche dans le parc ;
- exercices au PASS trop faciles.

**Au final, le niveau d'autonomie des répondants, caractérisé par leur capacité à se déplacer avec ou sans recours à un appui, ne constitue pas un élément discriminant dans la nature des réponses apportées.**

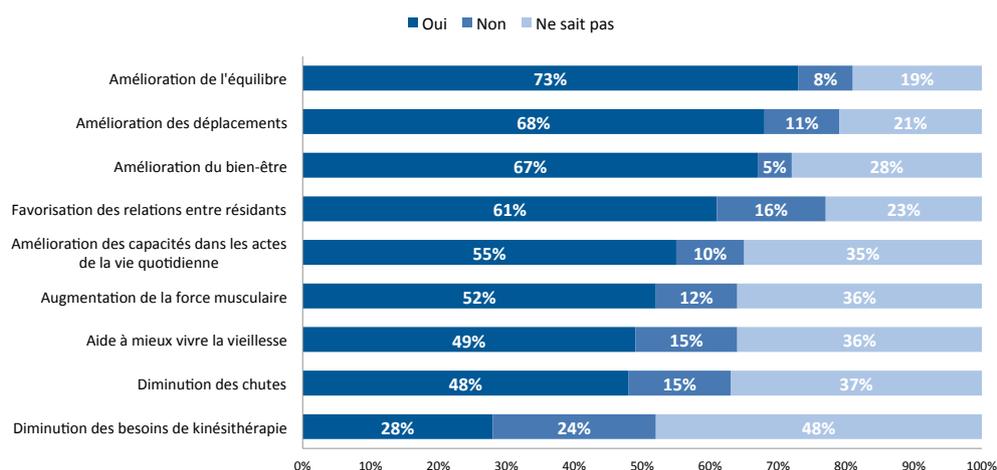
## ■ L'apport des séances

L'avis des bénéficiaires concernant l'apport des séances a été évalué selon trois dimensions :

- **Une dimension fonctionnelle** dont les indicateurs sont : une augmentation de la force musculaire, une amélioration des déplacements, de l'équilibre et de la capacité à effectuer les actes de la vie quotidienne, une diminution des chutes ou du besoin de kinésithérapie ;
- **Une dimension sociale** dont l'indicateur est une favorisation des relations avec les autres résidents ;
- **Une dimension psychique** dont les indicateurs sont : une amélioration du bien-être, une aide à mieux vivre la vieillesse.

L'appréciation des personnes ayant répondu à l'enquête selon les différents indicateurs pris en compte s'établit comme suit :

### Répartition des répondants concernant l'apport des séances (%)



Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

**Globalement, on peut remarquer que pour la plupart des indicateurs, la moitié ou plus des répondants estime que le dispositif est d'un apport bénéfique à l'exception des besoins de kinésithérapie.**

### ■ *Les capacités fonctionnelles et leur impact*

Les proportions de répondants déclarant que les séances contribuent à une amélioration de leurs capacités fonctionnelles sont comprises entre 73% (amélioration de l'équilibre) et 52% (amélioration de la force musculaire). Plus globalement, plus de la moitié des répondants (55%) déclarent que les séances améliorent leurs capacités dans les actes de la vie quotidienne et les deux tiers (68%) estiment qu'ils améliorent leurs déplacements.

Parallèlement, les proportions de répondants associant les séances à une diminution de leurs chutes (48%) et à une diminution de leurs besoins de kinésithérapie (28%) représentent les taux les plus faibles parmi l'ensemble des réponses positives concernant les différents apports des séances.

### ■ *La sociabilité*

Près de deux tiers des répondants (61%) déclarent que les séances favorisent les relations entre résidents. Cette proportion se situe au 4<sup>e</sup> rang des taux les plus élevés de réponses positives concernant les apports des séances.

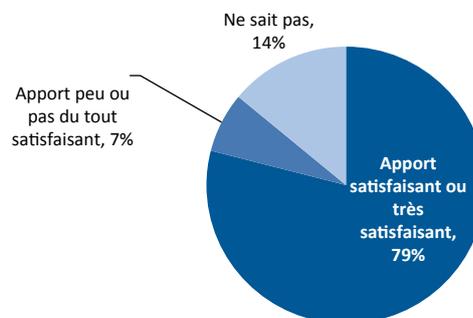
## ■ La qualité de vie

Plus des deux tiers des répondants (67%) estiment que les séances contribuent à l'amélioration de leur bien-être. Cette proportion se situe au 3<sup>e</sup> rang des taux les plus élevés de réponses positives concernant les apports des séances, après l'amélioration de l'équilibre et des déplacements.

Par ailleurs, 49% de répondants déclarent que les séances contribuent à aider à mieux vivre la vieillesse.

Au final et concernant globalement la qualité de vie, le degré de satisfaction des répondants se répartit comme suit :

**Répartition des répondants selon la satisfaction vis-à-vis de l'apport des séances à leur qualité de vie (%)**



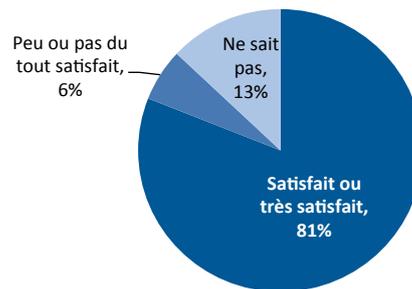
Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

**Près de 8 répondants sur 10 (79%) déclarent satisfaisant ou très satisfaisant l'apport des séances à leur qualité de vie. Seules 13 personnes sur les 176 répondantes à cette question le jugent peu satisfaisant (n=11) ou pas du tout satisfaisant (n=2), confirmant ainsi le degré élevé d'adhésion des bénéficiaires sur ce thème.**

## ■ Au final, la satisfaction globale

Au final, la satisfaction globale des répondants vis-à-vis du PASS se répartit comme suit :

**Répartition des répondants selon leur satisfaction globale vis-à-vis du PASS (%)**



Source : Evaluation PASS- Exploitation ORS Bretagne

**Plus de 8 répondants sur 10 (81%) se déclarent globalement satisfaits ou très satisfaits du PASS. Seules 7 personnes sur les 179 répondantes à cette question se déclarent peu satisfaites et 4 pas du tout satisfaites.**

Ces 4 personnes sont issues de 4 établissements différents. Pour deux d'entre elles, les activités proposées sur le PASS ne sont pas adaptées à leurs capacités. Une autre personne a des vertiges et se déclare en insécurité sur le parcours.

Parmi les propositions formulées par 32 répondants pour améliorer les activités en lien avec le PASS :

- 13 concernent l'installation et l'aménagement du parcours, notamment en lien avec les conditions météorologiques (5) : « couvrir le parcours pour l'utiliser toute l'année, en hiver ou en cas de pluie », « avoir la possibilité de faire des exercices en salle quand le parcours ne peut pas être utilisé », « trop de marche pour y accéder », « améliorer le sol autour des obstacles », « planter des arbres pour protéger du soleil, des fleurs pour améliorer le décor et des bacs à hauteur pour jardiner », « améliorer le panier de basket »,
- 6 concernent l'accroissement de la fréquence des séances : « nombre de séances hebdomadaires », « faire en sorte que le parcours soit disponible plus souvent » ;
- 2 concernent le personnel : « nécessité d'une présence constante d'un encadrant sur le parcours », « avoir quelqu'un qui nous accompagne jusqu'au PASS »,
- 1 concerne le contenu des séances : « exercices moins sportifs ».

## Synthèse des résultats

### ■ Le profil des participants à l'enquête

L'ensemble des 17 structures impliquées dans le PASS ont retourné un total de 181 questionnaires qui représentent en moyenne environ 11 fiches « résidents » par établissement. L'âge moyen des répondants (83 ans) est proche de l'âge moyen des bénéficiaires du PASS (84 ans) et de celui de l'ensemble des résidents (85 ans). La proportion de femmes parmi les répondants (78%) est par contre plus élevée que celle de l'ensemble des bénéficiaires (70%).

Les répondants à l'enquête sont une majorité (58%) à marcher sans aide (39%), ou à l'aide de cannes ou de béquilles (19%) tandis que 42% ont recours au déambulateur (27%) ou au fauteuil roulant (15%) pour leurs déplacements. Près de la moitié d'entre eux (45%) participe au PASS depuis moins d'un an, et 55% depuis plus d'un an, témoignant ainsi d'une population inscrite très majoritairement dans la durée au sein de l'expérimentation. Les bénéficiaires du PASS ayant accepté de répondre à l'enquête présentent un niveau de dépendance sensiblement moindre par rapport à la population bénéficiaire du PASS.

### ■ Le format et le contenu des séances

• **Concernant les modalités d'intégration aux séances**, selon les déclarations recueillies et en prenant en compte d'éventuels problèmes d'identification ou de mémorisation, trois quart des répondants (75%) ont rencontré l'éducateur sportif avant leur participation à l'atelier. Parallèlement, 43% ont bénéficié d'un avis préalable du médecin et/ou du kinésithérapeute. Un répondant sur six (16%) a conjointement bénéficié d'un avis d'ordre médical ou paramédical et eu un contact préalable avec l'éducateur sportif. Par contre, près d'un répondant sur dix n'a rencontré aucun des trois types de professionnels préalablement à sa participation à l'atelier.

• **Concernant la durée et la fréquence des séances**, près des deux tiers des répondants (68%) déclarent une fréquence de participation aux séances égale (53%) ou supérieure (15%) à 1 fois par semaine. Très majoritairement, les répondants considèrent leur fréquence de participation suffisante (66%), même si 23% l'estiment insuffisante, en lien notamment avec un manque de personnel, de mauvaises conditions météorologiques ou encore un manque de place dans les séances voire un manque de séances proposées. Enfin, les trois quart des répondants estiment satisfaisante la durée des séances, tandis que 11% seulement la jugent trop courte.

• **Concernant le contenu des séances**, près de 8 répondants sur 10 (77%) considèrent les exercices et activités proposés comme adaptés à leurs capacités et 82% se sentent en sécurité durant les séances. Malgré tout, 14% (26 répondants) jugent les exercices et activités partiellement adaptés ou non adaptés. Parmi eux, 6 répondants évoquent des exercices trop compliqués et 4 autres font part de difficultés d'ordre physique pour accomplir les mouvements. Enfin, 17% des répondants ont déjà souhaité stopper leur participation au parcours.

## ■ L'apport des séances

**Globalement et à l'exception d'un apport concernant une diminution du besoin de séances de kinésithérapie, la moitié ou plus des répondants estiment que le PASS contribue positivement à l'ensemble des indicateurs proposés pour caractériser les trois axes ci-après (apport fonctionnel ; apport social et relationnel ; qualité de vie).**

- **Concernant l'apport fonctionnel**, les proportions de répondants déclarant que les séances contribuent à une amélioration de leurs capacités fonctionnelles sont comprises entre 73% (amélioration de l'équilibre) et 52% (amélioration de la force musculaire). Plus globalement, plus de la moitié des répondants (55%) déclarent que les séances améliorent leurs capacités dans les actes de la vie quotidienne et les deux tiers (68%) estiment qu'ils améliorent leurs déplacements. Parallèlement, les proportions de répondants associant les séances à une diminution de leurs chutes (48%) et à une diminution de leur besoin de kinésithérapie (28%) représentent les taux les plus faibles parmi les apports des séances proposés.

- **Concernant l'apport social et relationnel**, 61% des répondants déclarent que les séances favorisent les relations entre résidents (cette proportion se situe au 4<sup>e</sup> rang des taux les plus élevés de réponses positives concernant les apports des séances).

- **Concernant la qualité de vie**, les séances contribuent à l'amélioration du bien-être pour 67% des répondants (au 3<sup>e</sup> rang parmi les apports proposés) et les aident à mieux vivre la vieillesse pour 49% d'entre eux. Par ailleurs, 79% des répondants déclarent l'apport des séances à leur qualité de vie satisfaisant ou très satisfaisant. Seules 13 personnes sur 176 répondants le jugent peu ou pas du tout satisfaisant.

- **Au final**, 81% des répondants se déclarent globalement satisfaits ou très satisfaits du PASS. Seules 7 personnes se déclarent peu satisfaites et 4 pas du tout satisfaites.

Parmi les propositions formulées par 32 répondants pour améliorer les activités en lien avec le PASS, 13 concernent l'installation et l'aménagement du parcours (notamment en lien avec les conditions météorologiques), et 6 l'accroissement de la fréquence des séances.

Vertical line

# L'enquête auprès des professionnels des établissements

## **Objectifs**

L'enquête qualitative visait à recueillir le point de vue des professionnels sur :

- L'impact des activités physiques et sportives (APS) et plus particulièrement du PASS sur l'autonomie et le bien-être des personnes âgées en établissement ;
- L'impact sur le fonctionnement de l'établissement et les pratiques professionnelles et l'impact spécifique de l'intervention des éducateurs sportifs qualifiés ;
- Les conditions d'utilisation du PASS et son intégration au sein d'un établissement dans la perspective éventuelle de son déploiement.

## **Méthodologie**

L'enquête s'est déroulée par entretiens téléphoniques semi-directifs auprès d'un échantillon équilibré selon le principe suivant : un tiers composé de personnel de direction, un tiers de personnels médicaux, paramédicaux, animateurs et un dernier tiers d'éducateurs sportifs.

A partir des éléments que les établissements ont transmis par l'intermédiaire des « questionnaires établissement », la composition de l'échantillon a également été réalisée de manière à obtenir un panel varié d'établissements selon les modalités d'intégration du PASS au sein de l'établissement (existence d'un groupe projet dédié, intégration aux projets de vie individualisés, modalité de recrutement des résidents, mise en place d'un suivi personnalisé, etc.).

En définitive, l'échantillon était composé de 16 personnes :

- 5 directeurs d'établissement ;
- 6 médicaux, paramédicaux, animateurs (2 médecins coordinateurs, 2 ergothérapeutes, 1 kinésithérapeute et 1 animateur coordonnateur) ;
- 5 éducateurs sportifs.

Au cours des entretiens, les questionnements ont porté sur différents axes :

- Les motivations à la mise en place d'un PASS et/ou à la participation à cette activité ;
- La description et le point de vue critique sur les modalités de mise en œuvre et d'utilisation du PASS, son intégration au sein de l'établissement et sa complémentarité avec d'autres APS ;
- Les impacts directs et indirects pour les résidents bénéficiaires, les professionnels et les établissements ;
- La satisfaction, les atouts et faiblesses ainsi que des remarques et suggestions pour la pérennisation du PASS et son déploiement.

Les différents axes ont été approfondis selon les types de professionnels et selon leur niveau d'implication dans le dispositif<sup>7</sup>.

L'analyse est thématique et transversale à l'ensemble des entretiens. Lorsque les professionnels expriment des points de vue différenciés selon leurs métiers, ceux-ci sont alors restitués précisément.

## Résultats

Les sujets distincts « PASS » d'une part et « APS » d'autre part sont très imbriqués dans les discours des professionnels car également très imbriqués dans leurs pratiques professionnelles.

### ■ La mise en place du PASS

#### • Les motivations à la mise en place et à la participation

La mise en place du PASS est évoquée par les directeurs d'établissement comme un moyen d'amplifier l'offre d'APS dans leur établissement et de varier cette offre. Ils se disent convaincus par les bienfaits des APS, notamment pour maintenir l'état de forme des résidents les plus autonomes.

La mise en place du PASS a permis dans certains établissements de répondre au besoin notable de développement des APS exprimés par les équipes soignantes et d'animation.

Le PASS est un dispositif (les agrès et l'intervention des éducateurs sportifs) jugé attrayant car adapté aux spécificités des personnes âgées. La réputation du Dr Trégaro a également été déterminante pour certains.

D'autres directeurs évoquent également des motivations plutôt tournées vers le fonctionnement de l'établissement : le PASS a constitué une occasion de dynamiser l'équipe autour d'un projet transversal et fédérateur ou a permis encore de s'inscrire dans une dynamique territoriale et partenariale.

<sup>7</sup> Grille d'entretien jointe en annexe 4.

### • **L'accompagnement des établissements**

Concernant **les aspects financiers**, les établissements rencontrent des conditions très disparates selon leur statut et les opportunités qui s'offrent à eux de trouver des articulations avec des projets territoriaux portés par les collectivités.

Afin de couvrir les coûts de fabrication et d'installation du PASS, les établissements ont sollicité des financements complémentaires aux attributions de l'ARS, de la préfecture et de la caisse d'assurance maladie et/ou des participations « en nature » d'établissements de formation professionnelle, de collectivités, d'entreprises. Des appels au bénévolat auprès d'habitants et de familles de résidents ont aussi pu être mis en place.

Les établissements sont coutumiers de ces montages, cela n'a pas posé de problèmes majeurs. Jugeant qu'une participation financière des résidents était « normale » et/ou nécessaire, certains établissements ont répercuté tout ou partie du coût de l'installation du PASS sur les tarifs pratiqués.

Un élément prédomine dans le discours des directeurs et des personnels soignants, c'est **la préoccupation quant au financement pérenne de la rémunération des éducateurs sportifs et de manière plus globale du financement des APS dans les établissements.**

Ils rappellent que le PASS, tout comme les APS dans leur ensemble, « fonctionnent » grâce à la présence des éducateurs sportifs.

La très grande majorité des établissements ne pourraient envisager le maintien de la présence d'un éducateur sportif, dans des volumes intéressants en termes de temps de présence dans l'établissement, sans la subvention dédiée.

Il y a donc des enjeux importants autour de la justification et de l'argumentation des bienfaits des APS auprès des bailleurs.

**L'accompagnement technique** des établissements pour la fabrication du PASS s'est concrétisé par le cahier des charges dont la qualité est reconnue par l'ensemble des directeurs grâce à la précision des préconisations sur les différents agrès.

Certains établissements ont néanmoins mené un travail **de sélection des agrès pour ne retenir que ceux considérés comme les plus adaptés** à leurs résidents.

## ■ **L'intégration du PASS au sein de l'établissement**

### • **L'intégration au projet d'établissement, l'organisation et la coordination du projet**

Les EHPAD présentent des situations très disparates en matière d'intégration des APS et du PASS dans leur projet d'établissement. Néanmoins, pour faciliter la lecture des résultats, nous pouvons regrouper les établissements selon deux grandes catégories :

- 1<sup>er</sup> groupe : Les établissements qui considèrent les APS comme des outils thérapeutiques : elles sont inscrites dans les projets de soins individualisés. Ces établissements disposent de moyens matériels (locaux, équipements) et de personnel plus important en volume d'heures et en compétences (ergothérapie, kinésithérapie, etc.) Le PASS s'y trouve comme un outil, parmi d'autres, dans le cadre global des efforts menés pour le maintien de l'autonomie.

- 2<sup>e</sup> groupe : Dans ces établissements, les APS sont plutôt utilisées comme des supports d'animation, comme un but en soi. Elles ne figurent pas dans les projets d'accompagnements individualisés ou les projets de soins. Ces établissements se trouvent parfois en déficit de personnel et de soins infirmiers, la prise en compte du maintien de l'autonomie y est en conséquence peu développée.

Malgré ces situations très disparates, l'ensemble des professionnels souhaitent tendre vers le développement des APS et vers une meilleure intégration de l'activité PASS et de l'éducateur sportif.

L'intégration, les modalités d'intervention et le degré d'engagement dans l'activité PASS des éducateurs sportifs est soumise à son statut (prestation groupement d'employeur, éducateurs salariés, éducateur territorial détaché, etc.) et au volume de temps de présence dans l'établissement.

Certains établissements prévoient la participation régulière d'un membre (ou de plusieurs en roulement) de l'équipe aux APS avec l'éducateur sportif. Les bénéfices qu'ils souhaitent en retirer sont : la capacité à reproduire des exercices ou encore afin d'être mieux en mesure d'accompagner l'éducateur sportif pour permettre l'accès aux APS des résidents les moins autonomes.

En revanche, les établissements n'ont très majoritairement pas formellement et spécifiquement formé leur personnel de manière collective mais plutôt en ciblant individuellement quelques professionnels.

#### **• Modalités de recrutement des personnes âgées et modalités de communication/transmission**

Dans les établissements du 1<sup>er</sup> groupe, le recrutement des résidents pour le PASS et l'ensemble des APS est l'objet d'une décision collégiale, y compris avec la participation de l'éducateur sportif.

Les critères locomoteurs priment dans l'évaluation des résidents et la décision de leur participation aux APS. Certains professionnels médicaux et paramédicaux accordent une attention particulière à des critères psychosociaux : les APS peuvent être utilisées pour rompre l'isolement d'une personne.

Les équipes ne disposent pas toujours des moyens nécessaires, en temps et/ou en compétences, pour effectuer les tests d'évaluation des capacités locomotrices pour évaluer une situation initiale et en observer l'évolution.

Ici encore, le statut et le volume de temps disponible de l'éducateur sportif créent des situations variées pour ce dernier lui permettant ou non de développer une connaissance fine des résidents en participant notamment à leur recrutement.

Les personnels médicaux et paramédicaux cherchent dans leur ensemble « à profiter au mieux » des compétences des éducateurs sportifs lors du recrutement des résidents pour adapter au mieux les activités aux capacités de chacun.

Le seul véritable frein évoqué au recrutement des résidents est celui du volume de travail de l'éducateur sportif que les établissements sont en mesure de mobiliser. En la matière, la question qui se pose est celle de la pérennisation de l'existant avant celle du développement de l'activité.

Il en va de même en ce qui concerne les modalités de communication/transmission. Si l'ensemble des établissements cherche à favoriser les échanges grâce à la fois à des outils et à des temps dédiés, les conditions ne le permettent pas toujours. Naturellement, avec le temps et la confiance que les éducateurs sportifs acquièrent de la part des professionnels, des échanges ont lieu sur l'état de santé des résidents de manière approfondie, bien qu'informelle. Ces échanges produisent des bénéfices mutuels, l'avis médical faisant évidemment autorité.

- **La complémentarité avec d'autres APS**

L'ensemble des professionnels indiquent que le PASS n'est pleinement bénéfique pour les résidents qu'en complémentarité avec d'autres APS, et surtout, avec les moyens de proposer des APS de manière régulière, soutenue et adaptée aux résidents.

Les professionnels médicaux, paramédicaux ainsi que les éducateurs sportifs insistent sur la nécessité de la régularité des APS. La durée des interventions étant limitée par la fatigue qui apparaît rapidement chez les résidents, c'est la régularité des exercices qui influe le plus. Dans leur ensemble, les établissements souhaitent tendre vers une approche globale du maintien de l'autonomie grâce à des activités qui touchent aux postures des résidents dans les situations quotidiennes. Le PASS répond à ce besoin grâce aux exercices de maintien et de déplacement qu'il permet.

Particulièrement dans les établissements du premier groupe, le PASS constitue une activité complémentaire aux autres APS. Cette complémentarité réside essentiellement dans le fait qu'il se situe en extérieur vis-à-vis d'activités développées en intérieur avec de surcroît, les bienfaits du plein-air.

- **Le PASS dans les projets individualisés**

L'ensemble des établissements déploient des efforts pour parvenir à l'individualisation de la prise en charge. La formalisation de cette démarche est très contrastée selon les établissements.

En la matière, les directions souhaiteraient aller vers une situation décrite comme idéale qui prendrait en compte globalement le travail possible en matière de nutrition et d'APS, avec une réévaluation régulière des objectifs et des échanges approfondis entre les différents professionnels intervenant auprès des résidents.

La prise en charge des résidents et son individualisation sont affectées par la prégnance de plus en plus importante des syndromes démentiels. Les établissements doivent s'adapter à cette situation et trouver des outils adaptés en termes d'interaction avec les résidents les plus concernés. En la matière, les directions s'interrogent sur la pertinence du PASS et observent les difficultés inhérentes à l'outil : espace ouvert et étendu peu adapté aux résidents désorientés avec une perte insécurisante des repères visuels.

## ■ Impacts directs et indirects

### • Pour les bénéficiaires

Les professionnels sont unanimes sur les bienfaits des APS et du PASS en termes de qualité de vie et en matière de bien-être psychosocial et de sortie de l'enfermement sensoriel. Selon les professionnels, les résidents se montrent souvent « enthousiastes » vis-à-vis des APS, le plaisir et la convivialité sont des notions fréquemment évoquées. Le PASS offre de surcroît l'opportunité de se mouvoir en plein-air, ce qui participe fortement, lorsque le climat est favorable, au plaisir éprouvé par les résidents.

D'après les professionnels, les bénéfices sont également très notables en termes de revalorisation de l'estime de soi, les personnes « s'aperçoivent qu'elles sont capables encore de faire beaucoup de choses ». Certains professionnels rappellent l'importance de la démarche volontaire de la part des résidents qui doivent rester libres de participer aux APS, quels que soient les bienfaits que cela peut leur apporter du point de vue de l'équipe.

En matière de maintien des capacités physiques, les interviewés évoquent la difficulté à se prononcer au vu de la discordance entre les observations directes et le ressenti qui en découle et les résultats aux tests d'évaluation des capacités locomotrices qui montrent peu d'évolutions notables. Ils rappellent également **la difficulté à mesurer les impacts en termes de maintien de l'autonomie** du fait de l'évolution de la population : des séjours plus courts avec des états de santé parfois dégradés et du fait de la dimension multifactorielle de l'autonomie de la personne.

**Les compétences techniques des éducateurs sportifs** sont décrites comme étant le principal facteur des bienfaits de l'APS. Selon les directeurs, les éducateurs formés proposent des exercices adaptés, ils ont une bonne préparation aux spécificités, tant locomotrices que cognitives, des personnes âgées.

Ils développent également une « compréhension de la personne » qui engendre une **relation de qualité des résidents avec les éducateurs sportifs**, elle aussi décrite comme essentielle : « on leur porte de l'intérêt, on leur donne des exercices et des conseils pour le lendemain, qu'ils peuvent appliquer seuls... ». Certains éducateurs sportifs mettent l'accent sur la remobilisation psychologique qu'ils peuvent apporter aux résidents qui participent de manière régulière aux APS, y compris lorsque leur participation n'est pas possible, notamment par le maintien de la relation privilégiée : le fait par exemple de passer les voir « quelques minutes pour discuter ».

Les éducateurs sportifs développent pour certains des propositions alternatives, notamment sur des aspects psychosociaux en favorisant l'émulation et les encouragements mutuels chez les résidents ou sur des aspects cognitifs et sensoriels par des exercices de "massages de l'autre" par exemple.

Les postures humaine et professionnelle de l'éducateur lui permettent d'obtenir des résultats très notables : il n'est pas un soignant, il peut adopter une posture, une relation très différente, il peut appeler les résidents par leurs prénoms et développer une interaction privilégiée sur un autre registre avec beaucoup plus de proximité et de connivence.

### • Sur les pratiques professionnelles

L'introduction **du métier d'éducateur sportif dans les établissements**, marque le fait que les résidents ont un potentiel à développer. Les professionnels dans leur ensemble voient les résidents sous un angle plus positif : ce sont des personnes qui « ont du potentiel et on entretient ce potentiel ».

Les soignants apprécient beaucoup la présence de cette nouvelle compétence, car ils manquent eux-mêmes de temps et déplorent le fait qu'ils ne peuvent pas, d'ordinaire, participer plus activement à maintenir l'autonomie des résidents.

Les établissements qui ont le plus développé les APS observent également un impact direct sur les pratiques professionnelles de l'ensemble du personnel en lien avec le surcroît d'autonomie des résidents : il y a moins de « raideurs » chez les résidents, les levers, couchers et les déplacements en sont facilités.

Dans le meilleur des cas, les résidents retrouvent de l'estime et de l'autonomie, le travail réel (le personnel acquiert des réflexes tels que l'incitation à la marche des résidents « dès que l'occasion se présente ») et les représentations du personnel évoluent de façon notable, les relations en sont profondément modifiées.

### • Sur le fonctionnement de l'établissement (coordination/complémentarités...)

Sur le plan du fonctionnement des établissements, les APS et le PASS plus particulièrement, de par leur caractère transversal, sont structurants car ils sont l'objet d'échanges entre les professionnels médicaux et paramédicaux dans leur ensemble.

Dans les établissements du 1<sup>er</sup> groupe, le PASS est considéré comme un moyen au service d'une démarche, au même titre que d'autres activités. C'est un levier du projet de soins de l'établissement, le PASS est alors ancré dans le fonctionnement de l'établissement.

Le PASS a parfois « fait muter » l'organisation de l'établissement avec la création de véritables démarches autour des aspects locomoteurs de la prise en charge et avec une recherche de cohésion entre les différentes professions au sein des établissements pour une prise en charge globale des personnes.

Dans les établissements du 2<sup>e</sup> groupe, le PASS est plus emblématique, c'est « un élément déclencheur, pour aller plus loin », il suscite le développement des APS.

Le PASS est généralement traité avec un soin particulier apporté à l'esthétique, il est également souvent contigu à d'autres équipements : jardins thérapeutiques, jardin des senteurs... l'endroit est agréable et les résidents, le personnel et les familles le fréquentent aussi pour cette raison. Au-delà des effets en termes de sollicitations cognitives des résidents, cela produit d'autres effets : Le PASS est aussi un "vecteur de communication", il valorise les efforts d'un établissement pour le développement en son sein des APS.

De plus, les familles y trouvent un intérêt tout particulier : elles s'y baladent, les petits-enfants qui viennent voir leurs grands-parents, s'y amusent et cela répond à la volonté des directions de rendre les établissements plus « vivants » et plus ouverts.

**Les relations avec « l'extérieur » et l'accès au PASS pour des personnes âgées non hébergées** dépendent très largement du statut des établissements et de leur intégration dans leur environnement institutionnel.

Ainsi, le PASS peut être accessible au public lorsque la résidence est ouverte sur un projet communal. Certains établissements peuvent être le lieu d'accueil d'activités inscrites dans le cadre d'un plan territorial destinées à des personnes prises en charge à domicile par exemple. Il peut y avoir alors la volonté d'intégrer à part entière ses personnes aux activités APS, y compris PASS, avec le bénéfice de la présence de l'éducateur sportif. D'autres établissements invitent de manière ponctuelle d'autres résidences à venir utiliser le PASS.

Malgré tout, dans la majorité des cas, cette ouverture est rendue difficile par des éléments d'ordre matériel et physique (la configuration des lieux), ou d'ordre organisationnel (l'encadrement durant le déplacement des résidents vers l'établissement équipé et le déplacement lui-même).

## ■ Les conditions nécessaires à la pérennisation et/ou à l'extension du PASS

Le principal point faible du PASS évoqué par les professionnels interviewés réside dans le fait que c'est **un équipement trop soumis aux aléas climatiques**. Souvent évoqué comme « le seul bémol » mais toujours évoqué comme quasi rédhibitoire ; Il est difficile d'utiliser le PASS avec des résidents qui « refusent de sortir dehors : il y a trop de vent, c'est trop frais, il y a trop de soleil... »

Cela doit inciter les établissements qui souhaiteraient mettre en place un PASS à porter une attention très particulière à sa localisation (vents dominants, ensoleillement, patio...) d'autant que, comme noté ci-dessus, les activités en extérieur sont très appréciées par le personnel et les résidents lorsque le temps est particulièrement favorable. Cela est même considéré comme un atout très fort en termes de sollicitations cognitives.

De fait, les établissements les mieux équipés peuvent proposer « l'équivalent d'un petit PASS à l'intérieur ou encore d'activités complémentaires ». Ceux qui le sont moins considèrent que cela doit être un axe d'amélioration : que les établissements soient équipés afin d'être en mesure de proposer un « pendant intérieur au PASS ».

Les directions jugent également qu'il aurait été judicieux d'offrir aux établissements le choix de s'équiper pour des activités d'extérieur ou d'intérieur. D'autres souhaiteraient pouvoir disposer d'équipements qui puissent être utilisés à la fois à l'extérieur et à l'intérieur.

Par ailleurs, dans les établissements qui travaillent avec un groupement d'employeur pour les interventions des éducateurs sportifs, les directions évoquent parfois des difficultés d'ordre logistique : les affectations des éducateurs, les choix sur les créneaux qui revêtent une grande importance pour le respect des rythmes des résidents, etc.

Les professionnels insistent sur le fait que **ce qui prédomine, c'est la présence de compétences au sein des établissements** pour développer des APS pérennes et régulières pour le maintien de l'autonomie de la personne. Il faut selon eux promouvoir les compétences (éducateurs, ergo...) nécessaires pour pouvoir soutenir ce type d'activités dans la durée.

#### **Echanges de pratiques chez les éducateurs sportifs**

Certains éducateurs sportifs apprécient et font remarquer la diversité des exercices et les multiples possibilités offertes par le PASS. Ces éducateurs considèrent que la créativité dont ils font montre en la matière pourrait encore être développée s'ils pouvaient échanger leurs pratiques avec des confrères.

## **Synthèse des résultats**

### **■ Le PASS est un moyen d'amplifier l'offre d'Activités Physiques et Sportives, structurant pour le projet d'établissement**

Les professionnels évoquent majoritairement deux motivations pour la mise en place du PASS dans leurs établissements :

- C'est un moyen d'amplifier et de diversifier l'offre d'APS dans les EHPAD dans l'optique de maintenir l'autonomie des résidents.
- C'est également l'occasion de fédérer les équipes autour d'un projet transversal, structurant du point de vue des projets de soins individualisés et des projets d'établissement.

### **■ Les conditions de pérennité de l'activité**

Les établissements présentent des situations très disparates vis-à-vis des aspects financiers. Le financement pérenne de la rémunération des éducateurs sportifs préoccupe particulièrement les professionnels. Selon eux, la très grande majorité des établissements ne pourraient envisager le maintien de la présence d'un éducateur sportif sans la subvention dédiée. Cette présence est pourtant jugée indispensable. Certains établissements ont répercuté les coûts d'installation du PASS sur les tarifs pratiqués.

### **■ Des situations très disparates en matière d'intégration du PASS**

Les établissements présentent des situations très disparates en matière d'intégration des APS et du PASS dans leurs projets d'établissement. Dans certains, les APS sont considérées comme des outils thérapeutiques et sont inscrites dans les projets de soins individualisés. Le PASS constitue un outil, parmi d'autres, dans le cadre global des efforts menés pour le maintien de l'autonomie.

D'autres établissements utilisent plutôt les APS comme des supports d'animation. Ces établissements se trouvent parfois en déficit de personnel. La prise en compte du maintien de l'autonomie y est moins développée bien que l'ensemble des professionnels souhaite tendre vers le développement des APS, vers une meilleure intégration de l'activité PASS et de l'éducateur sportif.

L'individualisation de la prise en charge des résidents est affectée par la prégnance de plus en plus importante des syndromes démentiels. Les professionnels s'interrogent sur la pertinence du PASS face à cette évolution. En effet, l'outil présente des difficultés en la matière : espace ouvert et étendu peu adapté aux résidents désorientés.

Au final et d'un point de vue technique, la précision des préconisations contenues dans le cahier des charges est très appréciée. Certains établissements ont sélectionné les agrés pour ne retenir que ceux considérés comme les plus adaptés à leurs résidents.

## ■ L'utilisation du PASS est avant tout soumise au temps de présence des éducateurs sportif dans l'établissement

Le seul véritable frein au recrutement des résidents pour le PASS est celui du volume de travail de l'éducateur sportif que les établissements sont en mesure de mobiliser. L'utilisation même du PASS est liée à la présence des éducateurs. En effet, en dehors des périodes durant lesquelles ces derniers sont présents, les professionnels médicaux et paramédicaux, dans leur majorité, n'utilisent pas le PASS.

Les compétences des éducateurs sont globalement reconnues par les personnels médicaux et paramédicaux qui cherchent dans leur ensemble « à profiter au mieux » de ces compétences, notamment lors du recrutement des résidents puis, par la suite, afin de proposer des activités adaptées aux capacités de chacun.

Les critères locomoteurs priment pour le recrutement des personnes âgées et pour leur maintien dans l'activité. Il faut noter aussi que certains professionnels accordent une attention particulière à des critères psychosociaux, notamment liés à l'isolement social des personnes.

## ■ Les bénéfices des activités physiques et sportives dépendent très largement de leur régularité

L'ensemble des professionnels est unanime sur les bienfaits des APS et du PASS en termes de qualité de vie, de bien-être psychosocial et sortie de l'enfermement sensoriel. Selon eux, le PASS n'est pleinement bénéfique pour les résidents qu'en complémentarité avec d'autres APS dans l'objectif de proposer des APS de manière régulière, soutenue et adaptée aux résidents.

De manière plus précise, en matière de maintien des capacités physiques, les professionnels notent une discordance entre les résultats aux tests d'évaluation des capacités locomotrices, qui montrent peu d'évolutions notables et leur propre ressenti. Ils rappellent en outre la difficulté à mesurer les impacts en termes de maintien de l'autonomie, du fait notamment, des durées de séjours de plus en plus courtes des résidents avec des états de santé parfois dégradés lors de leur arrivée.

## ■ Les pratiques professionnelles impactées positivement lorsque l'offre d'activités physiques et sportives est importante

Les établissements qui ont le plus développé les APS observent un impact direct sur les pratiques professionnelles de l'ensemble du personnel en lien avec le surcroît d'autonomie des résidents : il y a moins de « *raideurs* » chez les résidents, les déplacements en sont facilités et le personnel acquiert des réflexes tels que l'incitation à la marche « *dès que l'occasion se présente* ».

Les représentations du personnel vis-à-vis des résidents évoluent elles aussi de façon notable, les relations en sont profondément modifiées.

Dans les établissements qui ont le moins développé les APS, le PASS est décrit comme « *un élément déclencheur, pour aller plus loin* », il suscite le développement des APS.

Le PASS est également décrit comme un vecteur de communication, il valorise les efforts d'un établissement pour le développement des APS. De plus, les familles y trouvent un intérêt tout particulier : elles s'y promènent, les petits-enfants qui viennent voir leurs grands-parents, s'y amusent. Cela répond à la volonté des directions de rendre les établissements plus « *vivants* » et plus ouverts.

## ■ Une demande récurrente : un équivalent au PASS, « en intérieur »

Le principal point faible du PASS évoqué par les professionnels interviewés réside dans le fait que c'est un équipement trop soumis aux aléas climatiques.

Les établissements les mieux équipés peuvent proposer « *l'équivalent d'un petit PASS à l'intérieur ou encore d'activités complémentaires* ». C'est dans ces établissements que les impacts positifs de l'installation du PASS sont les plus notables.

Les professionnels insistent sur le fait que ce qui importe, plus encore que la présence d'équipements, c'est la présence de compétences (éducateurs sportifs, ergothérapeutes...) au sein des établissements pour développer des APS pérennes et régulières.

## ■ Des échanges de pratiques chez les éducateurs sportifs

Certains éducateurs sportifs notent les multiples possibilités offertes par le PASS. Selon eux, la diversité des exercices potentiels pourraient encore être développée s'ils pouvaient échanger et mutualiser régulièrement leurs pratiques avec l'ensemble des éducateurs engagés dans ce type d'activité.

# Les trois enquêtes relatives au maintien de l'autonomie et à l'impact médico-économique de l'action

## Objectifs

Les données probantes en lien avec l'impact de l'activité physique sur l'autonomie chez les personnes âgées montrent que « la pratique régulière d'une activité physique permet de retarder ou de ralentir certains processus délétères liés au vieillissement »<sup>8</sup> et « a un effet bénéfique sur les limitations fonctionnelles »<sup>9</sup>.

« La spirale du déclin fonctionnel qui se met en place au cours du vieillissement est en grande partie due au rôle de la fonction musculaire qui se dégrade progressivement et se caractérise par une réduction de la masse musculaire ou sarcopénie. La pratique d'une activité physique contribue donc au maintien de la fonction musculaire nécessaire à la mobilité chez le sujet âgé [...] En effet, une faiblesse musculaire est fréquemment associée à une mobilité réduite, un risque accru d'incapacité et à des chutes. Cette altération de la fonction musculaire est potentiellement réversible par le suivi de programme d'activité physique à base d'exercices contre résistance ou d'exercices en endurance »<sup>10</sup>.

« Les programmes combinant des exercices d'équilibre, de renforcement musculaire des membres inférieurs, de souplesse et/ou d'endurance permettent de réduire le risque de chutes chez le sujet âgé. Plusieurs études ont montré un taux d'incidence des fractures de col du fémur de 20 à 40 % plus faible chez les individus qui déclarent être physiquement actifs comparés à des sujets sédentaires »<sup>11</sup>.

<sup>8</sup> Activité physique. Contextes et effets sur la santé / Institut national de la santé et de la recherche médicale. Paris : Les éditions Inserm, 2008 (Expertise collective). p. 611.

<sup>9</sup> Inserm, 2008, p. 612

<sup>10</sup> Activité physique. Contextes et effets sur la santé. Synthèse et recommandations / Institut national de la santé et de la recherche médicale. Paris : Les éditions Inserm, 2008 (Expertise collective). p. 98

<sup>11</sup> Inserm, 2008 (synthèse), pp. 98-99

« Même chez le sujet âgé fragile, l'activité physique pourrait avoir un intérêt particulier par son action bénéfique sur différents paramètres. En effet, des études ont démontré des gains très significatifs à la fois sur le plan de la mobilité, de l'équilibre, de la souplesse et de la force musculaire mais également de la chute et des blessures associées, dans cette population »<sup>12</sup>.

« Les conséquences de la chute étant particulièrement délétères sur la qualité de vie et l'estime de soi, les retentissements de l'activité physique sur la qualité de vie et le bien-être sont à considérer.<sup>13</sup>»

L'objectif général de cette approche est d'observer l'impact de l'action sur l'évolution de l'autonomie des résidents et sur l'aspect médico-économique de leur prise en charge.

Les trois indicateurs envisagés pour la mise en place de cette approche sont :

1. L'évolution de l'autonomie et du risque de chutes (test de Tinetti) ;
2. L'évolution des chutes et de leurs conséquences ;
3. L'évolution des consommations de soins.

Au-delà de la contribution du PASS au maintien de l'autonomie des bénéficiaires, ces différents recueils, notamment celui relatif aux chutes, abordent indirectement l'aspect médico-économique qui sera pour sa part traité spécifiquement dans le chapitre dédié aux consommations de soins.

## **Méthodologie commune aux trois recueils<sup>14</sup>**

Les trois recueils s'appuient sur une méthode de type avant-après où la population observée est son propre témoin.

Les chutes et les consommations de soins sont observées durant 6 mois précédant l'utilisation du PASS et comparée à une période de 6 mois à l'issue d'une année d'utilisation du dispositif. Concernant le recueil dédié aux consommations de soins, celui-ci a été réalisé en concertation étroite et avec le soutien de l'assurance maladie.

Le test de Tinetti est pour sa part observé au début de l'utilisation du PASS et comparé à l'issue d'une année d'utilisation.

<sup>12</sup> Inserm, 2008 (synthèse), p. 99

<sup>13</sup> INSERM. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2015

<sup>14</sup> Les recueils relatifs au test de Tinetti et aux chutes ont concerné 15 des 17 établissements inclus dans l'évaluation, deux établissements n'ayant pas participé du fait d'une mise en œuvre du PASS préalable au démarrage de l'évaluation.

# 1<sup>ère</sup> enquête : l'évolution de l'autonomie et du risque de chutes (à partir du test de Tinetti)

L'autonomie de la personne âgée et son risque de chutes sont le plus souvent le résultat d'un processus multifactoriel, mais une atteinte de la marche et de l'équilibre retentit fortement sur ces deux éléments.

## ■ Méthodologie du recueil

### ■ Le test de Tinetti

Le test de Tinetti permet une estimation validée de l'autonomie et du risque de chute. C'est un outil permettant d'évaluer avec précision les anomalies de l'équilibre et de la marche du sujet âgé au cours de diverses situations de la vie quotidienne.

Le test se compose de deux parties : un temps d'étude des anomalies de l'équilibre reposant sur 10 situations posturales (le patient est assis sur une chaise sans accoudoirs, puis il se lève et s'assoit) et un temps d'étude de la marche (le patient doit marcher au moins 3 mètres en avant, faire demi-tour et revenir à pas rapides vers la chaise, il doit utiliser son aide technique habituelle : canne ou déambulateur).

Chaque situation est scorée. On obtient ainsi un premier score d'équilibre sur 16. La seconde partie du test analyse la marche et permet l'obtention d'un second score sur 12. La somme des deux évaluations apporte une note globale sur 28. Le score final obtenu s'interprète ainsi :

#### Valeur du score final et interprétation

28 = risque de chute normal

24-27 = risque de chute peu élevé

20-23 = risque de chute élevé

<20 = risque de chute très élevé (corrélé avec une multiplication par 5 du risque de chute)

## ■ Le protocole d'enquête

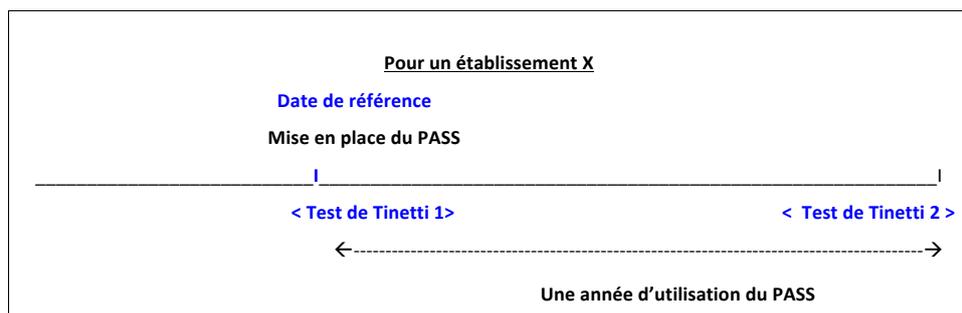
L'objectif du recueil est de comparer, pour les 15 bénéficiaires du PASS inclus dans les 3 recueils avant-après (chutes ; test de Tinetti ; consommations de soins) :

- ⇒ Le score réalisé suite à la passation du test de Tinetti **au début de l'utilisation du PASS,**
- ⇒ Au score réalisé suite à la passation du test de Tinetti **après une année d'utilisation du PASS.**

Pour chaque bénéficiaire, une fiche est à compléter où sont relevés<sup>15</sup> :

⇒ **Au moment de la date de référence (début de l'utilisation du PASS), les scores de chaque variable du test de Tinetti permettant d'obtenir par addition le premier score global.**

⇒ **Un an après, les variables du test de Tinetti permettant d'obtenir le second score global.**



## ■ Echantillonnage

L'étude rétrospective s'applique à un échantillon de 15 résidents maximum par établissement,

- toujours bénéficiaires du PASS au moment de l'enquête,
- y participant régulièrement.

L'échantillonnage des résidents s'opère comme suit :

⇒ Si le nombre de bénéficiaires du PASS au sein de l'établissement **est inférieur ou égal à 15, la totalité des bénéficiaires est retenue pour les 3 recueils.**

⇒ Si le nombre de bénéficiaires du PASS **est supérieur à 15, les 15 premiers bénéficiaires selon l'ordre alphabétique sont inclus dans les 3 recueils. En aucun cas, les résidents à inclure dans les recueils n'étaient sélectionnés selon leur âge, leur niveau d'autonomie etc.**

<sup>15</sup> Questionnaire joint en annexe 5.

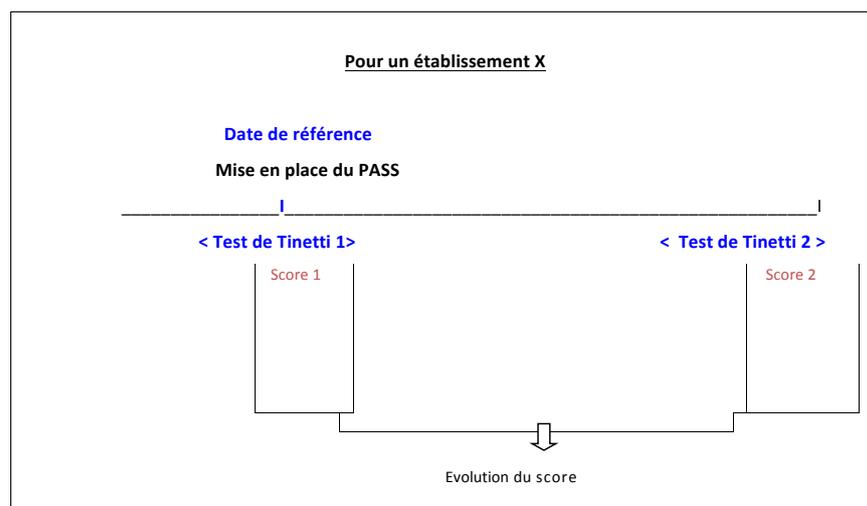
## ■ L'indicateur d'analyse

### Indicateur : évolution « avant » - « après » du score au test de Tinetti

Pour chaque bénéficiaire retenu par échantillonnage, sont relevés :

- Le score réalisé suite à la passation du test de Tinetti au début de l'utilisation du PASS ;
- Le score réalisé suite à la passation du test de Tinetti après une année d'utilisation du PASS.

Les méthodes de comparaison avant-après pour cet indicateur sont synthétisées dans le graphique suivant :



## ■ Les destinataires de l'enquête

Le test de Tinetti a été adressé à 15 établissements. Ce recueil était effectué par l'éducateur sportif, appuyé si besoin par le médecin coordonnateur ou par un soignant de l'établissement, à l'occasion d'une séance d'utilisation du PASS.

## ■ Résultats

Ont été réalisées les analyses suivantes (permettant de comparer les scores « avant » et « après » la participation au PASS) :

- description de la population incluse dans le recueil de Tinetti et comparaison avec la population bénéficiaire du PASS (selon le sexe, l'âge et le groupe iso-ressource d'appartenance),
- comparaison des scores « avant » puis « après » la participation au PASS, selon l'âge et le groupe iso-ressource (GIR) d'appartenance des enquêtés.

La fréquence et la durée de participation au PASS, susceptibles d'avoir un impact sur la santé physique des personnes âgées, ne sont toutefois pas renseignées. Ce qui constitue une limite pour l'interprétation d'un impact physique positif ou négatif.

### ■ *Les établissements et les dossiers pris en compte*

Les 15 établissements destinataires des questionnaires ont retourné un total de 222 dossiers « bénéficiaires » : 14 établissements ont relevé les scores pour 15 bénéficiaires et un établissement les a renseignés pour 12 bénéficiaires.

Parmi eux, plusieurs dossiers ont été exclus de l'analyse :

- 23 concernant des personnes décédées entre les deux phases de recueil,
- 11 dossiers incomplets (sans le test « après », sans explication annotée),
- 5 concernant des personnes pour lesquelles le test n'était pas réalisable en raison de l'état de santé du bénéficiaire,
- 3 concernant des personnes ayant quitté l'EHPAD entre les deux phases de recueil,
- 2 concernant des personnes ne souhaitant pas réaliser le test.

**Au final, 179 dossiers « bénéficiaires » ayant réalisé le test de Tinetti avant et après participation au PASS ont été retenus pour l'analyse.**

## ■ Le profil des bénéficiaires participant au test

### Répartition des bénéficiaires selon l'âge (%)

Tranches d'âge	n	%
Moins de 80 ans	51	28%
80 à 84 ans	41	23%
85 à 89 ans	53	30%
90 ans et plus	34	19%
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

L'âge moyen des bénéficiaires inclus dans le test de Tinetti est de 82 ans (84 ans pour les femmes et 77 ans pour les hommes), très légèrement inférieur à celui de l'ensemble des bénéficiaires du PASS recensés dans l'enquête initiale auprès des établissements (84 ans).

Par ailleurs, 76% des bénéficiaires sont des femmes, proportion supérieure à celle obtenue à partir des questionnaires complétés par les structures (70% de femmes).

Une comparaison a également été réalisée sur l'appartenance aux groupes iso-ressources :

### Répartition comparée des bénéficiaires dans les GIR d'après les enquêtes « établissements » et « test de Tinetti » au dernier relevé (%)

	Bénéficiaires enquête "établissements"		Bénéficiaires enquête "test de Tinetti"	
GIR 1 et 2	29%	85%	29%	88%
GIR 3 et 4	56%		59%	
GIR 5 et 6	15%	15%	12%	12%
<b>Total</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>	

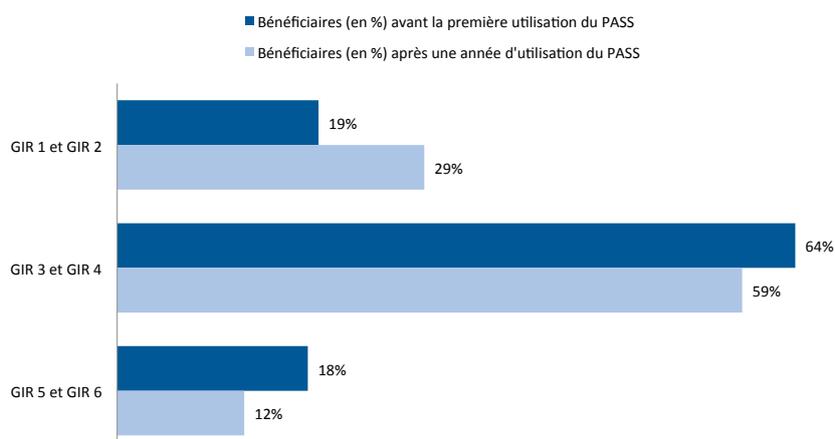
Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

On observe une légère sur-représentation des GIR 3 et 4 parmi les participants au recueil « test de Tinetti » par rapport à l'ensemble des bénéficiaires du PASS.

**Au final, la population retenue pour l'enquête « test de Tinetti » présente un profil très proche de l'ensemble des bénéficiaires du PASS au niveau de l'âge et du niveau de dépendance, même si les hommes y sont sensiblement moins représentés.**

Par ailleurs, une comparaison selon l'appartenance des bénéficiaires aux groupes iso-ressources « avant » la première utilisation du PASS et « après » une année d'utilisation a été réalisée :

### Répartition des bénéficiaires du PASS dans les GIR « avant » et « après » l'utilisation du PASS (%)



Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

#### **Après une année d'utilisation du PASS, la proportion de personnes lourdement dépendantes (GIR 1 et 2) est en forte augmentation**

En miroir, les proportions s'inversent pour les personnes moyennement dépendantes (GIR 3 et 4) et celles peu ou pas dépendantes.

**La dépendance des bénéficiaires du PASS inclus dans le recueil « Tinetti » a donc augmenté avec l'avancée en âge des résidents.**

## ■ L'évolution des scores au test de Tinetti

### Répartition des bénéficiaires en % selon le score au test de Tinetti « avant » et « après » la participation au PASS

	Avant la participation au PASS	Après la participation au PASS
Bénéficiaires avec score final <20 (risque de chute très élevé)	77 (43%)	83 (46%)
Bénéficiaires avec score compris entre 20 et 23 (risque de chute élevé)	37 (21%)	32 (18%)
Bénéficiaires avec score compris entre 24 et 27 (risque de chute peu élevé)	53 (29%)	44 (25%)
Bénéficiaires avec Score = 28 (normal)	12 (7%)	20 (11%)
<b>Ensemble des bénéficiaires</b>	<b>179 (100%)</b>	<b>179 (100%)</b>
<b>Score moyen final</b>	<b>19,6</b>	<b>18,9</b>
Score minimum	1	0
Score maximum	28	28

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

**Globalement, près de la moitié des bénéficiaires ont un risque de chute très élevé au cours des deux périodes d'observation** (43% sur la période « avant » la participation au PASS » et 46% sur la période « après »).

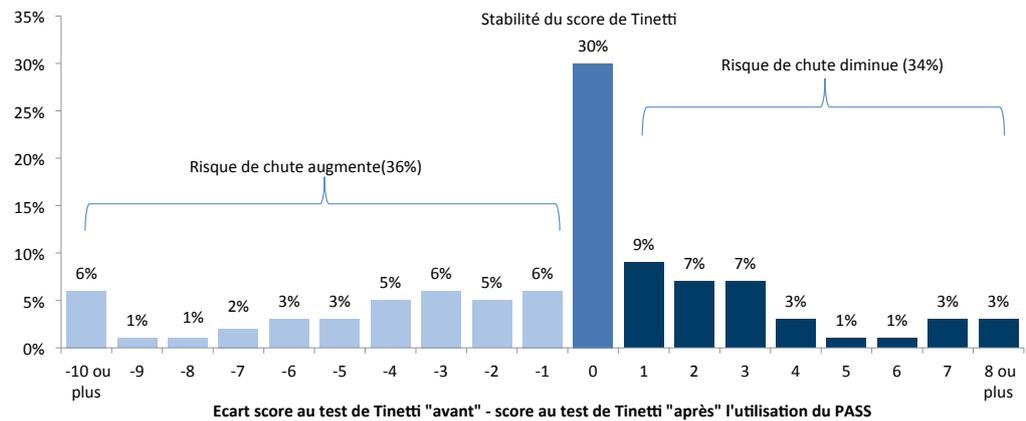
Les personnes âgées ayant un risque de chute « normal » représentent 7% des bénéficiaires « avant » et 11% « après ».

Sur les deux périodes d'observation, le score moyen au test de Tinetti est de 19,6 « avant » et de 18,9 « après ».

**Statistiquement<sup>16</sup>, l'écart observé entre les deux périodes n'est pas significatif ( $p>0,3$ ) : le niveau d'autonomie et le risque de chute sont restés relativement constants, malgré une dépendance qui augmente.**

<sup>16</sup> Test du khi-deux non significatif

## Répartition des bénéficiaires en % selon les écarts entre le score au test de Tinetti « avant » et le score au test de Tinetti « après » l'utilisation du PASS



Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

Pour 3 bénéficiaires sur 10, le score au test de Tinetti est strictement le même « avant » et « après » l'utilisation du PASS.

**Au final, le niveau d'autonomie et le risque de chuter ont stagné entre les deux périodes d'observation pour 30% des bénéficiaires du PASS, tandis qu'un tiers (34%) a vu son risque de chute régresser et un autre tiers (36%) l'a vu s'élever<sup>17</sup>.**

<sup>17</sup> Un tableau détaillé de l'évolution du risque de chute selon le niveau initial est restitué en annexe 9.

On peut aussi observer l'impact de la participation au PASS sur l'autonomie et le risque de chute selon différentes modalités de réponse aux variables ci-dessous :

- l'âge,
- le niveau de dépendance (GIR).

### ■ **L'évolution des scores au test de Tinetti selon l'âge**

**Globalement, le risque de chuter augmente avec l'âge et il est particulièrement notable après 85 ans** : près de la moitié (49%) des bénéficiaires de 85-89 ans et 41% des 90 ans et plus sont concernés, alors qu'ils ne sont qu'un quart (24%) dans ce cas chez les moins de 80 ans.

#### **Répartition des bénéficiaires selon l'évolution du risque de chute et l'âge (%)**

	Risque de chute augmente	Risque de chute stable	Risque de chute diminue	Total
Moins de 80 ans	12 (24%)	19 (37%)	20 (39%)	51 (100%)
80-84 ans	13 (32%)	15 (37%)	13 (32%)	41 (100%)
85-89 ans	26 (49%)	14 (26%)	13 (25%)	53 (100%)
90 ans et plus	14 (41%)	6 (18%)	14 (41%)	34 (100%)
<b>Total</b>	<b>65 (36%)</b>	<b>54 (30%)</b>	<b>60 (34%)</b>	<b>179 (100%)</b>

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

Au niveau de l'évolution du risque, la stagnation ou la baisse du risque de chuter est plus importante chez les participants « les plus jeunes » : elle concerne les trois quart des moins de 80 ans (76%) et plus des deux tiers (69%) des 80-84 ans, contre la moitié (51%) des 85-89 ans.

Parallèlement à ces résultats, on remarque que parmi les 90 ans et plus, la proportion de personnes ayant plus de risque de chuter (41%) équivaut strictement à celle ayant moins de risque de chuter (41%), auxquelles s'ajoute 18% pour lesquels le risque est stable.

Toutefois, ces différences ne sont pas statistiquement significatives<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> Test du khi-deux non significatif (p=0.09)

## ■ L'évolution des scores au test de Tinetti selon les GIR

### Répartition des bénéficiaires selon l'évolution du risque de chute et le GIR au dernier relevé (%)

	Risque de chute augmente	Risque de chute stable	Risque de chute diminue	Total
GIR 1 et 2	29 (60%)	11 (23%)	8 (17%)	48 (100%)
GIR 3 et 4	28 (29%)	33 (34%)	36 (37%)	97 (100%)
GIR 5 et 6	6 (30%)	7 (35%)	7 (35%)	20 (100%)
<b>Total</b>	<b>63 (38%)</b>	<b>51 (31%)</b>	<b>51 (31%)</b>	<b>165 (100%)</b>

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

L'augmentation du risque de chute est significativement associée à un niveau de dépendance élevé ( $p < 0,05$ ) : 6 bénéficiaires très dépendants sur 10 (GIR 1 et 2) ont un risque de chuter qui s'est accru entre les deux périodes d'observation, contre 3 sur 10 parmi les bénéficiaires moyennement dépendants ou autonomes (GIR 3 à 6).

En miroir, la baisse et la stabilité du risque de chuter sont associées à un gradient inverse : une part plus importante des bénéficiaires moyennement dépendants ou autonomes que celle de l'ensemble de la population ont un risque de chute qui diminue ou reste stable dans le temps (c'est le cas pour environ 70% des GIR 3 à 6, contre 40% des GIR 1 et 2).

Au final, l'étude identifie le niveau de dépendance comme un facteur de risque significativement associé à l'évolution du risque de chute entre les deux périodes d'observation.

## 2<sup>e</sup> enquête : l'évolution des chutes et de leur conséquence

L'évolution des chutes et de leur conséquence représente un indicateur privilégié dans la mesure où leur répercussion en terme d'autonomie et leur coût économique ont déjà fait l'objet d'études<sup>19</sup>.

### ■ Méthodologie du recueil

#### ■ Protocole d'enquête

Le recueil s'appuie sur un relevé du nombre de chutes et de leurs conséquences chez les bénéficiaires avant leur entrée dans le programme puis à la suite de leur participation aux ateliers.

**L'objectif est de comparer, pour les 15 bénéficiaires du PASS** inclus dans les 3 recueils avant-après (chutes ; évolution de l'autonomie via le test de Tinetti ; consommations de soins) :

⇒ Les chutes dont ils ont été éventuellement victimes **avant leur première utilisation du PASS.**

⇒ Aux chutes dont ils ont été éventuellement victimes **après une année d'utilisation du PASS.**

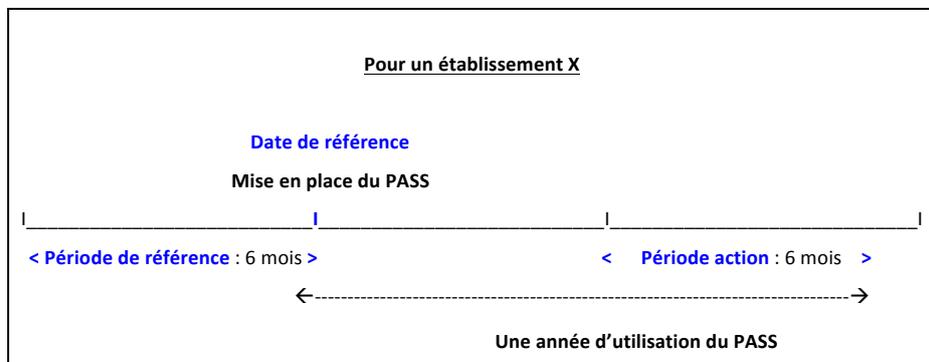
Pour chaque bénéficiaire, une fiche est à compléter (cf. annexe 6) où sont relevés :

⇒ **Au moment de la date de référence (début de l'utilisation du PASS), le nombre de chutes au cours de la période de référence, c'est à dire au cours des 6 mois précédant la date de référence, et pour chaque chute, les traumatismes et prises en charge consécutives.**

⇒ **Un an après, le nombre de chutes au cours de la période action, c'est à dire au cours des 6 mois précédant la date anniversaire d'une année d'utilisation du PASS, et pour chaque chute, les traumatismes et prises en charge consécutives.**

⇒ **Si les chutes du résident sont en nombre supérieur à 5 pour l'un et/ou l'autre des deux temps, il était d'abord renseigné le nombre total de chute puis, pour le descriptif des 5 chutes ayant eu les conséquences les plus importantes pour le résident.**

<sup>19</sup> L'évaluation du sujet âgé en médecine gériatrique / E. Stephan, P.J. Ousset, C. Lafont, P. Hostier, B. Vellas, J.L. Albarède. In Les troubles de la posture et les risques de chute, L'année gériatrique, 1995, supplément. pp. 149-62. Le coût économique de la chute peut-il être estimé ? / M. Allard, J.M. Andrieux, J. Westerloppe. In Du vieillissement réussi à la perte d'autonomie. Les troubles de la posture et les risques de chute. Paris : Serdi, 1995, 188 p. pp. 171-183.



Le recueil de données concernant les chutes est donc de type avant-après. Ce recueil s'est notamment appuyé sur le dossier du résident et/ou sur les fiches « chutes » relatives aux événements indésirables.

## ■ Echantillonnage

L'étude rétrospective s'applique à un échantillon de 15 résidents maximum par établissement :

- toujours bénéficiaires du PASS au moment de l'enquête,
- y participant régulièrement.

**L'échantillonnage des résidents s'opère comme suit :**

⇒ Si le nombre de bénéficiaires du PASS au sein de l'établissement **est inférieur ou égal à 15, la totalité des bénéficiaires est retenue pour les 3 recueils.**

⇒ Si le nombre de bénéficiaires du PASS **est supérieur à 15, les 15 premiers bénéficiaires selon l'ordre alphabétique sont inclus dans les 3 recueils. En aucun cas, les résidents à inclure dans les recueils n'étaient sélectionnés selon leur âge, leur niveau d'autonomie etc.**

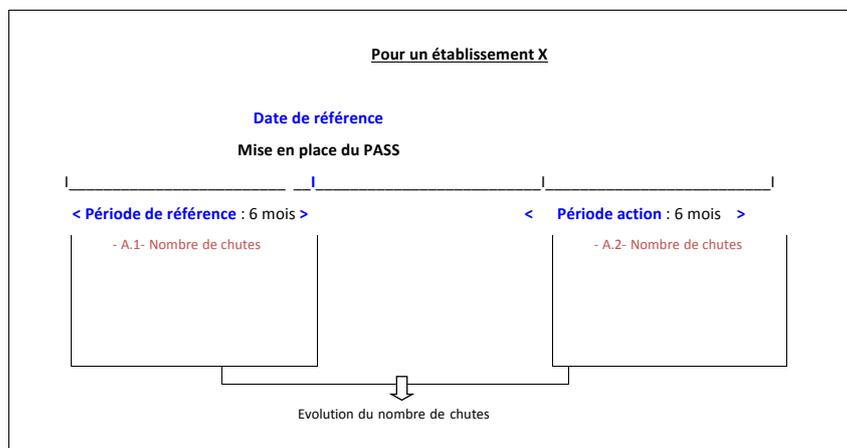
## ■ Les indicateurs d'analyse

### **Indicateur 1 : évolution du nombre de chutes entre les deux semestres**

Pour chaque bénéficiaire retenu par échantillonnage, sont relevés :

- Le nombre de chutes au cours de la période de référence, c'est-à-dire au cours des 6 mois précédant la date de référence ;
- Le nombre de chutes au cours de la période action, c'est-à-dire au cours des 6 mois précédant la date anniversaire d'une année d'utilisation du PASS.

Les méthodes de comparaison avant-après pour cet indicateur sont synthétisées dans le graphique suivant :



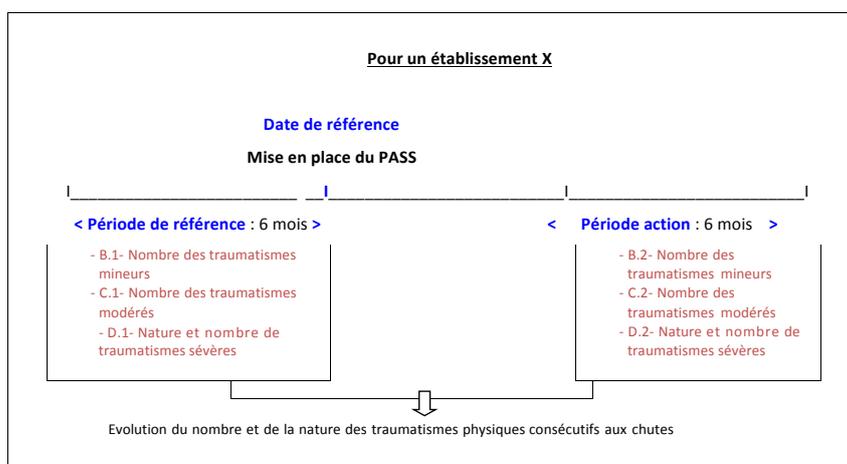
## Indicateur 2 : évolution des conséquences des chutes

Deux niveaux d'indicateurs sont retenus :

- l'évolution des traumatismes physiques consécutifs aux chutes (indicateur 2.a),
- l'évolution des prises en charge médicales consécutives aux chutes (indicateur 2.b).

Les méthodes de comparaison avant-après pour ces deux indicateurs sont synthétisées dans les deux graphiques ci-après.

### Indicateur 2.a : évolution des traumatismes physiques

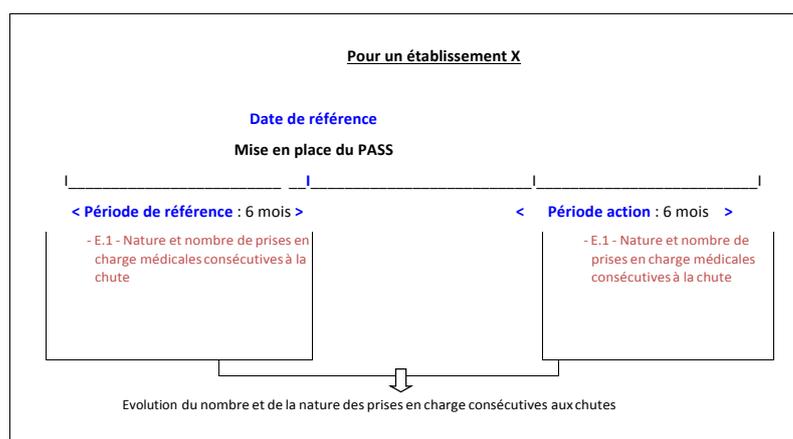


La caractérisation des traumatismes (mineurs, modérés, sévères) s'opère à partir de la classification reprise par la Haute autorité de santé :

« Dans le domaine des chutes, les traumatismes physiques sont souvent classés en trois catégories (Jensen, Lundin-Olsson et al. 2002; Robertson, Campbell et al. 2002; Jensen, Nyberg et al. 2003; Lamb, Jorstad-Stein et al. 2005) :

- **les traumatismes mineurs** qui se limitent à une atteinte superficielle de la peau tels que les hématomes sous-cutanés ou les excoriations de l'épiderme ;
- **les traumatismes modérés** correspondant à des tassements et/ou fractures vertébrales, ou des fractures de côtes ;
- **les traumatismes sévères** définis par les fractures fémorales, quels que soient leurs niveaux, les hématomes extra et/ou sous-duraux, les contusions et/ou hématomes cérébraux, les traumatismes crâniens et les lacérations cutanées de grande taille et/ou profondes, c'est-à-dire dépassant l'hypoderme. Ces traumatismes physiques conduisent constamment à une hospitalisation et mettent en jeu le pronostic vital du chuteur. Ils doivent être considérés de ce fait comme un signe de gravité des chutes répétées »<sup>20</sup>.

## Indicateur 2.b : évolution des prises en charges médicales



### ■ Destinataires de l'enquête

Le questionnaire « chutes et conséquences »<sup>21</sup> a été adressé à 15 établissements. Le questionnaire devait être renseigné par le référent de l'évaluation désigné précédemment au sein de chaque établissement.

<sup>20</sup> Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Argumentaire / Société française de gériatrie et gérontologie, Haute autorité de santé, avril 2009 (Recommandations de bonnes pratiques professionnelles). p. 21.

<sup>21</sup> Questionnaire joint en annexe 6.

## ■ Résultats

Les analyses suivantes (permettant de comparer les chutes « avant » et « après » la participation au PASS) ont été réalisées :

- description de la population incluse dans le recueil « Chutes » et comparaison avec la population bénéficiaire du PASS (selon le sexe, l'âge et le GIR),
- comparaison des fréquences de chutes « avant » puis « après » la participation au PASS, selon l'âge et le groupe iso-ressource d'appartenance des enquêtés,
- évolution de la gravité des chutes et des modalités de prises en charge.

La fréquence et la durée de participation au PASS, susceptibles d'avoir un impact sur la santé physique des personnes âgées, ne sont toutefois pas renseignées. Ce qui constitue une limite pour l'interprétation d'un impact physique positif ou négatif.

### ■ *Les établissements et les dossiers pris en compte*

Les 15 établissements destinataires des questionnaires ont retourné un total de 218 dossiers « bénéficiaires ».

Parmi eux, plusieurs dossiers ont été exclus de l'analyse :

- 17 concernant des personnes décédées entre les deux phases de recueil,
- 3 concernant des personnes ayant quitté l'EHPAD entre les deux phases de recueil,
- 2 concernant des personnes ne souhaitant pas poursuivre le programme,
- 1 concernant une personne n'ayant pas poursuivi le programme pour raison de santé.

**Au final, 195 dossiers « bénéficiaires » ayant chacun un recueil « chutes » avant et après participation au PASS ont été retenus pour l'analyse.**

A noter que dans un établissement, deux personnes âgées ont été admises au cours de la période de référence. Le nombre de chutes lors de la première phase de recueil est donc minoré (un recueil sur 3 mois, un autre sur 1 mois), les chutes avant l'admission (au domicile par exemple) n'ayant pas été répertoriées.

## ■ Le profil des bénéficiaires participant au recueil

### Répartition des bénéficiaires selon l'âge (%)

Tranches d'âge	n	%
Moins de 80 ans	53	27%
80 à 84 ans	44	23%
85 à 89 ans	57	29%
90 ans et plus	41	21%
<b>Total</b>	<b>195</b>	<b>100%</b>

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

Les bénéficiaires inclus dans l'analyse ont un âge moyen de 83 ans (84 ans pour les femmes et 78 ans pour les hommes), très proche de celui de l'ensemble des bénéficiaires du PASS recensés dans l'enquête initiale auprès des établissements (âge moyen de 84 ans).

Par ailleurs, 78% des bénéficiaires sont des femmes, proportion supérieure à celle obtenue à partir des questionnaires complétés par les structures (70% de femmes).

Une comparaison a également été réalisée sur leur appartenance aux groupes iso-ressources :

### Répartition comparée des bénéficiaires dans les GIR d'après les enquêtes « établissements » et « chutes » au dernier relevé (%)

	Bénéficiaires enquête "établissements"		Bénéficiaires enquête "chutes"	
GIR 1 et 2	29%	85%	29%	86%
GIR 3 et 4	56%		57%	
GIR 5 et 6	15%	15%	14%	14%
<b>Total</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>	

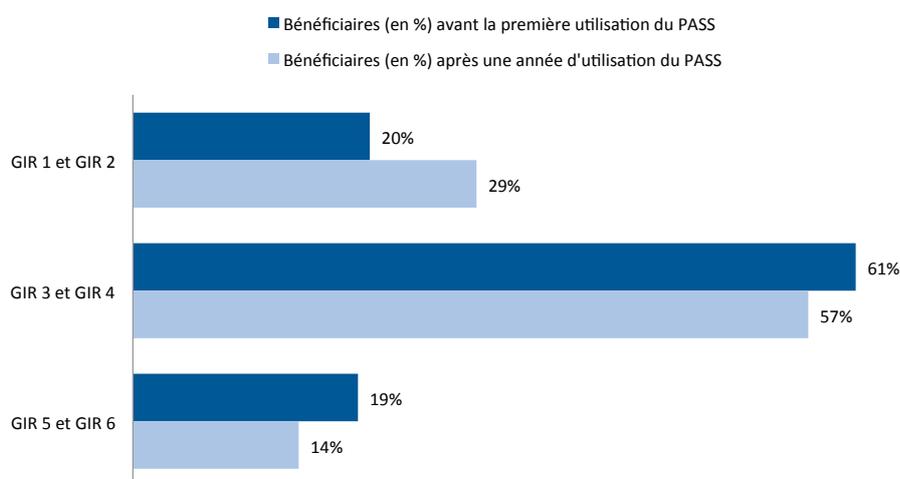
Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

La répartition entre bénéficiaires dépendants (GIR 1 à 4) et bénéficiaires plus autonomes (GIR 5 et 6) est très proche entre l'ensemble des bénéficiaires et ceux pris en compte dans l'enquête.

**Au final, la population retenue pour l'étude présente un profil très proche de celui de l'ensemble des bénéficiaires au niveau de l'âge, du sexe et de la dépendance même si les hommes y sont sensiblement moins représentés.**

Par ailleurs, une comparaison selon l'appartenance des bénéficiaires aux groupes iso-ressources « avant » la première utilisation du PASS et « après » une année d'utilisation a été réalisée :

### Répartition des bénéficiaires du PASS dans les GIR « avant » et « après » l'utilisation du PASS (%)



Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

#### Après une année d'utilisation du PASS, la proportion de personnes lourdement dépendantes (GIR 1 et 2) est en augmentation.

En miroir, les proportions s'inversent pour les personnes moyennement dépendantes (GIR 3 et 4) et celles peu ou pas dépendantes.

La dépendance des bénéficiaires du PASS inclus dans le recueil « chute » a donc augmenté avec l'avancée en âge des résidents. Ces résultats sont concordants avec ceux obtenus avec le recueil « Tinetti » (cf page 70).

## ■ L'évolution des chutes

Répartition des bénéficiaires en % selon le nombre de chutes « avant » et le nombre de chutes « après » la participation au PASS

	Avant la participation au PASS	Après la participation au PASS
0 chute	106 (54%)	102 (52%)
1 chutes	39 (20%)	38 (19%)
2 chutes ou plus	50 (26%)	55 (28%)
<b>Nombre total de chutes</b>	<b>195 (100%)</b>	<b>195 (100%)</b>
<b>Nombre moyen de chutes</b>	<b>1,45</b>	<b>1,60</b>
Min	0	0
Max	20	20
Ecart-type	2,9	2,9

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

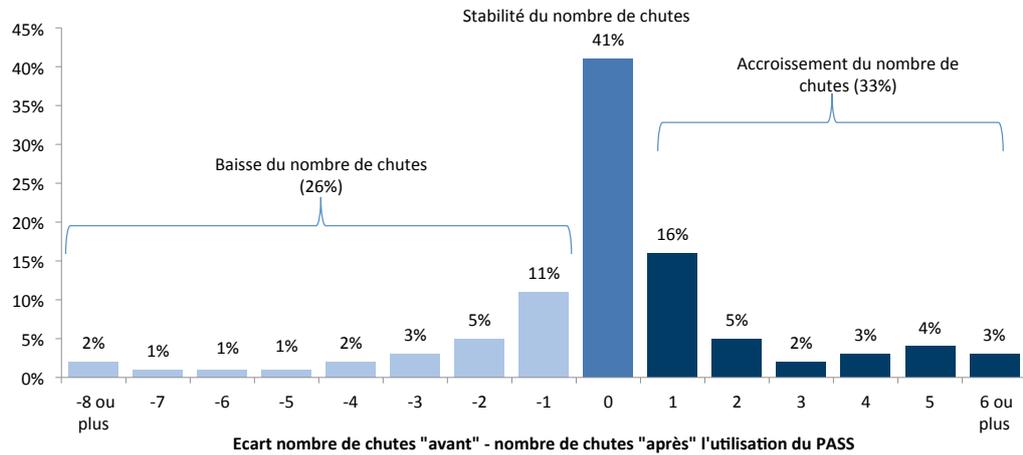
**Globalement, près de la moitié des bénéficiaires ont fait au moins une chute au cours des deux périodes d'observation** (46% sur la période « avant » la participation au PASS » et 47% sur la période « après »).

Sur les deux périodes d'observation de 6 mois chacune, le nombre de chutes moyen des 195 enquêtés est de 1,45 chutes « avant » leur participation au PASS et de 1,60 chutes « après » leur entrée dans le programme.

**Statistiquement<sup>22</sup>, l'écart observé entre ces deux moyennes n'est pas significatif ( $p=0,54$ ) et la répartition selon le nombre de chutes est très proche entre les périodes « avant » et « après » malgré un niveau de dépendance qui augmente.**

<sup>22</sup> Test de Mann-Whitney.

### Répartition des bénéficiaires en % selon les écarts entre le nombre de chutes « avant » et le nombre de chutes « après » l'utilisation du PASS



Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

Pour plus de 4 bénéficiaires sur 10, le nombre de chutes « avant » et le nombre de chutes « après » l'utilisation du PASS est strictement le même.

Un bénéficiaire sur 5 (21 %) a été victime d'1 ou 2 chutes en plus après une année d'utilisation du PASS, comparé à la période « avant » l'entrée dans le programme. Parallèlement, 16% ont fait 1 ou 2 chutes en moins.

**Au final, le nombre de chutes a stagné entre les deux périodes d'observation pour 41% des bénéficiaires du PASS, tandis qu'il a diminué pour un quart d'entre eux (26%). A l'inverse, le nombre de chutes a augmenté pour un tiers (33%) des bénéficiaires.**

On peut aussi observer l'impact de la participation au PASS selon différentes modalités de réponse aux variables ci-dessous :

- l'âge des participants,
- le niveau de dépendance (GIR).

## ■ L'évolution des chutes selon l'âge

Répartition des bénéficiaires selon l'évolution du nombre de leurs chutes et l'âge (%)

	Accroissement du nombre de chutes	Stabilité du nombre de chutes	Baisse du nombre de chutes	Total
Moins de 80 ans	9 (17%)	27 (51%)	17 (32%)	53 (100%)
80-84 ans	19 (43%)	16 (36%)	9 (20%)	44 (100%)
85-89 ans	18 (32%)	24 (42%)	15 (26%)	57 (100%)
90 ans et plus	18 (44%)	14 (34%)	9 (22%)	41 (100%)
<b>Total</b>	<b>64 (33%)</b>	<b>81 (41%)</b>	<b>50 (26%)</b>	<b>195 (100%)</b>

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

**Globalement, la baisse du nombre de chutes est légèrement plus importante chez les bénéficiaires de moins de 80 ans** : un tiers d'entre eux (32%), alors qu'ils ne sont que 20% dans ce cas chez les 80-84 ans. Parallèlement, c'est aussi dans cette tranche d'âge que la stagnation du nombre de chutes est la plus forte (51%, contre 34% chez les bénéficiaires de 90 ans et plus).

A l'inverse, les résultats montrent une incidence plus importante des chutes après l'utilisation du PASS chez les bénéficiaires âgés de 90 ans et plus (44% d'entre eux) et de 80-84 ans (43% d'entre eux).

**Toutefois, ces différences ne sont pas significatives (p=0,1).**

**Au final, la baisse du nombre de chutes concerne un tiers des bénéficiaires de moins de 80 ans, tandis qu'une hausse est observée pour près de la moitié des 80-84 ans et des 90 ans et plus.**

## ■ L'évolution des chutes selon les GIR

### Répartition des bénéficiaires selon l'évolution du nombre de leurs chutes et les GIR (%)

	Accroissement du nombre de chutes	Stabilité du nombre de chutes	Baisse du nombre de chutes	Total
GIR 1 et 2	25 (45%)	14 (25%)	17 (30%)	56 (100%)
GIR 3 et 4	34 (31%)	49 (44%)	28 (25%)	111 (100%)
GIR 5 et 6	4 (15%)	18 (67%)	5 (18%)	27 (100%)
Total	63 (33%)	81 (41%)	50 (26%)	195 (100%)

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

L'accroissement du nombre de chutes est significativement associé à un niveau de dépendance élevé ( $p < 0,05$ ) : près de la moitié (45%) des bénéficiaires dépendants (GIR 1 et 2) ont fait plus de chutes « après » l'utilisation du PASS, contre seulement 15% des bénéficiaires les plus autonomes (GIR 5 et 6).

La baisse du nombre de chutes est en miroir également liée au niveau de dépendance. Entre les deux périodes d'observation, près d'un tiers (30%) des bénéficiaires les plus dépendants ont fait moins de chutes « après » l'utilisation du PASS, contre un quart des bénéficiaires moyennement dépendants et 18% des bénéficiaires les plus autonomes.

La stabilité du nombre de chutes est associée à un gradient inverse : plus les bénéficiaires sont autonomes, plus le nombre de chutes reste stable dans le temps (stagnation du nombre de chutes chez 67% des GIR 5 et 6, contre 25% chez les GIR 1 et 2).

**Au final, l'étude identifie le niveau de dépendance comme facteur de risque significativement associé à l'évolution du nombre de chutes entre les deux périodes.**

Au-delà de l'évolution des chutes, les paragraphes qui suivent s'intéressent à l'évolution des conséquences des chutes en termes de traumatismes et de prise en charge.

### ■ **L'évolution des conséquences des chutes « avant » et « après » la participation au PASS**

Les analyses qui suivent portent sur les 5 premières chutes survenues au cours des périodes de 6 mois d'observation « avant » et « après » pour les 195 bénéficiaires pris en compte. Elles concernent, parmi ces 195 bénéficiaires, 89 chuteurs victimes de 216 chutes sur la période « avant » et 93 chuteurs victimes de 243 chutes sur la période « après ».

#### ■ **Concernant la gravité des traumatismes**

Répartition des chutes selon la gravité des traumatismes\* (%)

	Avant la participation au PASS	Après la participation au PASS
Absence de traumatisme ou traumatisme mineur	93%	89%
Traumatisme modéré	3%	6%
Traumatisme sévère	4%	5%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

\* Traumatisme mineur : atteinte superficielle de la peau : hématome sous-cutané, excoriation de l'épiderme, ...  
Traumatisme modéré : tassement des vertèbres, fracture de côtes, ...  
Traumatisme sévère : fracture fémorale, hématome extra et/ou sous-duraux, contusion et/ou hématome cérébraux, traumatisme crânien, laceration cutanée de grande taille et/ou profonde, ...

**L'évolution de la gravité des traumatismes subis n'est pas significative entre les deux périodes d'observation ( $p=0,28$ ).** On peut malgré tout remarquer que :

- L'absence de traumatisme ou la présence d'un traumatisme mineur rassemble 93 % des chutes prises en compte sur la période « avant » et 89% sur la période « après ». Parallèlement, 7 % des chutes « avant » et 11% des chutes « après » conduisent à des traumatismes modérés ou sévères.
- Lorsque les traumatismes physiques subis sont sévères, il s'agit de fractures fémorales (3 « avant » et 3 « après ») et de traumatismes crâniens (1 « avant » et 1 « après »).

## ■ Concernant la présence d'une prise en charge<sup>23</sup>

Répartition des chutes selon la présence d'une prise en charge (%)

	Avant la participation au PASS	Après la participation au PASS
Chute n'ayant pas nécessité de prise en charge	77%	78%
Médecin	18%	14%
Hospitalisation	5%	8%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

L'évolution des modalités de prise en charge entre les deux périodes n'est pas statistiquement significative ( $p=0,23$ ), la répartition des modalités étant très proches d'une période à l'autre.

<sup>23</sup> Au total, 39 chutes n'ont pas été renseignées à ce niveau (22 avant et 17 après).

## 3<sup>e</sup> enquête : l'évolution des consommations de soins

### ■ Méthodologie du recueil

Concernant directement la composante médico-économique, c'est-à-dire l'impact de la mise en œuvre des PASS sur les dépenses de santé, il s'agit d'observer certaines consommations de soins des bénéficiaires du PASS dans l'optique de déterminer si celles-ci ont évolué dans le cadre d'une pratique d'une activité physique régulière au travers des PASS. Le recueil a donc été organisé avec le soutien et en étroite concertation avec les services de l'assurance maladie.

L'objectif de ce recueil étant d'ordre médico-économique, la finalité concerne la valorisation financière des consommations de soins délivrées et non les consommations elles-mêmes.

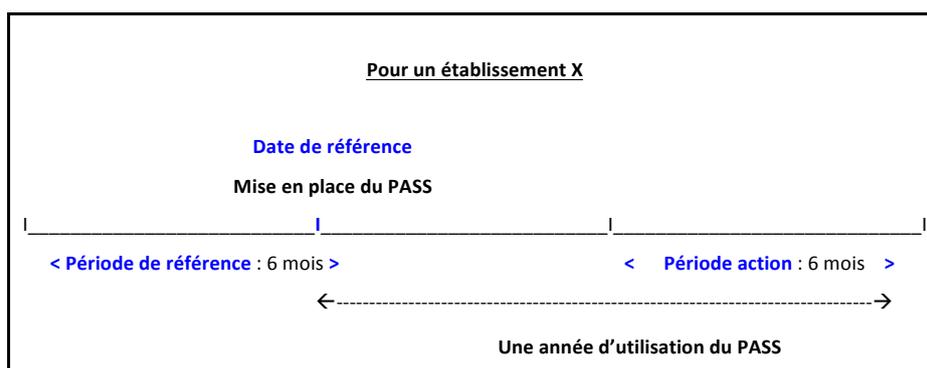
### ■ Protocole d'enquête

L'objectif du recueil est de comparer, pour les 15 bénéficiaires du PASS inclus dans les 3 recueils avant-après (chutes ; Test de Tinetti ; consommations de soins) :

⇒ Leurs consommations de soins sur une période de 6 mois **avant leur première utilisation du PASS.**

⇒ A leurs consommations de soins **après une année d'utilisation du PASS, c'est-à-dire au cours des 6 mois précédant la date anniversaire d'une année d'utilisation du PASS.**

Le recueil de données concernant les consommations de soins est donc de type avant-après :



**La procédure mise en place a cherché à éviter au maximum des recueils à réaliser par les établissements eux-mêmes. De plus, les circuits d'échanges d'information adoptés ont permis de garantir l'anonymat des résidents.**

En pratique, l'ORS a transmis à chaque établissement un fichier vierge<sup>24</sup> (selon le format demandé par l'Assurance Maladie), comportant les variables à renseigner par ces derniers (une ligne par bénéficiaire) :

- date de mise en service du PASS (date de référence)
- numéro du résident
- année de naissance
- sexe
- GIR

Dans un second temps, une fois les éléments renseignés par les établissements, les fichiers ont été directement transmis par ces derniers à l'Assurance Maladie, qui a complété, pour chaque résident, les différents postes de dépense (trois classes thérapeutiques et actes de kinésithérapie) pour chacune des deux périodes (avant et après l'utilisation du PASS). Une fois ces éléments renseignés, l'Assurance Maladie a transmis le fichier final à l'ORS Bretagne en supprimant le numéro de sécurité sociale des bénéficiaires, respectant ainsi l'anonymat de ces derniers.

La liste des consommations de soins prise en compte, validée en comité de pilotage en concertation avec l'Assurance Maladie, notamment avec le Docteur Etienne CALON, concernent<sup>25</sup> :

- ⇒ Les consommations d'antidépresseurs
- ⇒ Les consommations d'anxiolytiques
- ⇒ Les consommations d'hypnotiques
- ⇒ Les consommations d'actes de kinésithérapie

### ■ **Echantillonnage**

L'étude s'applique à un échantillon de 15 résidents maximum par établissement :

- toujours bénéficiaires du PASS au moment de l'enquête,
- y participant régulièrement.

**L'Assurance Maladie de Bretagne ne peut extraire les consommations de soins que :**

- ⇒ **Pour les bénéficiaires relevant du régime général (RG),**
- ⇒ **Et pour les bénéficiaires relevant d'une caisse bretonne.**

- Si au sein de l'établissement, moins de 15 résidents sont bénéficiaires du PASS, la totalité des résidents relevant du régime général et d'une caisse bretonne sont inclus,
- Si les 15 résidents bénéficiaires inclus dans les précédents recueils relèvent du régime général et d'une caisse bretonne, tous sont inclus.
- Si certains des résidents bénéficiaires inclus dans les 2 autres recueils ne sont pas affiliés au régime général et à une caisse bretonne, ils sont exclus (uniquement de ce recueil), et remplacés par d'autres bénéficiaires qui remplissent ces 2 conditions jusqu'à arriver au nombre de 15.

<sup>24</sup> Tableau joint en annexe 7.

<sup>25</sup> Cf. annexe 8 pour plus de détails concernant les molécules prises en compte.

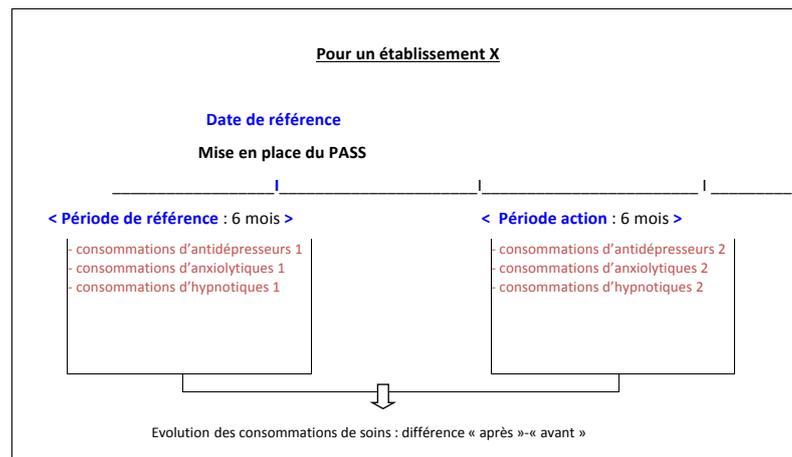
## ■ Les indicateurs d'analyse

### Indicateur d'évolution « avant » - « après » pour l'ensemble des consommations de soins et pour chacune des grandes classes thérapeutiques

Pour chaque bénéficiaire retenu par échantillonnage, ont été calculés le montant total de la dépense (c'est-à-dire soumis à remboursement) et le coût moyen par bénéficiaire :

- des consommations de soins sur une période de 6 mois avant leur première utilisation du PASS (en global et par classe thérapeutique);
- des consommations de soins après une année d'utilisation du PASS, c'est-à-dire au cours des 6 mois précédant la date anniversaire d'une année d'utilisation du PASS (en global et par classe thérapeutique).

Les méthodes de comparaison avant-après pour cet indicateur sont synthétisées dans le graphique suivant :



Les indicateurs concernent les coûts totaux de chaque classe thérapeutique à partir du montant total de la dépense par bénéficiaire (et non du remboursement) en comparant l'évolution des dépenses entre les deux périodes observées (période de référence et période action).

Le montant total est celui vu «du point de vue de la société», c'est-à-dire correspondant au montant total de la dépense (part sécurité sociale + mutuelle + part éventuelle restant à la charge de l'assuré). L'analyse est globale et aucune distinction n'est faite individuellement, qu'elle concerne les résidents ou les établissements.

## Indicateur d'évolution « avant » - « après » des consommations d'actes de kinésithérapie

Les actes des kinésithérapeutes en EHPAD peuvent être de deux natures selon le statut de l'établissement au sein duquel les actes sont pratiqués :

- L'EHPAD ne dispose pas de la possibilité de salarier un professionnel. Un professionnel libéral est donc en charge de pratiquer les actes prescrits dans des conditions de prise en charge similaires à celles rencontrées à domicile.
- Dans le cadre d'un EHPAD en forfait de soins dit « global », l'EHPAD rémunère de façon directe les prestations des kinésithérapeutes par le biais d'une enveloppe de soins versée par l'Assurance Maladie. Ce modèle incite les EHPAD à salarier des kinésithérapeutes pour mieux contrôler les coûts liés aux interventions.

Les établissements participants à l'étude pouvaient donc se trouver dans plusieurs cas de figure :

1. L'ensemble des consommations de soins relève de l'Assurance Maladie (le résident est remboursé comme s'il était à son domicile) ;
2. L'ensemble des consommations de soins relève d'un forfait (établissements au forfait global employant des kinésithérapeutes salariés) ;
3. Les consommations de soins relèvent pour partie d'un forfait et pour partie de l'Assurance Maladie.

L'Assurance Maladie, qui ne dispose dans ses bases que des remboursements pour des actes des kinésithérapeutes pratiqués dans un cadre libéral, n'a pas été en capacité de renseigner les dépenses des actes des kinésithérapeutes salariés, notamment pour les cas 2 et 3 décrits ci-dessus. Elle a donc transmis à l'ORS des montants pour 23 des 160 bénéficiaires pour la période « avant » (soit 14%) et pour 16 des 160 bénéficiaires pour la période « après » (soit 10%), ce qui correspond à une extraction pour 9 des 15 établissements concernés. Compte tenu de ces faibles effectifs, l'analyse de la consommation des actes de kinésithérapie n'a pas pu être réalisée.

## ■ Résultats

Les analyses suivantes ont été réalisées :

- description de la population incluse dans le recueil et comparaison avec la population bénéficiaire du PASS (selon le sexe, l'âge et le groupe iso-ressource d'appartenance),
- comparaison des consommations de soins « avant » puis « après » la participation au PASS, selon l'âge et le groupe iso-ressource d'appartenance des enquêtés.

### ■ Les établissements et les dossiers pris en compte

Parmi les 17 établissements inclus dans l'évaluation, un est en dotation globale et un autre n'a pas réalisé les recueils relatifs aux consommations de soins, ce qui porte à 15 le nombre d'établissements concernés par le recueil des consommations de soins. Ces établissements ont renseigné et transmis à l'Assurance Maladie les informations relatives à 202 résidents. Le nombre de résidents par établissement varie de 5 à 15.

Parmi ces 202 résidents, 42 n'existent pas dans les bases bretonnes de l'Assurance Maladie, certainement parce qu'ils relèvent de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), du Régime Social des Indépendants (RSI), ou bien du régime général hors Bretagne. **Au final, l'Assurance Maladie a pu extraire les consommations « avant » et « après » la participation au PASS de 160 résidents.**

### ■ Le profil des bénéficiaires participant au recueil

Répartition des bénéficiaires selon l'âge (%)

Tranches d'âge	n	%
Moins de 80 ans	45	28%
80 à 84 ans	35	22%
85 à 89 ans	41	26%
90 ans et plus	39	24%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

L'âge moyen des bénéficiaires inclus dans le recueil des consommations de soins est de 83 ans (85 ans pour les femmes et 78 ans pour les hommes), très proche de celui de l'ensemble des bénéficiaires du PASS recensés dans l'enquête initiale auprès des établissements (84 ans).

Par ailleurs, 80% des bénéficiaires sont des femmes, proportion supérieure à celle obtenue à partir des questionnaires complétés par les structures (70% de femmes).

Une comparaison a également été réalisée sur l'appartenance aux groupes iso-ressources :

### Répartition comparée des bénéficiaires dans les GIR d'après les enquêtes « établissements » et « consommation de soins » (%)

	Bénéficiaires enquête "établissements"		Bénéficiaires enquête "consommation de soins"	
GIR 1 et 2	29%	85%	24%	84%
GIR 3 et 4	56%		60%	
GIR 5 et 6	15%	15%	14%	14%
<b>Total</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>	

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

On observe une légère sous-représentation des GIR 1 et 2 parmi les participants à l'enquête « consommation de soins » par rapport à l'ensemble des bénéficiaires du PASS.

**Au final, la population retenue pour l'enquête « consommation de soins » présente un profil proche de celui de l'ensemble des bénéficiaires du PASS au niveau de l'âge, même si les hommes y sont sensiblement moins représentés ainsi que les résidents les plus dépendants (GIR 1 et 2).**

## ■ L'évolution des consommations de médicaments

Dans un premier temps, les résultats concernant le nombre de consommateurs sur les périodes « avant » et « après » l'utilisation du PASS sont présentés dans un tableau.

Dans un second temps, les résultats concernant les indicateurs relatifs aux thérapeutiques détaillées sont présentés dans un deuxième tableau sur la période « avant » et « après » l'utilisation du PASS. La différence entre ces deux périodes est calculée. Le montant total de la dépense et le coût moyen calculés par bénéficiaire sont rapportés au nombre total de bénéficiaires inclus dans le recueil (160 personnes).

Un troisième tableau résume pour chaque thérapeutique le nombre de bénéficiaires concerné par une baisse, une hausse et une stabilité des coûts de consommation entre la période précédant l'utilisation du PASS et après une année d'utilisation.

Enfin les données ont été analysées en distinguant l'âge des bénéficiaires et leur niveau de dépendance (GIR).

Le montant total de la dépense et le coût moyen calculés par bénéficiaire consommant sont présentés en annexe 10. Cette approche spécifie les évolutions de coûts au regard des seuls résidents consommateurs.

### ● Evolution globale du nombre de bénéficiaires consommant

Comparaison entre le nombre de consommateurs avant et après l'utilisation du PASS

		Après l'utilisation du PASS		
		Consomme au moins une thérapeutique	Ne consomme aucune thérapeutique	Total
Avant l'utilisation du PASS	Consomme au moins une thérapeutique	69%	4%	73%
	Ne consomme aucune thérapeutique	8%	19%	27%
	Total	77%	23%	100%

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

Plus des deux tiers (69% ; n=110) des 160 bénéficiaires inclus dans le recueil consomment au moins une thérapeutique parmi les trois classes analysées (antidépresseurs/anxiolytiques/hypnotiques) au cours des deux périodes « avant » et « après » utilisation du PASS.

A l'inverse, près de 20% (n=30) n'en consomme aucune au cours des deux périodes.

On peut aussi remarquer une baisse de consommation entre les deux périodes pour 4% des résidents et une hausse pour 8% des résidents (qui deviennent consommant entre les deux périodes).

Dans le tableau qui suit, les coûts calculés en moyenne par bénéficiaire sont rapportés au nombre total de bénéficiaires (n=160).

### Comparaison entre les coûts des consommations avant et après l'utilisation du PASS (en euros arrondis à l'unité)

Classe thérapeutique	Nb de bénéficiaires inclus	Pendant 6 mois avant la première utilisation du PASS		Pendant 6 mois après une année d'utilisation du PASS, c'est à dire au cours des 6 mois précédant la date anniversaire d'une		Différence ("avant" - "après")		
		Coût total	Coût moyen par bénéficiaire	Coût total	Coût moyen par bénéficiaire	Coût total	Coût moyen par bénéficiaire	Evolution relative du coût moyen par bénéficiaire
Antidépresseurs	160	7 426	46	6 725	42	-701	-4	-9%
Anxiolytiques	160	2 063	13	1 775	11	-288	-2	-15%
Hypnotiques	160	1 309	8	1 158	7	-151	-1	-13%
<b>TOTAL thérapeutiques</b>	<b>160</b>	<b>10 798</b>	<b>67</b>	<b>9 658</b>	<b>60</b>	<b>-1 140</b>	<b>-7</b>	<b>-10%</b>

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

**Globalement, les coûts pour l'ensemble des thérapeutiques analysées (ainsi que pour chacun d'entre elles) diminuent de 10 798 euros « avant » la participation au PASS à 9 658 euros « après », soit une baisse de -10% des coûts moyens par bénéficiaires pour une économie globale sur la période de 1 140 euros (soit 7 euros en moyenne par bénéficiaire).**

Les coûts moyens par bénéficiaire de consommation de médicaments sur une période de 6 mois (moyenne calculée sur 160 bénéficiaires) varient de 8 euros à 46 euros selon les thérapeutiques sur la période « avant » et de 7 euros à 42 euros sur la période « après ».

**Quelle que soit la classe de médicaments considérée, les coûts moyens par bénéficiaire entre les deux périodes sont en baisse** : de -9% pour les antidépresseurs (correspondant à une diminution de -4 euros par bénéficiaire) à -15% pour les anxiolytiques (correspondant à une diminution de -2 euros par bénéficiaire).

**• Analyse du nombre de bénéficiaires concerné par une baisse, une hausse et une stabilité des coûts de consommation entre la période précédant l'utilisation du PASS et après une année d'utilisation**

Le tableau ci-après présente pour chaque grande classe thérapeutique :

- le nombre et pourcentage de bénéficiaire consommant « avant » l'utilisation du PASS, parmi les 160 bénéficiaires du PASS inclus dans ce recueil,
- l'évolution des coûts (baisse, stabilité, hausse) en nombre de bénéficiaires entre la période "avant" et la période « après »,
- le nombre et pourcentage de consommateurs "après" l'utilisation du PASS,
- enfin, l'évolution du nombre de patients consommateurs.

**Rappel :**

30 résidents sont non consommateurs sur l'ensemble de la durée du recueil.

**Précisions méthodologiques :**

- **La baisse des coûts** (voir C1 du tableau ci-dessous) est calculée pour chaque thérapeutique sur le nombre de bénéficiaires consommant chaque thérapeutique avant l'utilisation du PASS (n=79 pour les antidépresseurs ; n=82 pour les anxiolytiques ; n=47 pour les hypnotiques ; n=117 pour l'ensemble)
- **La stabilité des coûts et la hausse des coûts** (voir C2 et C3 du tableau ci-dessous) sont en revanche calculées sur le nombre total de bénéficiaires (n=160) incluant les 30 non-consommateurs avant et après.

**Evolution du nombre de consommateurs avant et après l'utilisation du PASS, selon les classes thérapeutiques**

	Consommateurs "avant" l'utilisation du PASS, parmi l'ensemble des bénéficiaires		Consommateurs "après" l'utilisation du PASS, parmi l'ensemble des bénéficiaires		Evolution du nombre de patients consommant (1)		C1 Baisse des coûts (> à 5%) dont les suppressions de consommation		C2 Stabilité des coûts (+ ou -5%)		C3 Hausse des coûts (> à 5%) dont les nouveaux consommateurs	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Antidépresseurs	79	49%	85	53%	6 (+16 ; -10)	8%	52	66%	10	6%	33	21%
Anxiolytiques	82	51%	88	55%	6 (+12 ; -6)	7%	50	61%	11	7%	33	21%
Hypnotiques	47	29%	48	30%	1 (+9 ; -8)	2%	32	68%	3	2%	21	13%
<b>TOTAL thérapeutiques</b>	<b>117</b>	<b>73%</b>	<b>123</b>	<b>77%</b>	<b>6 (+13 ; -7)</b>	<b>5%</b>	<b>74</b>	<b>63%</b>	<b>14</b>	<b>9%</b>	<b>42</b>	<b>26%</b>

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

(1) Différence entre le nombre de nouveaux consommateurs et le nombre de suppression de consommation

**Avant l'utilisation du PASS**, 73% des bénéficiaires consomment au moins une thérapeutique. La classe de médicaments la plus délivrée en nombre de bénéficiaires concernés est la classe des anxiolytiques puisqu'elle a été délivrée à 51% des 160 bénéficiaires inclus dans le recueil. Viennent ensuite les antidépresseurs (49%) et les hypnotiques (29%).

**Les évolutions :**

- Environ deux tiers (63%) des bénéficiaires consommant avant l'utilisation du PASS enregistrent une baisse (supérieure à 5%) de leur consommation (en coût) ou ne consomment plus entre la période "avant" et la période "après" (tous médicaments confondus). La plus forte baisse (en pourcentage) concerne les hypnotiques.
- Environ un quart (26%) de l'ensemble des bénéficiaires enregistre en revanche une hausse (supérieure à 5%) de leur consommation en coût (ou sont nouveaux consommateurs). Les plus fortes hausses concernent les antidépresseurs et anxiolytiques.
- Par ailleurs, les coûts sont stables entre les deux périodes pour 9% de l'ensemble des bénéficiaires (consommants ou non).

**Après l'utilisation du PASS**, 77% des bénéficiaires consomment au moins une thérapeutique. On observe une augmentation (+5%) du nombre de bénéficiaire consommant au moins une des thérapeutiques entre les deux périodes (allant de +2% pour les hypnotiques à +8% pour les antidépresseurs), le nombre de nouveaux consommateurs étant toujours supérieur au nombre de bénéficiaires ne consommant plus.

**Au final, même si on observe avec l'avancée en âge entre les deux périodes une augmentation sensible du nombre de résidents consommateurs, on peut également observer une baisse globale et pour chaque molécule des coûts et donc au final de la consommation elle-même. Plus précisément :**

- plus de bénéficiaires qui baissent leurs coûts de consommation que de bénéficiaires qui les accroissent (ceci étant vrai pour chacune des thérapeutiques),
- légère augmentation de 5% de bénéficiaires consommant au moins un médicament entre les périodes « avant » et « après » l'utilisation du PASS.

On peut observer l'impact de la participation au PASS sur les consommations de médicaments selon différentes modalités de réponse aux variables ci-dessous :

- l'âge,
- le niveau de dépendance (GIR).

### • Comparaison entre les consommations avant et après l'utilisation du PASS selon l'âge

Les données ont été analysées séparément par tranche d'âge.

#### Comparaison entre les consommations avant et après l'utilisation du PASS selon l'âge en euros (arrondis à l'unité)

	Classe thérapeutique	Nb de bénéficiaires inclus	Pendant 6 mois <u>avant</u> la première utilisation du PASS		Pendant 6 mois <u>après</u> une année d'utilisation du PASS, c'est-à-dire au cours des 6 mois précédant la date anniversaire d'une année d'utilisation du PASS		Différence ("avant" - "après")		
			Coût total	Coût moyen par bénéficiaire	Coût total	Coût moyen par bénéficiaire	Coût total	Coût moyen par bénéficiaire	Evolution relative du coût moyen par bénéficiaire
Moins de 80 ans	Antidépresseurs	45	2 322	52	1 761	39	-561	-13	-25%
	Anxiolytiques	45	852	19	801	18	-51	-1	-5%
	Hypnotiques	45	429	10	372	8	-57	-2	-20%
	<b>TOTAL thérapeutiques</b>	<b>45</b>	<b>3 603</b>	<b>80</b>	<b>2 934</b>	<b>65</b>	<b>-669</b>	<b>-15</b>	<b>-19%</b>
80-84 ans	Antidépresseurs	35	1 892	54	1 782	51	-110	-3	-6%
	Anxiolytiques	35	533	15	332	9	-201	-6	-40%
	Hypnotiques	35	365	10	218	6	-147	-4	-40%
	<b>TOTAL thérapeutiques</b>	<b>35</b>	<b>2 790</b>	<b>80</b>	<b>2 332</b>	<b>67</b>	<b>-458</b>	<b>-13</b>	<b>-16%</b>
85-89 ans	Antidépresseurs	41	1 736	42	1 645	40	-91	-2	-5%
	Anxiolytiques	41	398	10	339	8	-59	-2	-20%
	Hypnotiques	41	237	6	242	6	5	0	0%
	<b>TOTAL thérapeutiques</b>	<b>41</b>	<b>2 371</b>	<b>58</b>	<b>2 226</b>	<b>54</b>	<b>-145</b>	<b>-4</b>	<b>-7%</b>
90 ans et plus	Antidépresseurs	39	1 477	38	1 537	39	60	1	3%
	Anxiolytiques	39	280	7	304	8	24	1	14%
	Hypnotiques	39	278	7	326	8	48	1	14%
	<b>TOTAL thérapeutiques</b>	<b>39</b>	<b>2 035</b>	<b>52</b>	<b>2 167</b>	<b>56</b>	<b>132</b>	<b>4</b>	<b>8%</b>

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

- **Avant l'utilisation du PASS**, le coût moyen de consommation de médicaments est globalement plus élevé chez les bénéficiaires de moins de 85 ans (80 euros) que chez les 85-89 ans (58 euros) ou les 90 ans et plus (52 euros). Dans chaque classe d'âge, les coûts des antidépresseurs représentent entre 65% (chez les moins de 80 ans) et 73% (chez les 90 ans et plus) du coût total.

• **Les évolutions :**

Les coûts moyens par bénéficiaire entre les deux périodes sont en baisse pour toutes les tranches d'âge (et de façon décroissante avec l'avancée en âge), sauf pour celle des 90 ans et plus : les coûts moyens ont baissé de -4 euros par bénéficiaire de 85-89 ans (correspondant à une diminution de -7%) à -15 euros par bénéficiaire de moins de 80 ans (correspondant à une diminution de -19%), alors qu'ils ont progressé de +4 euros chez les 90 ans et plus (soit une augmentation de +8%).

Les postes de dépense dont les baisses sont les plus marquées concernent notamment les antidépresseurs chez les résidents les moins âgés et dans une moindre mesure les anxiolytiques.

• **Après l'utilisation du PASS :**

La décroissance du coût moyen des dépenses par bénéficiaire est toujours observable avec l'avancée en âge, la césure étant plus marquée qu'avant l'utilisation du PASS en distinguant deux grands groupes : les plus ou moins de 85 ans.

**Au final :**

- Pour rappel, les coûts de consommations baissent globalement entre les deux périodes (voir à ce propos la page 95).
- Si les consommations baissent avec l'avancée en âge, la diminution des consommations entre les deux périodes est plus marquée chez les résidents les moins âgés, conduisant ainsi à un rapprochement des consommations entre les classes d'âge.

- **Comparaison entre les consommations avant et après l'utilisation du PASS selon les GIR**

**Comparaison entre les consommations avant et après l'utilisation du PASS selon les GIR en euros (arrondis à l'unité)**

Classe thérapeutique	Nb de bénéficiaires inclus	Pendant 6 mois <u>avant</u> la première utilisation du PASS		Pendant 6 mois <u>après</u> une année d'utilisation du PASS, c'est à dire au cours des 6 mois précédant la date anniversaire d'une année d'utilisation du PASS		Différence ("avant" - "après")			
		Coût total	Coût moyen par bénéficiaire	Coût total	Coût moyen par bénéficiaire	Coût total	Coût moyen par bénéficiaire	Evolution relative du coût moyen par bénéficiaire	
GIR 1 et 2	Antidépresseurs	38	1 570	41	1 694	45	124	4	10%
	Anxiolytiques	38	327	9	277	7	-50	-2	-22%
	Hypnotiques	38	270	7	147	4	-123	-3	-43%
	<b>TOTAL thérapeutiques</b>	<b>38</b>	<b>2 167</b>	<b>57</b>	<b>2 118</b>	<b>56</b>	<b>-49</b>	<b>-1</b>	<b>-2%</b>
GIR 3 et 4	Antidépresseurs	96	4 564	48	3 676	38	-888	-10	-21%
	Anxiolytiques	96	1 354	14	1 189	12	-165	-2	-14%
	Hypnotiques	96	749	8	725	8	-24	0	0%
	<b>TOTAL thérapeutiques</b>	<b>96</b>	<b>6 667</b>	<b>69</b>	<b>5 590</b>	<b>58</b>	<b>-1 077</b>	<b>-11</b>	<b>-16%</b>
GIR 5 et 6	Antidépresseurs	22	1 222	56	1 288	59	66	3	5%
	Anxiolytiques	22	365	17	303	14	-62	-3	-18%
	Hypnotiques	22	257	12	259	12	2	0	0%
	<b>TOTAL thérapeutiques</b>	<b>22</b>	<b>1 844</b>	<b>84</b>	<b>1 850</b>	<b>84</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

- **Avant l'utilisation du PASS**, le coût moyen de consommation de médicaments est corrélé au niveau de dépendance : il est globalement, mais aussi pour chaque molécule prise une à une, plus élevé chez les bénéficiaires les plus autonomes (84 euros pour les GIR 5-6) que chez les bénéficiaires les plus dépendants (57 euros pour les GIR 1-2).

- **Les évolutions :**

Globalement, les coûts sont en forte baisse chez les résidents moyennement dépendants (GIR 3-4) qui sont les principaux bénéficiaires du PASS. Les personnes les plus et les moins dépendantes (GIR 1-2 ; GIR 5-6) voient leurs coûts globaux rester quasi stables même si ces moyennes semblent résulter d'évolutions contradictoires selon les molécules.

- **Après l'utilisation du PASS :**

La situation est toujours graduée avec des coûts globaux qui s'accroissent au fur et à mesure que la dépendance diminue même si avec la baisse importante des coûts chez les résidents moyennement dépendants (GIR 3-4) entre les deux périodes, leur coût global de consommation se rapproche fortement de celui des personnes fortement dépendantes (GIR 1-2).

**Au final, on constate sur l'ensemble des thérapeutiques analysées et entre les deux périodes d'observation des bénéficiaires qui baissent leurs coûts de consommation, notamment les bénéficiaires moyennement dépendants (GIR 3-4).**

## Synthèse des résultats

Les principaux résultats des trois recueils sont les suivants :

- **Concernant l'évolution de l'autonomie et du risque de chuter (test de Tinetti) :**

Près de la moitié des bénéficiaires ont un risque de chute très élevé au cours des deux périodes d'observation. Globalement le risque de chute reste relativement constant entre les deux périodes, malgré une dépendance qui augmente.

Enfin, si l'âge n'est pas associé significativement à l'évolution de l'autonomie et du risque de chute, le niveau de dépendance (GIR) est pour sa part identifié comme un facteur dont dépend cette évolution : la forte dépendance des résidents est associée à un niveau d'autonomie et de risque de chutes qui s'accroît ; à l'inverse pour des niveaux de dépendance moins élevés, on observe une stabilité, voire une tendance à l'amélioration.

- **Concernant l'évolution du nombre de chutes :**

L'enquête mise en œuvre n'a pas permis de démontrer un impact significatif de la participation au PASS sur l'évolution du nombre moyen de chutes des bénéficiaires avant leur participation et à posteriori de celle-ci. Cette observation est là aussi à mettre en relation avec le niveau de dépendance de la population observée qui s'accroît entre les deux périodes.

Comme pour le recueil précédent, si l'âge n'est pas systématiquement associé à une évolution du risque de chute, le niveau de dépendance (GIR) l'est pour sa part : les résidents les plus dépendants (GIR 1-2) étant, à l'inverse des résidents les moins dépendants (GIR 5-6), sur-représentés dans le groupe qui voit son nombre de chutes s'accroître entre les deux périodes.

- **Concernant l'évolution de la gravité des chutes :**

Un impact de l'utilisation du PASS sur la gravité des chutes (degré d'un éventuel traumatisme : présence d'une prise en charge médicale, paramédicale ou hospitalière) n'a pas pu être identifié.

- **Concernant l'évolution du coût des consommations de thérapeutiques :**

Globalement, les coûts pour l'ensemble des thérapeutiques analysées (ainsi que pour chacune d'entre elles prises une à une : antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques), diminuent de -10% entre les deux périodes, permettant une économie globale d'environ 1 140 euros, soit en moyenne 7 euros par résident.

Par ailleurs, et même si on observe entre les deux périodes une augmentation sensible du nombre de résidents consommateurs, on peut également observer une baisse globale et pour chaque molécule des coûts et donc au final de la consommation elle-même.

Enfin, les consommations baissent plus fortement chez les résidents les moins âgés (qui sont aussi les plus forts consommateurs) et les résidents moyennement dépendants (GIR 3-4).

Vertical line

# Synthèse générale

Après un bref rappel des objectifs et de la méthode d'évaluation, la première partie de la synthèse générale est consacrée aux taux de retour des différentes enquêtes.

La seconde partie restitue les principaux résultats de l'évaluation du PASS selon 4 axes principaux :

- Les conditions d'utilisation et d'intégration du PASS au sein des établissements.
- L'impact du PASS sur l'autonomie et le bien-être des résidents.
- Les effets induits des PASS sur l'établissement dans son environnement.
- L'impact du PASS sur les dépenses de santé.

La dernière partie de la synthèse identifie les pistes d'amélioration potentielles telles que proposées par les personnes ayant participé à l'évaluation.

**Les éléments recueillis via les différentes enquêtes figurent dans le corps du texte. Le contenu des encadrés restitue le point de vue de l'évaluateur.**

Par commodité, les différentes enquêtes quantitatives conduites durant l'évaluation sont désignées par le nom de leur destinataire soit :

- L'enquête « établissements ».
- L'enquête « bénéficiaires ».
- L'enquête « professionnels ».

# Objectifs, méthode et qualité des résultats obtenus

## ■ Objectifs et méthode

L'évaluation avait pour objectifs d'explorer les 4 axes suivants :

### • Les conditions d'utilisation et d'intégration des PASS au sein des établissements

Ce volet de l'évaluation concerne :

- la description de la population bénéficiaire et la comparaison avec l'ensemble des résidents hébergés,
- la fréquence et à la durée d'utilisation des PASS par les personnes âgées,
- l'apport de l'animation de ces parcours par un animateur sportif qualifié,
- les conditions d'intégration des PASS à la vie et aux projets des établissements.

### • L'impact du PASS sur l'autonomie et le bien-être des personnes âgées bénéficiaires

L'objectif de cet axe d'analyse concerne l'impact du PASS sur l'autonomie physique des personnes âgées bénéficiaires des PASS (dans les actes de la vie quotidienne, vis-à-vis de l'équilibre, des chutes, des déplacements...), ainsi que sur le bien-être psychique et la qualité de vie des résidents (mieux-être ressenti, lien social...).

### • Les effets induits des PASS sur l'établissement dans son environnement

L'objectif est d'évaluer l'impact du PASS sur le développement de partenariats locaux, l'utilisation éventuelle par des personnes extérieures à l'établissement.

### • L'impact du PASS sur les dépenses de santé

L'objectif est de mesurer les effets induits de l'utilisation des PASS sur les dépenses de santé, via notamment un regard porté sur la consommation de médicaments traceurs.

L'élaboration de la méthodologie d'évaluation s'est appuyée sur les sources d'information disponibles. Deux grands types de recueil ont été organisés :

### • La réalisation d'enquêtes quantitatives par questionnaires :

- enquêtes auprès des établissements,
- enquête auprès des bénéficiaires de l'action,
- enquête spécifique concernant les bénéficiaires sur l'évolution de leur autonomie (test de Tinetti),
- enquête spécifique concernant les bénéficiaires sur l'évolution de leurs chutes et des conséquences induites.
- enquête spécifique concernant les bénéficiaires sur l'évolution de la consommation de médicaments traceurs et de l'impact sur les dépenses de santé.

### • La conduite d'une enquête qualitative par entretiens semi-directifs

Cette enquête a été réalisée auprès d'un échantillon d'éducateurs sportifs formés et/ou d'encadrants des PASS, élargi à d'autres professionnels des établissements (direction, médecin coordonnateur...).

Les méthodologies spécifiques à chaque enquête sont précisément décrites dans les chapitres précédents relatifs aux résultats de l'évaluation restitués enquête par enquête.

## ■ Qualité des résultats obtenus

### 17 établissements ont participé à l'évaluation pour des mises en service du PASS qui se sont échelonnées entre mars 2013 et octobre 2014.

- Tous les établissements ont répondu à l'enquête « établissements ».
- Tous les établissements ont participé à l'**enquête de satisfaction destinée aux résidents** et ont retourné un total de 181 questionnaires « bénéficiaires », soit en moyenne environ 11 résidents par établissement.
- 222 dossiers (correspondant chacun à un bénéficiaire) ont été retournés par les 17 établissements participant dans le cadre de l'**enquête « Evolution de l'autonomie (à partir du test de Tinetti) »**. Parmi eux, 179 dossiers ont été retenus pour l'analyse. La plupart des autres dossiers ont été exclus en raison de données incomplètes (test « après » non réalisé, notamment lors du décès des personnes entre les deux phases de recueil).
- 218 dossiers (correspondant chacun à un bénéficiaire) ont été retournés par les 17 établissements participant dans le cadre de l'**enquête « Evolution des chutes et de leurs conséquences »**. Parmi eux, 195 dossiers ont été retenus pour l'analyse. La plupart des autres dossiers ont été exclus en raison de données incomplètes (test « après » non réalisé, notamment lors du décès des personnes entre les deux phases de recueil).
- Parmi les 17 établissements inclus dans l'évaluation, un est en dotation globale et un autre n'a pas réalisé les recueils relatifs aux consommations de soins, ce qui porte à 15 le nombre d'établissements concernés par l'**enquête « Evolution des consommations de soins »**. Ces établissements ont renseigné et transmis à l'Assurance Maladie les informations relatives à 202 résidents. Parmi eux, 42 n'existaient pas dans les bases bretonnes de l'Assurance Maladie - Régime général, probablement parce qu'ils relèvent de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), du Régime Social des Indépendants (RSI), ou bien du régime général hors Bretagne. Au final, l'Assurance Maladie a pu extraire les consommations « avant » et « après » la participation au PASS de 160 résidents.
- **Pour l'enquête « professionnels »**, un entretien a été conduit auprès de 16 personnes : 5 directeurs d'établissement ; 6 médicaux, paramédicaux, animateurs (2 médecins coordinateurs, 2 ergothérapeutes, 1 kinésithérapeute et 1 animateur coordonnateur) ; 5 éducateurs sportifs.

► **Dans les différentes enquêtes conduites, les effectifs et la représentativité des répondants (enquêtes quantitatives) par rapport à l'ensemble des bénéficiaires du PASS sont satisfaisants et suffisamment robustes pour constituer une base évaluative solide.**

## Principaux résultats

### ■ Les conditions d'utilisation et d'intégration du PASS au sein des établissements

#### ■ Le profil des bénéficiaires du PASS

La population bénéficiaire du PASS, qui représente environ 15% de l'ensemble des résidents des établissements ayant participé à l'évaluation, présente un niveau de dépendance sensiblement moindre par rapport à l'ensemble de la population hébergée : même si toutes les catégories de GIR sont représentées, les personnes les plus fortement dépendantes (GIR 1 et 2) bénéficient moins du PASS au bénéfice notamment des résidents moyennement dépendants (GIR 3 et 4).

D'après les professionnels interviewés, les critères locomoteurs priment pour le recrutement des personnes âgées et pour leur maintien dans l'activité. On peut aussi souligner que certains professionnels accordent une attention particulière à des critères psychosociaux, notamment liés à l'isolement social et/ou sensoriel des personnes puisque selon eux, au-delà des bénéficiaires en termes d'autonomie, c'est sur cet axe que le dispositif revêt un intérêt indéniable.

► Si les résidents les plus dépendants sont moins représentés au sein des séances, celles-ci ne sont par contre pas réservées aux résidents les plus autonomes. Ce sont en fait les résidents moyennement dépendants qui sont les principaux bénéficiaires du dispositif ce qui constitue un atout du PASS.

#### ■ La fréquence et la durée d'utilisation des PASS

Le cadre de référence fourni par la DRJSCS (bilan de mars 2009) préconise deux à trois séances par semaine d'environ une heure, pour des groupes composés de 6 à 8 personnes et insiste sur la régularité nécessaire de l'activité.

L'expertise collective Inserm publiée en 2008 sur l'activité physique reprend les recommandations publiées et mises à jour en 2007 par le Collège américain de médecine du sport et l'Association des cardiologues américains : « *Chez l'adulte au-delà de 65 ans et chez le patient atteint de maladie chronique de plus de 50 ans, [...] Les recommandations en termes de durée et fréquence apparaissent identiques à celles préconisées pour l'adulte jeune : réaliser des activités d'intensité modérée de type aérobie (en endurance) pour un minimum de 30 minutes par jour, 5 jours par semaine ou de forte intensité 20 minutes par jour, 3 jours par semaine.* »<sup>26</sup>

<sup>26</sup> Activité physique. Contextes et effets sur la santé / Institut national de la santé et de la recherche médicale. Paris : Les éditions Inserm, 2008 (Expertise collective). p. 727.

Selon les établissements répondants, les séances peuvent être collectives ou plus individualisées (en groupes de 3 à 10 résidents). En moyenne, environ 5 résidents sont présents pendant une séance. On peut noter que trois établissements seulement déclarent que des demandes de participation au PASS n'ont pu être satisfaites.

Par ailleurs et selon les déclarations recueillies lors de l'enquête « bénéficiaires », plus des deux tiers des répondants déclarent une fréquence de participation aux séances égale (53%) ou supérieure (15%) à 1 fois par semaine. Très majoritairement, les résidents considèrent leur fréquence de participation suffisante (66%), même si 23% l'estiment insuffisante, en lien notamment avec un manque de personnel, de mauvaises conditions météorologiques ou encore un manque de place dans les séances voire un manque de séances proposées. Les personnels médicaux, paramédicaux, ainsi que les éducateurs sportifs insistent pour leur part sur la nécessité de la régularité des séances comme facteur essentiel d'impact sur les résultats obtenus.

Globalement, les séances ont une durée moyenne d'une heure ou moins. Du point de vue des résidents bénéficiaires, trois quarts d'entre eux estiment satisfaisante la durée des séances, tandis que 11% seulement la jugent trop courte. Les professionnels notent que la durée des interventions est limitée par la fatigue qui apparaît rapidement chez les résidents.

Parallèlement, la grande majorité des établissements déclare que le PASS est réellement utilisé 4 à 6 mois dans l'année en lien notamment avec les conditions climatiques conduisant ainsi un certain nombre de professionnels à souhaiter l'installation de dispositifs complémentaires aux PASS à mettre en place en intérieur.

► Une marge de progression existe en termes de fréquence de séances et de nombre d'heures mis à disposition pour correspondre d'une part aux recommandations reprises dans l'expertise collective de l'Inserm et répondre ainsi à l'objectif d'une « pratique régulière d'activités physiques », d'autre part aux besoins de certains bénéficiaires.

► En revanche, les conditions nécessaires à l'individualisation des activités proposées dans le cadre d'ateliers collectifs (nombre des participants) semblent satisfaisantes.

► Enfin, une réflexion doit être engagée quant à la nécessité de compléter le dispositif PASS par des installations complémentaires abritées ou situées en intérieur de façon à garantir la continuité des activités physiques et sportives.

## ■ **L'adaptation du PASS aux besoins des résidents et l'apport des éducateurs sportifs**

L'expertise collective Inserm de 2008 sur l'activité physique relève deux dimensions en matière d'adaptation des activités physiques : « *D'une part, l'individualisation de l'intensité de l'activité physique est préconisée [...]. Compte tenu de l'hétérogénéité des niveaux d'aptitude physique des sujets âgés, pour certains d'entre eux une activité d'intensité modérée correspondra à la marche normale, pour d'autres à la marche rapide. D'autre part, l'accent est mis sur la diversification des activités : au-delà de l'endurance (ou exercice aérobique), il faut ajouter le renforcement musculaire (activité contre résistance) particulièrement important chez le sujet âgé ou pathologique mais également les activités d'équilibre pour un maintien de la souplesse et une prévention des chutes. Des combinaisons d'activités modérées ou intenses peuvent être effectuées*<sup>27</sup>. »

Le dispositif PASS, du fait de la diversité des exercices proposés semble bien répondre aux préconisations de l'Inserm et correspond aux besoins des résidents pour la plupart des professionnels pris en compte dans l'enquête. D'un point de vue technique, les professionnels interviewés lors des entretiens téléphoniques indiquent que la précision des préconisations contenues dans le cahier des charges est très appréciée. Certains établissements ont sélectionné les agrès pour ne retenir que ceux considérés comme les plus adaptés à leurs résidents. Malgré tout, l'individualisation de la prise en charge des résidents est affectée par la prégnance de plus en plus importante des syndromes démentiels. Certains professionnels s'interrogent sur la pertinence du PASS face à cette évolution. L'outil présente en effet des difficultés en la matière : espace ouvert et étendu peu adapté aux résidents désorientés. Quel que soit leur niveau d'autonomie, on peut aussi souligner que les résidents bénéficiaires considèrent pour une forte majorité d'entre eux que les exercices proposés sont adaptés à leurs capacités même si environ un résident sur sept ayant répondu à l'enquête dit avoir déjà souhaité stopper sa participation au parcours.

Certains éducateurs sportifs interviewés notent les multiples possibilités offertes par le PASS. Selon eux, la diversité des exercices potentiels pourrait encore être développée s'ils pouvaient échanger de leurs pratiques avec l'ensemble des éducateurs engagés dans ce type d'activité.

<sup>27</sup> Inserm, 2008, p.728 : « Au minimum deux fois par semaine sur des journées non consécutives, les sujets âgés doivent réaliser des renforcements musculaires (travail contre résistance) concernant les groupes musculaires principaux. Ces exercices peuvent être réalisés en soulevant des charges. L'intensité de l'exercice peut être modulée (considérée comme modérée ou élevée) selon les sujets [...]. Il est recommandé de faire travailler 8 à 10 groupes musculaires (avant bras, bras, épaules, quadriceps droits, gauches...). Pour chaque groupe musculaire, il faut réaliser 10 à 15 répétitions. Pour maintenir la souplesse nécessaire aux activités de la vie quotidienne, les sujets âgés doivent réaliser des exercices de souplesse (cou, épaule, taille, hanche...) au minimum 2 jours par semaine pendant au moins 10 minutes. Des exercices d'équilibre sont préconisés 2 autres jours par semaine (marcher sur une ligne tracée sur le sol, enjamber des plots placés sur cette ligne...) pour diminuer les risques de blessures consécutives aux chutes chez les sujets âgés les plus sédentaires présentant par exemple une maladie chronique. En raison de la relation dose-réponse entre activité physique et santé, les personnes âgées qui souhaitent améliorer leur aptitude physique et donc réduire le risque de maladies chroniques, prévenir la surcharge pondérale... bénéficieront d'une augmentation des minima d'activité physique aérobique ou de renforcement musculaire précédemment décrits. A contrario, plusieurs mois d'activités à un niveau inférieur à celui recommandé peuvent être appropriés pour certains sujets particulièrement âgés ou ayant une aptitude physique particulièrement basse. »

Par ailleurs, Les compétences des éducateurs sont de manière générale reconnues par les personnels médicaux et paramédicaux qui cherchent dans leur ensemble « à profiter au mieux » de ces compétences afin de proposer dans un second temps des activités adaptées aux capacités de chacun. Sur le plan de la sécurisation des résidents, plus de 8 bénéficiaires sur 10 affirment se sentir en sécurité durant les séances. Ceux qui ne le sont pas évoquant une peur (de tomber notamment), des problèmes de santé (cardiaques, vertiges) et souhaitent une présence constante d'un encadrant.

Enfin, l'enquête « établissement » indique que dans plus des deux tiers des établissements, l'éducateur sportif est le professionnel qui encadre principalement le parcours. En miroir, pour environ un tiers des établissements, l'encadrant principal n'est pas l'éducateur sportif mais plutôt un professionnel interne, soignant ou animateur. Enfin, dans 9 établissements (sur les 16 répondants à la question), l'éducateur sportif est accompagné d'un ou plusieurs autres professionnels pendant les séances.

► **De part la diversité des exercices proposés par le PASS et les modalités d'encadrement mises en oeuvre, le dispositif correspond aux préconisations faites par l'Inserm.**

► **La sécurité des bénéficiaires est assurée de l'avis de la plupart des acteurs interrogés.**

► **Les compétences spécifiques des éducateurs sportifs sont reconnues et correspondent aux besoins des résidents.**

► **Le partage des compétences sur le plan des activités physiques et sportives pourrait être amélioré via une animation des PASS plus souvent faite en binôme entre les éducateurs sportifs et les professionnels des établissements.**

► **Des temps de mutualisation pourraient être envisagés entre les éducateurs sportifs de façon à enrichir leur pratique.**

► **Au-delà de la mise en place des séances auprès des résidents, l'intervention des éducateurs sportifs peut participer à l'évolution des pratiques des professionnels travaillant dans les établissements, contribuant ainsi à majorer les bénéfices potentiels des activités physiques et sportives.**

## ■ Le processus d'intégration de l'activité dans les établissements

Le cadre de référence de la DRJSCS (bilan de mars 2009) décrit la procédure d'intervention de l'éducateur sportif : « *Observer ; se présenter ; former un groupe de "dépendance physique" : ergothérapeute, aide-soignant, infirmier, animateur, kinésithérapeute, éducateur sportif, médecin coordonnateur...* »

L'enquête « établissements » indique que la mise en œuvre du PASS est accompagnée par un groupe projet dans les trois quarts des établissements. En miroir, plus d'un quart des structures n'ont pas mis en place de suivi. Ces groupes projets sont composés de professionnels diversifiés où les éducateurs sportifs, les animateurs, les médecins coordonnateurs et les directeurs sont les plus représentés.

Par ailleurs, la quasi totalité des établissements déclare que le PASS est intégré au projet de vie de l'établissement, que le PASS a fait l'objet d'une présentation au conseil de la vie sociale et que pour une forte majorité d'entre eux, le PASS est intégré aux projets de vie individualisés même si cette intégration est de niveau hétérogène d'une structure à l'autre.

Plus de la moitié des établissements répondants déclarent enfin qu'une procédure (écrite et diffusée en interne dans la majorité des cas), relative à l'intervention de l'éducateur sportif a été mise en place.

Par ailleurs, une très forte majorité d'établissements déclare que le PASS s'inscrit dans une politique globale en faveur des activités physiques et sportives où d'autres actions sont parallèlement mises en œuvre dans cet objectif.

Parallèlement, les professionnels interviewés indiquent que le PASS est un moyen d'amplifier l'offre d'activités physiques et sportives et participe à structurer le projet d'établissement. Ils évoquent majoritairement deux motivations pour la mise en place du PASS dans leurs établissements :

- c'est un moyen d'amplifier et de diversifier l'offre d'APS dans les EHPAD dans l'optique de maintenir l'autonomie des résidents.
- c'est également l'occasion de fédérer les équipes autour d'un projet transversal, structurant du point de vue des projets de soins individualisés et des projets d'établissement.

Au final, les établissements présentent des situations très disparates en matière d'intégration des APS et du PASS dans leur projet d'établissement. Dans certains cas, les APS sont considérées comme des outils thérapeutiques et sont inscrites dans les projets de soins individualisés. Le PASS s'y trouve comme un outil, parmi d'autres, dans le cadre global des efforts menés pour le maintien de l'autonomie. D'autres établissements utilisent plutôt les APS comme des supports d'animation. Ces établissements se trouvent parfois en déficit de personnel, la prise en compte du maintien de l'autonomie y est en conséquence moins développée bien que l'ensemble des professionnels souhaite tendre vers le développement des APS et vers une meilleure intégration de l'activité PASS et de l'éducateur sportif.

► **Le niveau d'intégration du PASS dans les établissements est relativement hétérogène mais témoigne malgré tout dans la majorité des cas de véritables démarches engagées aussi bien dans le cadre du projet collectif que des prises en charge individualisées.**

► **Des améliorations pourraient être envisagées selon les établissements sur ce niveau d'intégration, via notamment le cahier des charges préalable à la mise en œuvre d'un PASS.**

► **Le dispositif PASS, s'il est considéré dans un certain nombre d'établissements plutôt comme un support d'animation, s'intègre dans un véritable dispositif autour des activités physiques et sportives dont il est un élément structurant, contribuant ainsi à majorer les objectifs de maintien de l'autonomie des personnes bénéficiaires. Là aussi, le cahier des charges de la mise en œuvre d'un PASS au sein d'un établissement pourrait prendre en compte cette dimension.**

### ■ ***L'intégration de l'éducateur sportif***

L'éducateur sportif participe à des réunions internes à l'établissement dans plus de la moitié des établissements participant à l'évaluation témoignant ainsi d'une hétérogénéité des pratiques. Dans le cadre de ces réunions, le PASS est spécifiquement évoqué dans la quasi totalité des cas.

Par ailleurs, 16 établissements déclarent que l'éducateur sportif dispose de moyens lui permettant de transmettre des informations écrites, parmi lesquels l'informatique est majoritaire.

► **Le niveau d'intégration des éducateurs sportifs et les possibilités de communication avec les personnels des établissements sont hétérogènes.**

► **Là aussi, des recommandations de bonnes pratiques pourraient être incluses dans le cahier des charges préalable à la mise en œuvre d'un PASS.**

## ■ **Les modalités d'intégration des résidents dans l'action**

Dans l'enquête « établissements », près de la moitié des structures déclarent que la décision de participation du résident au PASS est prise dans un cadre collégial.

L'avis médical préalable à la participation du résident à l'atelier n'est pas en place dans tous les établissements. Quand il ne l'est pas, c'est l'avis du personnel paramédical qui est pris en compte. Au final, environ 9 établissements sur 10 mettent en place un avis médical et/ou paramédical préalable à la participation des résidents à l'action.

Concernant les modalités d'intégration aux séances, selon les déclarations recueillies par les bénéficiaires et en prenant en compte d'éventuels problèmes d'identification ou de mémorisation, trois quart des répondants ont rencontré l'éducateur sportif avant leur participation à l'atelier. Parallèlement, 43% ont bénéficié d'un avis préalable du médecin et/ou du kinésithérapeute. Un répondant sur six a conjointement bénéficié d'un avis d'ordre médical ou paramédical et eu un contact préalable avec l'éducateur sportif. Par contre, près d'un répondant sur dix n'a rencontré aucun des trois types de professionnels préalablement à sa participation à l'atelier.

En amont des séances, des tests sont pratiqués pour évaluer les capacités du résident dans la majorité des établissements.

Enfin, près des deux tiers des établissements déclarent qu'ils réalisent un suivi personnalisé des résidents qui bénéficient du PASS pour évaluer leur progression.

► **Des améliorations pourraient être apportées dans certains établissements vis-à-vis des modalités d'intégration des résidents dans un atelier, un résident sur 10 n'ayant jamais rencontré l'éducateur sportif ni bénéficié d'un avis médical ou paramédical préalablement à sa première participation.**

► **Une sensibilisation pourrait être faite concernant l'intérêt de pratiquer des évaluations des capacités des résidents bénéficiaires de façon à participer à l'adaptation des exercices proposés et à l'individualisation des prises en charge.**

## ■ **La formation des personnels aux bienfaits de l'exercice physique et sportif**

Dans l'enquête « établissements », près des trois quart des établissements ont au moins une catégorie de personnels formés aux bienfaits de l'exercice physique et sportif dont une forte majorité concerne l'animateur et/ou les aides-soignants.

► **La formation aux bienfaits de l'éducation physique et sportive pourrait être encouragée, notamment pour les personnels qui participent aux côtés de l'éducateur sportif à l'animation du PASS.**

## ■ **L'impact du PASS sur l'autonomie et le bien-être des personnes âgées**

Pour mémoire, les objectifs du PASS en matière d'autonomie et de qualité de vie des personnes âgées sont de trois ordres :

- Physique et physiologique (stimulation de l'activité, amélioration de la capacité cardio-vasculaire, de la masse et de la force musculaire, de la souplesse, de l'équilibre et de la coordination ainsi que de la précision du mouvement, participation à la prévention des maladies cardio-vasculaires et de l'obésité).
- Psychique (stimulation de l'activité, du bien-être général et de la qualité de vie, amélioration de l'image de soi, amélioration de la santé mentale, maintien des performances cognitives et des capacités intellectuelles, amélioration du contrôle moteur et des performances, entretien de la mémoire).
- Social (maintien ou ralentissement du processus de perte d'indépendance ou d'autonomie, maintien d'un lien avec le milieu de vie antérieur, élargissement des réseaux sociaux et développement des activités intergénérationnelles).

### • **Concernant l'enquête « bénéficiaires »**

Près de la moitié des répondants participe au PASS depuis moins d'un an, et 55% depuis plus d'un an, témoignant ainsi d'une population inscrite au PASS très majoritairement dans la durée.

Les proportions de répondants déclarant que les séances contribuent à une amélioration de leurs capacités fonctionnelles sont comprises entre 73% (amélioration de l'équilibre) et 52% (amélioration de la force musculaire). Plus globalement, plus de la moitié des répondants déclarent que les séances améliorent leurs capacités dans les actes de la vie quotidienne et les deux tiers estiment qu'ils améliorent leurs déplacements.

Une amélioration des relations entre résidents est attribuée aux séances par 61% des bénéficiaires (cette proportion se situe au 4<sup>e</sup> rang des taux les plus élevés de réponses positives parmi les différents apports proposés).

Dans le domaine psychique, les séances contribuent à l'amélioration du bien-être pour 67% des répondants (au 3<sup>e</sup> rang parmi les apports proposés) et les aident à mieux vivre leur vieillesse pour 49% d'entre eux.

Globalement, 79% des bénéficiaires déclarent l'apport des séances par rapport à la qualité de vie comme globalement satisfaisant ou très satisfaisant. Seules 13 personnes sur 176 répondants le jugent peu ou pas du tout satisfaisant.

Enfin, quatre bénéficiaires sur 5 se déclarent globalement satisfaits ou très satisfaits vis-à-vis du PASS. Seules 7 personnes se déclarent peu satisfaites et 4 pas du tout satisfaites.

En revanche, les proportions de répondants associant les séances à une diminution des chutes (près de la moitié des bénéficiaires) et à une diminution des besoins de kinésithérapie (un quart des bénéficiaires) représentent les taux les plus faibles parmi les apports des séances mentionnés.

#### • Concernant l'enquête « professionnels »

Plus qualitativement, les constats concernant les bienfaits du PASS sont aussi partagés par les éducateurs et les personnes ressources interrogées lors des entretiens téléphoniques. L'ensemble des professionnels est unanime concernant les bienfaits en termes de qualité de vie, de bien-être psychosocial et d'enfermement sensoriel.

Selon eux, le PASS n'est pleinement bénéfique pour les résidents qu'en complémentarité avec d'autres activités physiques et sportives (APS), avec des moyens permettant de proposer des APS de manière régulière, soutenues et adaptées aux résidents. Les bénéfices des activités physiques et sportives dépendent très largement de leur régularité.

De manière plus précise, en matière de maintien des capacités physiques, les professionnels notent une discordance entre les résultats aux tests d'évaluation des capacités locomotrices, qui montrent peu d'évolutions notables et leur propre ressenti. Ils rappellent en outre la difficulté à mesurer les impacts en termes de maintien de l'autonomie, du fait notamment, des durées de séjours de plus en plus courtes des résidents avec des états de santé parfois dégradés lors de leur arrivée.

Enfin, le PASS peut contribuer à faire évoluer de façon positive les représentations du personnel vis-à-vis des résidents. Le PASS est également décrit comme un vecteur de communication, notamment au travers des familles des résidents qui s'y rendent, répondant ainsi à la volonté des directions de rendre les établissements plus « vivants » et plus ouverts.

### • Concernant l'enquête « chutes »

Celle-ci n'a pas démontré d'évolution significative du nombre de chutes ainsi que de leur gravité en lien avec la participation aux séances :

- Evolution du nombre moyen de chutes annuel avant participation aux séances et à posteriori de celle-ci non significative,
- Evolution du degré de gravité et du niveau traumatique entre l'avant et l'après non significative,
- Evolution des modalités de prise en charge (recours à une prise en charge médicalisée) entre l'avant et l'après non significative.

Ces observations sont cohérentes avec les taux relatifs aux déclarations des répondants à l'enquête bénéficiaires qui associent les séances PASS à une diminution des chutes (près de la moitié des bénéficiaires) ou à une diminution des besoins de kinésithérapie (un quart des bénéficiaires). Ces taux représentent en effet les taux les plus faibles parmi les apports des séances mentionnés.

En miroir, ces observations sont à mettre en relation avec le niveau de dépendance de la population observée qui s'accroît entre les deux périodes. Si l'âge n'est pas systématiquement associé à une évolution du risque de chute, le niveau de dépendance (GIR) l'est pour sa part.

### • Concernant l'enquête relative à l'évolution de l'autonomie et au risque de chutes (test de Tinetti)

Près de la moitié des bénéficiaires ont un niveau d'autonomie et un risque de chutes évalué par le test de Tinetti très élevé au cours des deux périodes d'observation. Là encore et globalement, ce niveau reste relativement constant entre les deux périodes malgré une dépendance (GIR) qui augmente.

Par ailleurs, si l'âge n'est pas associé significativement à l'évolution de l'autonomie, le niveau de dépendance (GIR) est pour sa part identifié comme un facteur dont dépend cette évolution : la forte dépendance des résidents est associée à un niveau d'autonomie et à un risque de chute qui s'accroît. À l'inverse pour des niveaux de dépendance moins élevés, on observe une stabilité, voire une tendance à l'amélioration.

- ▶ Les acteurs de l'évaluation (bénéficiaires, professionnels des établissements, éducateurs sportifs, ...) déclarent, parfois avec des proportions très élevées, des améliorations en termes d'autonomie, de qualité de vie, de remobilisation et de socialisation des bénéficiaires, ce qui constitue en soi un impact très positif de l'action.
- ▶ En revanche, les résultats des recueils quantitatifs sont négatifs en ce qui concerne notamment la réduction des chutes, l'enquête spécifiquement dédiée n'a en effet pu démontrer une diminution significative du nombre de chutes ainsi que de leur gravité en lien avec la participation aux séances.
- ▶ En ce qui concerne l'enquête « Tinetti », elle a montré un niveau d'autonomie et de risque de chute qui reste relativement constant entre les deux périodes, malgré une dépendance qui augmente.
- ▶ Au final et au-delà d'éléments non évalués, c'est bien dans la perception de l'impact et dans la qualité de vie des personnes âgées que se mesurent les effets les plus positifs, validant ainsi une partie des objectifs du PASS.

## ■ Les effets induits du PASS sur l'établissement dans son environnement

### ■ *Au niveau des partenariats développés*

Près de deux tiers des établissements déclarent que l'installation du PASS a permis de développer des partenariats locaux, notamment en lien avec son installation.

### ■ *Au niveau du lien social*

Dans plus de la moitié des établissements, le PASS bénéficie à des personnes extérieures à l'établissement.

Parallèlement, plus d'un tiers estiment qu'il a contribué à développer une dimension inter-générationnelle et qu'il a permis une nouvelle forme d'implication des familles.

- ▶ L'objectif concernant l'ouverture des établissements à l'extérieur et l'impact du PASS sur la socialisation des résidents est atteint pour une partie des établissements.
- ▶ Une sensibilisation à cet objectif pourrait être promue via le cahier des charges de mise en œuvre d'un PASS.

## ■ L'impact du PASS sur les dépenses de santé

L'enquête concernant l'évolution du coût des consommations de thérapeutiques a montré que les coûts pour l'ensemble des thérapeutiques analysées (ainsi que pour chacune d'entre elles prises une à une : antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques), diminuent de -10% entre les deux périodes observées, permettant une économie globale d'environ 1 140 euros, soit en moyenne 7 euros par résidant sur la période.

Par ailleurs, et même si on observe entre les deux périodes une augmentation sensible du nombre de résidants consommateurs, on peut également observer une baisse globale et pour chaque molécule des coûts et donc au final de la consommation elle-même.

Enfin, les consommations baissent plus fortement chez les résidents les moins âgés (qui sont aussi les plus forts consommateurs) et les résidents moyennement dépendants (GIR 3-4).

Par ailleurs, rappelons que l'enquête « chutes » n'a pas permis de démontrer un impact significatif de la participation au PASS sur l'évolution des chutes. De même, l'évolution des modalités de prise en charge (recours à une prise en charge médicalisée) entre l'avant et l'après n'est pas significative.

- ▶ **L'évaluation de l'impact du PASS sur les dépenses de santé est positive, même si elle reste modeste en termes purement financiers (pour une population cependant très exposée aux consommations de soins)**
- ▶ **C'est malgré tout un argument supplémentaire relatif à la mise en œuvre des PASS.**

## **Propositions pour améliorer les activités en lien avec le PASS**

**Les propositions d'amélioration les plus fréquemment citées par les établissements concernent principalement les ressources mises au service du dispositif** (augmentation des personnels et des temps de travail consacrés à l'action), et l'utilisation du parcours (augmenter la fréquence d'utilisation, notamment en résolvant la contrainte liée aux intempéries) : couverture à prévoir et/ou dispositif complémentaire à installer en intérieur par exemple. Les avis des bénéficiaires convergent : selon eux, les améliorations les plus fréquemment citées concernent aussi principalement l'installation et l'aménagement du parcours (notamment en lien avec les conditions météorologiques), et l'accroissement de la fréquence des séances.

**Selon les professionnels interviewés lors des entretiens téléphoniques, l'utilisation du PASS est avant tout soumise au temps de présence des éducateurs sportif dans l'établissement.** En effet, le seul véritable frein au recrutement des résidents pour le PASS est celui du volume de travail de l'éducateur sportif que les établissements sont en mesure de mobiliser. L'utilisation même du PASS est liée à la présence des éducateurs. En effet, en dehors des périodes durant lesquelles ces derniers sont présents, les professionnels médicaux et paramédicaux, dans leur grande majorité, n'utilisent pas le PASS.

**Le principal point faible du PASS évoqué par les professionnels interviewés réside dans le fait que c'est un équipement trop soumis aux aléas climatiques.** Les établissements les mieux équipés peuvent proposer « l'équivalent d'un petit PASS à l'intérieur ou encore d'activités complémentaires ». C'est dans ces établissements que les impacts positifs de l'installation du PASS sont les plus notables.

Les professionnels insistent sur le fait que ce qui importe, plus encore que la présence d'équipements, **c'est la présence de compétences (éducateurs, ergothérapeutes...) au sein des établissements pour développer des APS pérennes et régulières.**

Enfin, les établissements présentent des situations très disparates vis-à-vis des aspects financiers. Le financement pérenne de la rémunération des éducateurs sportifs préoccupent particulièrement les professionnels. **Selon eux, la très grande majorité des établissements ne pourraient envisager le maintien de la présence d'un éducateur sportif sans la subvention dédiée. Cette présence est pourtant jugée indispensable.**

## **Au final**

- Une évaluation qui démontre l'intérêt du dispositif vis-à-vis de ses objectifs, même si les gains en termes d'économie de santé sont modestes.
- Des éléments importants pour participer à l'évolution du cahier des charges du PASS.
- Une cohérence avec les préconisations faites par le Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie - septembre 2015<sup>28</sup> :

*"Inscrire les ateliers d'activités physiques adaptées dans le projet d'établissement de l'EHPAD en généralisant la présence d'éducateurs sportifs... (expérience PASS en Bretagne développée en 2013 dans 34 des 50 établissements qui emploient des éducateurs sportifs)".*

<sup>28</sup> Ministère des Affaires sociales et de la Santé - Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie - septembre 2015 - 204 pages. Téléchargez le document.

Vertical line

# Annexes

Vertical line

# **Annexe 1 : courrier relatif à l'appel à candidature**



Service émetteur : Direction de la stratégie  
et des partenariats  
Direction-adjointe de la stratégie  
et des projets  
Pôle observation, statistiques,  
évaluation  
Mesdames et Messieurs les chefs  
d'établissements

Affaire suivie par : Samantha DODARD  
Courriel : samantha.dodard@ars.sante.fr

Téléphone : 02.22.06.73.06  
Télécopie : 02 99 30 59 03

Ref : C02013-006-SD  
Date : 05 FEV 2013  
Objet : Evaluation des Parcours d'Activités Santé Séniors

Mesdames, Messieurs,

L'Agence Régionale de Santé (ARS), la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), la préfecture d'Ille-et-Vilaine et la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail de Bretagne (CARSAT) ont lancé, en mars 2012, un appel à candidatures conjoint pour l'organisation et la structuration d'une offre d'activités physiques et sportives adaptée aux personnes âgées hébergées en établissements.

Votre établissement fait partie des 34 établissements retenus et ayant reçu un financement pour la construction d'un Parcours d'Activités Santé Séniors (PASS).

L'ARS Bretagne, en lien avec les partenaires co-financiers, va réaliser une évaluation de l'impact de l'activité physique au travers des PASS sur le bien être et le maintien de l'autonomie des personnes âgées.

Afin d'évaluer ce dispositif novateur sur le territoire breton, il est envisagé une démarche de « type avant/après » sur la base d'indicateurs à construire avant la mise en place des équipements dans les établissements.

La participation des établissements à cette évaluation est essentielle pour mener à bien ce travail et pour objectiver les bienfaits, tant physique que psychiques, sur les résidents pouvant bénéficier de ces équipements.

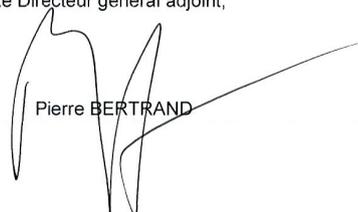
.../...

CS 14253 – 35042 RENNES Cédex  
Standard : 02.90.08.80.00  
[www.ars.bretagne.sante.fr](http://www.ars.bretagne.sante.fr)

Cette évaluation sera confiée à un prestataire qui sera amené à vous contacter très prochainement pour recueillir des premiers éléments de mise en œuvre des parcours et définir les établissements qui participeront à l'évaluation.

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration et vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

P/O le Directeur général  
de l'Agence régionale de santé Bretagne,  
Le Directeur général adjoint,



Pierre BERTRAND

CS 14253 – 35042 RENNES Cédex  
Standard : 02.90.08.80.00  
[www.ars.bretagne.sante.fr](http://www.ars.bretagne.sante.fr)

Vertical line

# **Annexe 2 : Questionnaire "établissement"**

## Evaluation de l'action relative au PASS (Parcours d'Activités Santé Seniors)

### Questionnaire « établissement » à renseigner par le référent de l'action dans l'établissement

Dans le cadre de l'évaluation en cours, ce questionnaire consiste pour les établissements concernés par l'action à communiquer à l'ORS Bretagne les éléments relatifs à l'établissement lui-même, aux résidents, aux modalités de mise en œuvre du PASS, aux conditions de son utilisation, aux modalités d'intégration au projet d'établissement, aux difficultés éventuelles etc.

Le questionnaire est organisé en trois sections qui vont permettre de caractériser :

- **Section 1** : les formations dans l'établissement en lien avec les activités physiques et sportives
- **Section 2** : les résidents de l'établissement et les bénéficiaires du PASS
- **Section 3** : le PASS et les autres activités physiques et sportives éventuellement déployées dans l'établissement

Pour toutes questions concernant les éléments demandés, vous pourrez vous adresser à :

Aurélie KERVILLA, [a.kervilla@orsbretagne.fr](mailto:a.kervilla@orsbretagne.fr) 02 99 14 24 24

### *Merci pour votre participation*

**Ce questionnaire, le protocole relatif à l'enquête « résident » ainsi que les questionnaires « résident » sont à retourner ensemble à : (voir à ce propos le protocole « résident »)**

ORS Bretagne  
8 D rue Franz Heller  
C.S. 70 625  
35 706 RENNES CEDEX 7

En vous remerciant pour votre collaboration

#### Identification de l'établissement

Nom : .....

Adresse : .....

#### Identité du répondant

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : ..... Mail : .....@.....

## Section 1. Les formations relatives à l'éducation physique et sportive dans l'établissement

Fonction	Formation aux bienfaits de l'EPS	Si oui, nombre de personnes formées
Direction	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Médecin coordonnateur	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
IDE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Aides-soignants	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Animateur	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Psychologue	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Diététicien	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Personnels de restauration	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

## Section 2. Les résidents de l'établissement et les bénéficiaires du PASS

### L'ensemble des résidents en 2014

1. Nombre de résidents accueillis dans l'établissement :
2. Age moyen :
3. Répartition par sexe : 3.1 Nombre de femmes :  3.2 Nombre d'hommes :
4. Répartition des GIR au dernier relevé :
 

GIR 1 :	<input style="width: 30px;" type="text"/>	GIR 4 :	<input style="width: 30px;" type="text"/>
GIR 2 :	<input style="width: 30px;" type="text"/>	GIR 5 :	<input style="width: 30px;" type="text"/>
GIR 3 :	<input style="width: 30px;" type="text"/>	GIR 6 :	<input style="width: 30px;" type="text"/>

### Les bénéficiaires de l'action au jour du recueil

5. Nombre de résidents bénéficiaires de l'action au jour du recueil :
6. Age moyen :
7. Répartition par sexe : 7.1 Nombre de femmes :  7.2 Nombre d'hommes :
8. Répartition des GIR au dernier relevé :
 

GIR 1 :	<input style="width: 30px;" type="text"/>	GIR 5 :	<input style="width: 30px;" type="text"/>
GIR 2 :	<input style="width: 30px;" type="text"/>	GIR 5 :	<input style="width: 30px;" type="text"/>
GIR 3 :	<input style="width: 30px;" type="text"/>	GIR 4 :	<input style="width: 30px;" type="text"/>
9. Y-a-t'il actuellement des demandes de participation au PASS internes à l'établissement et non satisfaites ?
 

oui  1 non  2 Ne sait pas  3

➡ Si oui, pourquoi ? \_\_\_\_\_

### Section 3. Le PASS et les autres activités physiques et sportives

#### Cadre général

10. Un groupe projet accompagne-t-il le PASS ? :    oui  1    non  2    Ne sait pas  3

➡ **Si oui** quelle est sa composition ? : Identification des personnes et fonction dans l'établissement

---

---

---

---

---

11. L'action est-elle intégrée au projet de vie de l'établissement ?    oui  1    non  2    Ne sait pas  3

12. L'action est-elle intégrée aux projets individualisés des résidents qui en bénéficient ?

oui  1    non  2    Ne sait pas  3    ➡ **Si oui, préciser de quelle manière ci-dessous**

---

13. L'action a-t-elle été présentée au conseil de la vie sociale ?    oui  1    non  2    Ne sait pas  3

14. Existe-t-il un suivi personnalisé des résidents qui bénéficient du PASS pour évaluer leur progression ?

oui  1    non  2    Ne sait pas  3    ➡ **Si oui, préciser de quelle manière ci-dessous**

---

15. D'autres actions en faveur de l'éducation physique et sportive sont elles en cours dans l'établissement ?

oui  1    non  2    Ne sait pas  3

➡ **Si oui, préciser sous quelle forme ?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Le PASS et les relations avec l'extérieur

16. L'installation du PASS a-t-elle permis de renforcer le lien social avec l'extérieur par :

- |      |  |                                |                                |
|------|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 15.1 | Le développement de partenariats locaux                | oui <input type="checkbox"/> 1 | non <input type="checkbox"/> 2 |
| 15.2 | Le recours au bénévolat                                | oui <input type="checkbox"/> 1 | non <input type="checkbox"/> 2 |
| 15.3 | Une nouvelle forme d'implication des familles          | oui <input type="checkbox"/> 1 | non <input type="checkbox"/> 2 |
| 15.4 | Le développement d'une dimension inter générationnelle | oui <input type="checkbox"/> 1 | non <input type="checkbox"/> 2 |

17. Au delà des résidents, des personnes extérieures à l'établissement bénéficient-elles du PASS ?

oui  1 non  2  Si oui, combien ?

18. Si votre établissement rend accessible le parcours à des personnes extérieures, quels bénéfices l'établissement et les résidents en tirent-ils ?

---

---

---

---

### Procédures et outils mis en place

19. Existe-t-il une procédure relative à l'intervention de l'éducateur sportif ? oui  1 non  2
- 19.1 Cette procédure est-elle écrite ? oui  1 non  2
- 19.2 Cette procédure est-elle diffusée ? oui  1 non  2

#### L'intégration du résident à l'action

20. La proposition faite au résident de participation à l'action s'appuie-t-elle sur un avis médical ? oui  1 non  2
- 20.1 Si oui, un certificat de non contre-indication est-il établi ? oui  1 non  2
- 20.2 Si non, la proposition s'appuie-t-elle sur un avis paramédical (ide, kiné) ? oui  1 non  2
21. La proposition de participation est-elle prise dans un cadre collégial (réunion) ? oui  1 non  2
22. Des tests (ex : Tinetti, Get up and go...) sont-ils pratiqués en amont de la participation du résident pour évaluer ses capacités ? oui  1 non  2
23. Au final, existe-t-il une procédure écrite concernant l'intégration du résident ? oui  1 non  2

**Déroulement de l'action**

24. Sur une année complète d'utilisation, combien de mois le PASS est-il été réellement utilisé ? \_\_\_\_ mois

25. Durant les périodes d'activité du PASS, à quel rythme le PASS est-il utilisé ?

1.  Plus d'une fois par semaine    3.  Entre 2 et 3 fois par mois    5.  Moins d'une fois par mois  
2.  Une fois par semaine    4.  Environ une fois par mois

26. Quelle est la durée moyenne d'une séance ?

1.  Moins d'une heure    3.  1h30    5.  Plus de 2 heures  
2.  1 heure    4.  2h

27. Quelle est le nombre moyen de résidents par séances ? \_\_\_\_

28. De quelle formation est issue la personne qui encadre principalement le parcours ?

1.  Educateur sportif    2.  Animateur    3.  Kinésithérapeute    4.  Autre soignant

29. L'éducateur sportif est-il accompagné d'un ou de plusieurs autre(s) professionnel(s) pendant les séances ?

- oui     non  2

**La coordination et la transmission d'informations autour de l'action**

30. L'éducateur sportif participe-t-il à des réunions internes à l'établissement ?    oui  1    non  2

⇒ Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

30.1 Dans le cadre de ces réunions, l'action est-elle spécifiquement évoquée ?

- oui  1    parfois  2    non  3

31. L'éducateur sportif a-t-il le moyen de transmettre des informations écrites ?

- oui  1    non  2

⇒ Si oui, sur quel support ? \_\_\_\_\_

⇒ Si oui, ce moyen est-il utilisé ?    oui  1    non  2

32. Au final et selon vous, quelles seraient les principales améliorations à apporter à l'action (parcours, fonctionnement, modalités d'intégration aux projets de l'établissement etc...) ?

---

---

---

---

---

---

---

---

# **Annexe 3 : Questionnaire "bénéficiaire"**

<b>Partie réservée ORSB</b> Numéro questionnaire :   -- -- -- Code établissement :       -- --	<b>Enquête de satisfaction réalisée auprès des bénéficiaires du parcours PASS (Parcours d'Activités Santé Seniors)</b>
--	--

### A lire avant de commencer ...

L'enquête a pour but de vous **permettre d'exprimer votre avis** concernant le parcours (PASS) auquel vous participez.

Les questionnaires sont **strictement anonymes**.

Lorsque vous répondez à ce questionnaire, nous vous demandons de le faire en toute sincérité car il sera tenu compte de l'ensemble des réponses pour améliorer ce qui vous est proposé.

Si aucune réponse ne correspond à votre situation, il faut cocher celle qui s'en rapproche le plus.

Lorsque vous avez fini de remplir le questionnaire, vous le déposez dans la boîte prévue à cet effet. Les questionnaires seront adressés anonymement à l'Observatoire Régional de la Santé de Bretagne, organisme de santé publique indépendant responsable de l'enquête.

Merci d'avance pour votre participation

### Partie 1 : renseignements généraux (cochez la réponse correspondant à votre situation)

1. Etes-vous :           1.  Un homme   2.  Une femme
2. Quel est votre âge ?    |\_|\_|\_| ans
3. Comment vous déplacez-vous ?
 

1. <input type="checkbox"/> En marchant sans aide	3. <input type="checkbox"/> En marchant avec un déambulateur
2. <input type="checkbox"/> En marchant avec des cannes ou des béquilles	4. <input type="checkbox"/> En fauteuil roulant
4. Depuis combien de temps utilisez-vous le parcours (PASS) ?   1.  Moins de 1 an   2.  Plus d'un an
5. Avant de commencer à utiliser le parcours (PASS) :
 

5.a Un médecin vous a t-il donné son avis ?	1. <input type="checkbox"/> Oui   2. <input type="checkbox"/> Non   3. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
5.b Un kinésithérapeute vous a t-il donné son avis ?	1. <input type="checkbox"/> Oui   2. <input type="checkbox"/> Non   3. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
5.c Avez-vous rencontré l'éducateur sportif ?	1. <input type="checkbox"/> Oui   2. <input type="checkbox"/> Non   3. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
6. À quel rythme participez-vous au parcours d'activité ?
 

1. <input type="checkbox"/> Plus d'une fois par semaine	3. <input type="checkbox"/> Entre 2 et 3 fois par mois	5. <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois
2. <input type="checkbox"/> Une fois par semaine	4. <input type="checkbox"/> Environ une fois par mois	6. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas

### Partie 2 : votre avis et votre satisfaction (cochez la réponse correspondant à votre situation)

7. Estimez-vous que le nombre de fois que vous utilisez le parcours (PASS) est suffisant ?
 

1. <input type="checkbox"/> Oui	2. <input type="checkbox"/> Non	3. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
---------------------------------	---------------------------------	--

☞ Si non, quel serait selon vous le nombre de fois nécessaires (par mois) ?   |\_|\_| fois
8. Si vous estimez que le nombre de fois où vous utilisez le parcours (PASS) est insuffisant, quelle en est la raison principale (1 seule réponse possible) ?
 

8.1 <input type="checkbox"/> Manque de place dans les groupes qui utilisent le parcours (PASS)
8.2 <input type="checkbox"/> Manque d'information sur le calendrier d'ouverture du parcours (PASS)
8.3 <input type="checkbox"/> Autre raison ☞ Laquelle _____

9. Selon vous, la **durée des séances** d'utilisation du parcours (PASS) est-elle ?

1.  Satisfaisante      2.  Trop courte      3.  Trop longue      4.  Je ne sais pas

10. Estimez-vous que les exercices ou les activités qui sont proposés sur le parcours (PASS) **sont adaptés à vos capacités** ?

1.  Oui      2.  Partiellement      3.  Non      4.  Je ne sais pas

11. Si vous trouvez que les exercices ou les activités qui sont proposés sur le parcours (PASS) ne sont pas adaptés à vos capacités, expliquez pourquoi :

\_\_\_\_\_

12. Lorsque vous utilisez le parcours (PASS), **vous sentez vous en sécurité** ?

1.  Oui      2.  Partiellement      3.  Non      4.  Je ne sais pas

↪ **Si non**, pourquoi \_\_\_\_\_

13. Avez-vous déjà **souhaitez stopper** votre participation au parcours (PASS) ?      1.  Oui      2.  Non

↪ **Si oui**, pourquoi \_\_\_\_\_

### Partie 3 : l'apport du PASS (cochez la réponse correspondant à votre situation)

14. Pensez-vous que les activités proposées sur le parcours ? (une réponse par question)

- |   |                                 |                                 |   |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---|
| 14.1 Contribuent globalement à <b>augmenter votre force musculaire</b> ?    | 1. <input type="checkbox"/> Oui | 2. <input type="checkbox"/> Non | 3. <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| 14.2 Contribuent globalement à <b>améliorer vos déplacements</b> ?          | 1. <input type="checkbox"/> Oui | 2. <input type="checkbox"/> Non | 3. <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| 14.3 Contribuent globalement à <b>améliorer votre équilibre</b> ?           | 1. <input type="checkbox"/> Oui | 2. <input type="checkbox"/> Non | 3. <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| 14.4 Contribuent à <b>diminuer vos chutes</b> ?                             | 1. <input type="checkbox"/> Oui | 2. <input type="checkbox"/> Non | 3. <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| 14.5 Contribuent à <b>diminuer votre besoin de kinésithérapie</b> ?         | 1. <input type="checkbox"/> Oui | 2. <input type="checkbox"/> Non | 3. <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| 14.6 Contribuent globalement à <b>améliorer votre bien-être</b> ?           | 1. <input type="checkbox"/> Oui | 2. <input type="checkbox"/> Non | 3. <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| 14.7 Contribuent à vous aider à <b>mieux vivre votre vieillesse</b> ?       | 1. <input type="checkbox"/> Oui | 2. <input type="checkbox"/> Non | 3. <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| 14.8 Améliorent vos <b>capacités dans les actes de la vie quotidienne</b> ? | 1. <input type="checkbox"/> Oui | 2. <input type="checkbox"/> Non | 3. <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| 14.9 Favorisent <b>les relations avec les autres résidents</b> ?            | 1. <input type="checkbox"/> Oui | 2. <input type="checkbox"/> Non | 3. <input type="checkbox"/> Ne sais pas |

15. Au final, diriez-vous que **par rapport à votre qualité de vie**, l'apport du parcours est globalement :

1.  Très satisfaisant      3.  Peu satisfaisant      5.  Je ne sais pas  
2.  Satisfaisant      4.  Pas du tout satisfaisant

### AU FINAL (cochez la réponse correspondant à votre situation)

16. Globalement et vis-à-vis du parcours d'activité PASS mis en place dans votre établissement, êtes-vous ?

1.  Très satisfait      3.  Peu satisfait      5.  Je ne sais pas  
2.  Satisfait      4.  Pas du tout satisfait

17. Avez-vous des propositions pour améliorer les activités en lien avec le parcours (PASS) ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Merci d'avoir eu la gentillesse de participer à cette enquête.  
Vous pouvez mettre ce questionnaire dans la boîte prévue à cet effet.**

Vertical line

# **Annexe 4 :**

# **Grille d'entretiens**

# **téléphoniques**

## Parcours d'Activités Santé Seniors (PASS) INTRODUCTION AUX ENTRETIENS\_PERSONNES RESSOURCES JUILLET 2015

### **Pour rappel, si nécessaire selon l'interlocuteur :**

**Objectifs de l'évaluation** Issus du cahier des charges transmis par l'ARS. Observer notamment :

- L'impact des activités physiques et sportives (APS) sur l'autonomie et le bien-être des personnes âgées en établissement
- L'impact sur le fonctionnement de l'établissement
- Les éléments d'appréciation et de réflexion sur les conditions d'utilisation et l'intégration au sein d'un établissement dans la perspective d'un éventuel développement
- L'impact sur les dépenses de santé

**Plusieurs types de recueil sont prévus, dont des entretiens qualitatifs pour recueillir le point de vue des professionnels**

Les « sources » : dossiers de candidature / questionnaires « établissement » / tests relatifs aux relevés individualisés des bénéficiaires / enquête relative aux actes de kinésithérapie et aux médicaments traceurs / enquête relative aux chutes / questionnaire auprès des bénéficiaires / entretiens auprès des professionnels

### **Méthode de l'enquête par entretien**

Recueil du point de vue des professionnels impliqués grâce à une enquête qualitative par entretien téléphoniques directifs (30minutes). Enquête réalisée auprès d'un échantillon d'une quinzaine de personnes.

L'échantillon est représentatif des établissements selon leur degré d'intégration du PASS. Une grille d'entretien est conçue pour chaque type de professionnels interviewés.

L'entretien aborde les thèmes suivants :

- La description et les modalités de mise en place du PASS
- Son intégration au projet d'établissement et aux projets de prise en charge individualisés
- Ses impacts directs et indirects
- Les conditions nécessaires et les freins à la pérennisation et/ou l'extension du PASS.

Les informations seront traitées de manière transversale, avec une analyse des forces et faiblesses (outil AFOM) du dispositif PASS.

Le traitement des informations garantit l'**anonymat** des personnes et des établissements.

# GRILLE \_ Directeurs d'établissements

## I. Description (AFOM)

- Motivation(s) à la mise en place du PASS
- Types d'activités proposées : individuelles/collectives, individualisées, groupe homogène, continuité de la participation
- Nombre d'heures hebdomadaires de(s) l' éducateur(s) sportif(s). Type d'engagement
- Accessibilité à des personnes âgées non hébergées
- Proposition d'autres activités APS (programme/actions ponctuelles)

## II. Modalités de mise en place du PASS (AFOM)

- Accompagnement de l'établissement pour la mise en œuvre du PASS (information en amont / présentation auprès du personnel / formation ou sensibilisation aux bienfaits de l'APS)
- Aspects techniques lors de la mise en œuvre du PASS (qualité du cahier des charges)
- Aspects financiers (installation des agrès, temps de travail pour le suivi de l'activité)
- Formation des éducateurs

## III. Intégration au projet d'établissement et aux projets de prise en charge individualisés (AFOM)

- Organisation/coordination du projet (réfèrent, groupe projet, implication du personnel)
- Participation particulière de l'équipe soignante
- Modalités de communication/transmission entre éducateur et autres membres du personnel (liens avec projet de prise en charge individualisé)
- Actions spécifiques envers le personnel (séances d'information, conseils sur une plage horaire spécifique...)
- Modalités de recrutement des personnes âgées (communication/proposition régulière aux résidents, décision de recrutement, concertation, tests médicaux)
- Place de l'éducateur dans le recrutement (effectif, homogénéité du groupe)
- Freins au recrutement (capacité de l'équipement, temps d'encadrement...)
- Intégration de personnes âgées non résidentes
- **Bilan de la mise en place et de l'intégration du PASS** : principaux atouts/faiblesses/opportunités/menaces

## IV. Impacts directs et indirects (AFOM)

- Pour les bénéficiaires (qualité de vie, sortie de l'enfermement sensoriel et social, maintien de l'autonomie,...)
- Sur les pratiques professionnelles (formation/sensibilisation, participation à l'action...)
- Sur le fonctionnement de l'établissement (coordination/complémentarités...)
- Sur les coûts (kiné, chutes...)
- D'autres effets non prévisibles initialement (positifs ou négatifs, développement d'autres projets, participation des familles...)

## V. Conditions nécessaires et freins à la pérennisation et/ou l'extension du PASS (AFOM)

- Atouts/faiblesses/opportunités/menaces pour la pérennisation de cette action et son extension
- Satisfaction/suggestions/remarques/propositions d'amélioration
- Intégration du PASS dans un programme APS/pratiques professionnelles quotidiennes/vie des résidents

# GRILLE \_ Educateurs sportifs

## I. Description

- Rôle et modalités d'intervention dans l'établissement dans le cadre du PASS (type d'engagement, activités proposées : individuelles/collectives, individualisées, groupe homogène, continuité de la participation... combinaison résident/éducateur/soignant, coordination, suivi...)

## II. Intégration au projet d'établissement et aux projets de prise en charge individualisés (AFOM)

- Relations avec le personnel de l'établissement (direction/soignants/autres)
- Degré de participation à l'organisation/coordination du projet
- Modalités de communication/transmission avec les membres du personnel (liens avec projet de prise en charge individualisé)
- Actions spécifiques envers le personnel (séances d'information, conseils sur une plage horaire spécifique...)
- Modalités de recrutement des personnes âgées (communication/proposition régulière aux résidents, décision de recrutement, concertation, tests médicaux)
- Place de l'éducateur dans le recrutement (effectif, homogénéité du groupe)
- Freins au recrutement (capacité de l'équipement, temps d'encadrement...)
- Intégration de personnes âgées non résidentes
- Participation à d'autres activités APS et complémentarité avec celles-ci
- **Bilan de l'intégration du PASS** : principaux atouts/faiblesses/opportunités/menaces

## III. Impacts directs et indirects (AFOM)

- Pour les bénéficiaires (qualité de vie, sortie de l'enfermement sensoriel et social, maintien de l'autonomie,...)
- Sur les pratiques professionnelles (séances d'informations, participation et rôle de l'équipe soignante...)
- Sur le fonctionnement de l'établissement (outils spécifiques de communication/transmission...)
- D'autres effets non prévisibles initialement (positifs ou négatifs, acceptabilité du PASS auprès du personnel...)

## IV. Conditions nécessaires et freins à la pérennisation et/ou l'extension du PASS (AFOM)

- Atouts/faiblesses/opportunités/menaces pour la pérennisation de cette action et son extension
- Satisfaction/suggestions/remarques/propositions d'amélioration
- Qualité de la formation vs. travail réel
- Intégration du PASS dans un programme APS/pratiques professionnelles quotidiennes/vie des résidents

# GRILLE \_ Soignants

## I. Description

- Rôle et modalités d'intervention dans l'établissement dans le cadre du PASS (type d'engagement, activités proposées: individuelles/collectives, individualisées, groupe homogène, continuité de la participation... combinaison résident/éducateur/soignant, coordination, suivi...)
- Motivation(s) à la participation au PASS (volontaire, contrainte...)

## II. Intégration au projet d'établissement et aux projets de prise en charge individualisés (AFOM)

- Relations avec le personnel de l'établissement (direction/soignants/autres)
- Degré de participation à l'organisation/coordination du projet
- Modalités de communication/transmission avec les membres du personnel (liens avec projet de prise en charge individualisé)
- Actions spécifiques envers le personnel (séances d'information, conseils sur une plage horaire spécifique...)
- Modalités de recrutement des personnes âgées (communication/proposition régulière aux résidents, décision de recrutement, concertation, tests médicaux)
- Place de l'éducateur dans le recrutement (effectif, homogénéité du groupe)
- Freins au recrutement (capacité de l'équipement, temps d'encadrement...)
- Intégration de personnes âgées non résidentes
- Participation à d'autres activités APS et complémentarité avec celles-ci
- **Bilan de l'intégration du PASS** : principaux atouts/faiblesses/opportunités/menaces

## III. Impacts directs et indirects (AFOM)

- Pour les bénéficiaires (qualité de vie, sortie de l'enfermement sensoriel et social, maintien de l'autonomie,...)
- Sur les pratiques professionnelles (formation/sensibilisation, participation à l'action...)
- Sur le fonctionnement de l'établissement (coordination/complémentarités...)
- Sur les coûts (kiné, chutes...)
- D'autres effets non prévisibles initialement (positifs ou négatifs, développement d'autres projets, participation des familles...)

## IV. Conditions nécessaires et freins à la pérennisation et/ou l'extension du PASS (AFOM)

- Atouts/faiblesses/opportunités/menaces pour la pérennisation de cette action et son extension
- Satisfaction/suggestions/remarques/propositions d'amélioration
- Intégration du PASS dans un programme APS/pratiques professionnelles quotidiennes/vie des résidents

Vertical line

# **Annexe 5 :**

# **Questionnaire "test**

# **d'autonomie (Tinetti)"**

**Partie réservée ORSB**

Code établissement : \_ \_

Numéro dossier : \_ \_ \_

**Recueil du test d'autonomie de Tinetti  
des résidents avant / après leur  
utilisation du PASS**

**Bénéficiaire 1**

1. Sexe            1.  homme      2.  femme

2. Age            |\_|\_|\_| ans

- Le test (ou score) de Tinetti est un moyen simple et reproductible d'évaluer l'autonomie et le risque de chute.
- La durée de passation est comprise entre 5 et 10 mn.
- Le test est réalisé en plusieurs étapes, détaillées dans les tableaux ci-après.
- Chaque question est « scorisée ». Le score final s'obtient par addition de l'ensemble des scores

**Test de Tinetti précédant ou au début  
de l'utilisation du PASS (date de référence)**

GIR actuel

Exercices		Score
<b>Le résidant est assis sur une chaise sans accoudoir</b>		
1. Equilibre en position assise :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· S'incline ou glisse sur sa chaise (sans accoudoir) = 0</li> <li>· Stable, sûr = 1</li> </ul>	
<b>On demande au résidant de se lever d'un fauteuil, si possible sans utiliser les accoudoirs</b>		
2. Se lever du fauteuil :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Incapable sans aide = 0</li> <li>· Capable mais utilise les bras pour s'aider = 1</li> <li>· Capable sans utiliser les bras = 2</li> </ul>	
3. Tentative de se lever :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Incapable sans aide = 0</li> <li>· Capable mais nécessite plusieurs tentative = 1</li> <li>· Capable de se lever après une seule tentative = 2</li> </ul>	
4. Equilibre immédiat en position debout (5 premières secondes) :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Instable (chancelant, oscillant, bouge les pieds) = 0</li> <li>· Stable mais nécessite une aide technique debout (cane, déambulateur, autre support) = 1</li> <li>· Stable en l'absence d'aide technique = 2</li> </ul>	
<b>Test de provocation de l'équilibre en position debout</b>		
5. Equilibre en position debout :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Instable = 0</li> <li>· Stable mais avec distance talons &gt; 10 cm (ou utilise une canne, un déambulateur...) = 1</li> <li>· Stable pieds joints (distance talons &lt; 10 cm) = 2</li> </ul>	
6. Au cours d'une poussée (résidant debout, l'examineur le pousse légèrement sur le sternum 3 fois) :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Commence à tomber = 0</li> <li>· Chancelle, s'agrippe mais maintient son équilibre = 1</li> <li>· Stable = 2</li> </ul>	
7. Debout les yeux fermés	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Instable = 0</li> <li>· Stable = 1</li> </ul>	
8. Rotation 360° :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Pas discontinus = 0</li> <li>· Pas continus = 1</li> </ul>	
9. Rotation 360° :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Instable (s'agrippe, chancelle) = 0</li> <li>· Stable = 1</li> </ul>	
<b>Le résidant doit s'asseoir sur sa chaise</b>		
10.	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Hésitant, se trompe sur la distance, se laisse tomber = 0</li> <li>· Utilise les bras ou le mouvement est brusque = 1</li> <li>· Stable, mouvement régulier = 2</li> </ul>	

8

<b>Le résidant doit marcher au moins 3 m, faire demi-tour et revenir vers la chaise en utilisant son aide technique habituelle (cane ou déambulateur)</b>		<b>Score</b>
11. Initiation de la marche (immédiatement après l'ordre de marcher) :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Hésitations ou tentatives multiples pour partir = 0</li> <li>· Sans hésitation = 1</li> </ul>	
12. Longueur et hauteur du pas : balancement du pied droit.		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Le pas ne dépasse pas le pied d'appui gauche = 0</li> <li>· Le pas dépasse le pied d'appui gauche = 1</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Le pied droit ne quitte pas complètement le sol = 0</li> <li>· Le pied droit quitte complètement le sol = 1</li> </ul>	
13. Longueur et hauteur du pas : balancement du pied gauche.		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Le pas ne dépasse pas le pied d'appui droit = 0</li> <li>· Le pas dépasse le pied d'appui droit = 1</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Le pied gauche ne quitte pas complètement le sol = 0</li> <li>· Le pied gauche quitte complètement le sol = 1</li> </ul>	
14. Symétrie des pas :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Inégalité entre la longueur des pas droit et gauche = 0</li> <li>· Egalité des pas droit et gauche = 1</li> </ul>	
15. Continuité des pas :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Arrêt ou discontinuité des pas = 0</li> <li>· Continuité des pas = 1</li> </ul>	
16. Trajectoire (sur environ 3m) :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Déviation nette d'une ligne imaginaire = 0</li> <li>· Légère déviation ou utilisation d'une aide technique = 1</li> <li>· Marche droit sans aide = 2</li> </ul>	
17. Stabilité du tronc :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Balancement marqué ou utilisation d'une aide technique = 0</li> <li>· Pas de balancement mais flexion dos ou genou ou balancement des bras = 1</li> <li>· Sans balancement ni flexion, sans utilisation aide technique = 2</li> </ul>	
18. Largeur des pas :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Talons et pieds séparés = 0</li> <li>· Talons ou pieds se touchant presque pendant la marche = 1</li> </ul>	
<b>SCORE FINAL : faire l'addition de l'ensemble des scores</b>		

**Test de Tinetti****Après une année d'utilisation du PASS****GIR actuel** 

<b>Exercices</b>		<b>Score</b>
<b>Le résidant est assis sur une chaise sans accoudoir</b>		
1. Equilibre en position assise :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· S'incline ou glisse sur sa chaise (sans accoudoir) = 0</li> <li>· Stable, sûr = 1</li> </ul>	
<b>On demande au résidant de se lever d'un fauteuil, si possible sans utiliser les accoudoirs</b>		
2. Se lever du fauteuil :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Incapable sans aide = 0</li> <li>· Capable mais utilise les bras pour s'aider = 1</li> <li>· Capable sans utiliser les bras = 2</li> </ul>	
3. Tentative de se lever :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Incapable sans aide = 0</li> <li>· Capable mais nécessite plusieurs tentative = 1</li> <li>· Capable de se lever après une seule tentative = 2</li> </ul>	
4. Equilibre immédiat en position debout (5 premières secondes) :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Instable (chancelant, oscillant, bouge les pieds) = 0</li> <li>· Stable mais nécessite une aide technique debout (cane, déambulateur, autre support) = 1</li> <li>· Stable en l'absence d'aide technique = 2</li> </ul>	
<b>Test de provocation de l'équilibre en position debout</b>		
5. Equilibre en position debout :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Instable = 0</li> <li>· Stable mais avec distance talons &gt; 10 cm (ou utilise une canne, un déambulateur...) = 1</li> <li>· Stable pieds joints (distance talons &lt; 10 cm) = 2</li> </ul>	
6. Au cours d'une poussée (résidant debout, l'examineur le pousse légèrement sur le sternum 3 fois) :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Commence à tomber = 0</li> <li>· Chancelle, s'agrippe mais maintient son équilibre = 1</li> <li>· Stable = 2</li> </ul>	
7. Debout les yeux fermés	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Instable = 0</li> <li>· Stable = 1</li> </ul>	
8. Rotation 360° :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Pas discontinus = 0</li> <li>· Pas continus = 1</li> </ul>	
9. Rotation 360° :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Instable (s'agrippe, chancelle) = 0</li> <li>· Stable = 1</li> </ul>	
<b>Le résidant doit s'asseoir sur sa chaise</b>		
10.	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Hésitant, se trompe sur la distance, se laisse tomber = 0</li> <li>· Utilise les bras ou le mouvement est brusque = 1</li> <li>· Stable, mouvement régulier = 2</li> </ul>	

10

<b>Le résidant doit marcher au moins 3 m, faire demi-tour et revenir vers la chaise en utilisant son aide technique habituelle (cane ou déambulateur)</b>		<b>Score</b>
11. Initiation de la marche (immédiatement après l'ordre de marcher) :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Hésitations ou tentatives multiples pour partir = 0</li> <li>· Sans hésitation = 1</li> </ul>	
12. Longueur et hauteur du pas : balancement du pied droit.		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Le pas ne dépasse pas le pied d'appui gauche = 0</li> <li>· Le pas dépasse le pied d'appui gauche = 1</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Le pied droit ne quitte pas complètement le sol = 0</li> <li>· Le pied droit quitte complètement le sol = 1</li> </ul>	
13. Longueur et hauteur du pas : balancement du pied gauche.		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Le pas ne dépasse pas le pied d'appui droit = 0</li> <li>· Le pas dépasse le pied d'appui droit = 1</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Le pied gauche ne quitte pas complètement le sol = 0</li> <li>· Le pied gauche quitte complètement le sol = 1</li> </ul>	
14. Symétrie des pas :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Inégalité entre la longueur des pas droit et gauche = 0</li> <li>· Égalité des pas droit et gauche = 1</li> </ul>	
15. Continuité des pas :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Arrêt ou discontinuité des pas = 0</li> <li>· Continuité des pas = 1</li> </ul>	
16. Trajectoire (sur environ 3m) :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Déviation nette d'une ligne imaginaire = 0</li> <li>· Légère déviation ou utilisation d'une aide technique = 1</li> <li>· Marche droit sans aide = 2</li> </ul>	
17. Stabilité du tronc :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Balancement marqué ou utilisation d'une aide technique = 0</li> <li>· Pas de balancement mais flexion dos ou genou ou balancement des bras = 1</li> <li>· Sans balancement ni flexion, sans utilisation aide technique = 2</li> </ul>	
18. Largeur des pas :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Talons et pieds séparés = 0</li> <li>· Talons ou pieds se touchant presque pendant la marche = 1</li> </ul>	
<b>SCORE FINAL : faire l'addition de l'ensemble des scores</b>		

# **Annexe 6 :**

# **Questionnaire "chutes"**

**FICHE ÉTABLISSEMENT**

**Renseignements à compléter et à nous ré-adresser  
avec les dossiers relatifs aux chutes de chacun des 15 bénéficiaires inclus**

↪ **Nom et commune de l'établissement**

.....

↪ **Nom, fonction et coordonnées de la personne ayant recueilli les données**

**Nom, prénom :** .....

**Fonction :** .....

**Coordonnées téléphoniques :** | | | | | | | | | |

**Mail :** .....@.....

**DATE DE REFERENCE = DATE DE MISE EN PLACE DU PASS**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>Partie réservée ORSB</b> Code établissement : __ Numéro dossier : __ __	<b>Recueil des chutes des résidents avant / après leur utilisation du PASS</b>
--	--

**Bénéficiaire 1**

1. Sexe            1.  homme      2.  femme

2. Age            |\_|\_|\_| ans

- **Si les chutes du résidant sont en nombre inférieur ou égal à 5** pour chacun des deux temps (avant et après une année d'utilisation du PASS), compléter les fiches ci-après.
  
- **Si les chutes du résidant sont en nombre supérieur à 5** pour l'un et/ou l'autre des deux temps, vous renseignez tout d'abord le nombre total de chute puis, pour les descriptif des chutes, vous sélectionnez les 5 chutes ayant eu les conséquences les plus importantes pour le résidant.

**Chutes du résident 1**  
**précédant son utilisation du PASS**  
**(période de référence)**

⇒ Nombre total de chutes au cours de la **période de référence** :  
durant les 6 mois précédant l'utilisation du PASS par le résident

⇒ GIR actuel

## Chute 1 : période de référence (6 mois avant)

### 1. Traumatisme physique subi

1.  Traumatisme mineur (atteinte superficielle de la peau : hématome sous-cutané, excoriation de l'épiderme,...)
2.  Traumatisme modéré (tassement des vertèbres, fracture de côtes,...)
3.  Traumatisme sévère (fracture fémorale, hématome extra et/ou sous-duraux, contusion et/ou hématome cérébraux, traumatisme crânien, lacération cutanée de grande taille et/ou profonde,...)
4.  Ne sais pas

### 2. Si le traumatisme physique subi est sévère, le résidant a t'il été victime (plusieurs réponses possibles) :

1.  d'une fracture fémorale
2.  d'un traumatisme crânien
3.  ne sais pas

### 3. Prise en charge médicale consécutive à la chute (plusieurs réponses possibles)

1.  chute n'ayant pas nécessité de prise en charge médicalisée
2.  médecin
3.  hospitalisation → nombre de jours : |\_|\_|
4.  ne sais pas

## Chute 2 : période de référence (6 mois avant)

### 1. Traumatisme physique subi

1.  Traumatisme mineur (atteinte superficielle de la peau : hématome sous-cutané, excoriation de l'épiderme,...)
2.  Traumatisme modéré (tassement des vertèbres, fracture de côtes,...)
3.  Traumatisme sévère (fracture fémorale, hématome extra et/ou sous-duraux, contusion et/ou hématome cérébraux, traumatisme crânien, lacération cutanée de grande taille et/ou profonde,...)
4.  Ne sais pas

### 2. Si le traumatisme physique subi est sévère, le résidant a t'il été victime (plusieurs réponses possibles) :

1.  d'une fracture fémorale
2.  d'un traumatisme crânien
3.  ne sais pas

### 3. Prise en charge médicale consécutive à la chute (plusieurs réponses possibles)

1.  chute n'ayant pas nécessité de prise en charge médicalisée
2.  médecin
3.  hospitalisation → nombre de jours : |\_|\_|
4.  ne sais pas

**Chutes du résidant 1**  
**après une année d'utilisation du PASS**

(période action)

⇒ Nombre total de chutes au cours de la période action :  
durant les 6 mois précédant la date anniversaire de la première année d'utilisation du PASS    |\_\_|

⇒ GIR actuel    |\_\_|

**Commentaires :**

Veillez indiquer ci-dessous par écrit les éléments susceptibles d'être intervenus au résidant entre les deux recueils (décès, déménagement....), empêchant de remplir la suite du questionnaire (période action)

## Chute 1 : période action (après un an d'utilisation du PASS)

### 1. Traumatisme physique subi

1.  Traumatisme mineur (atteinte superficielle de la peau : hématome sous-cutané, excoriation de l'épiderme,...)
2.  Traumatisme modéré (tassement des vertèbres, fracture de côtes,...)
3.  Traumatisme sévère (fracture fémorale, hématome extra et/ou sous-duraux, contusion et/ou hématome cérébraux, traumatisme crânien, laceration cutanée de grande taille et/ou profonde,...)
4.  Ne sais pas

### 2. Si le traumatisme physique subi est sévère, le résidant a-t'il été victime (plusieurs réponses possibles) :

1.  d'une fracture fémorale
2.  d'un traumatisme crânien
3.  ne sais pas

### 3. Prise en charge médicale consécutive à la chute (plusieurs réponses possibles)

1.  chute n'ayant pas nécessité de prise en charge médicalisée
2.  médecin
3.  hospitalisation → nombre de jours : |\_|\_|
4.  ne sais pas

## Chute 2 : période action (après un an d'utilisation du PASS)

### 1. Traumatisme physique subi

1.  Traumatisme mineur (atteinte superficielle de la peau : hématome sous-cutané, excoriation de l'épiderme,...)
2.  Traumatisme modéré (tassement des vertèbres, fracture de côtes,...)
3.  Traumatisme sévère (fracture fémorale, hématome extra et/ou sous-duraux, contusion et/ou hématome cérébraux, traumatisme crânien, laceration cutanée de grande taille et/ou profonde,...)
4.  Ne sais pas

### 2. Si le traumatisme physique subi est sévère, le résidant a-t'il été victime (plusieurs réponses possibles) :

1.  d'une fracture fémorale
2.  d'un traumatisme crânien
3.  ne sais pas

### 3. Prise en charge médicale consécutive à la chute (plusieurs réponses possibles)

1.  chute n'ayant pas nécessité de prise en charge médicalisée
2.  médecin
3.  hospitalisation → nombre de jours : |\_|\_|
4.  ne sais pas

Vertical line

# **Annexe 7 :**

# **Grille de recueil**

# **des consommations**

# **de soins**

Numéro du résident *	Numéro sécurité sociale (NIR)	Date de naissance	GIR	Sexe (m/f)	Période référence (6 mois avant date mise en service PASS)			Période action (rétro sur 6 mois après une année utilisation du PASS)			
					Montant dépense anxyolittique	Montant dépense hypnotique	Montant dépense antidépresseur	Montant dépense anxyolittique	Montant dépense hypnotique	Montant dépense antidépresseur	Montant dépense actes kinésithérapie
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

Date de mise en service du PASS (date de référence de l'évaluation)	
Nom de l'établissement	

Merci de bien vouloir :

- 1) Renseigner les variables ou les éléments surlignés en jaune
- 2) Remplir le fichier en lui donnant le nom de l'établissement
- 3) Réadresser le fichier à l'assurance maladie aux adresses

marie-laure.nevez@erpi-bretagne.commbs.fr  
 sylvie.thieud-blandel@erpi-bretagne.commbs.fr

\* Inclusion de personnes uniquement : au régime général ET affiliées à une caisse bretonne

# **Annexe 8 : détail des médicaments retenus pour l'étude des consommations de soins**

**Détail des médicaments retenus pour l'étude des consommations de soins  
selon leur classe ATC (niveaux 4 et 5) \***

ATC4	Libellé ATC4	ATC5	Libellé ATC5
N05B	ANXIOLYTIQUES	N05B1	HYPNOTIQUES NON BARBITURIQUES NON ASSOCIES
		N05B2	HYPNOTIQUES NON BARBITURIQUES EN ASSOCIATION
		N05B3	HYPNOTIQUES BARBITURIQUES NON ASSOCIES
		N05B4	HYPNOTIQUES BARBITURIQUES EN ASSOCIATION
		N05B5	HYPNOTIQUES, SEDATIFS EN PHYTOTHERAPIE
N05C	HYPNOTIQUES ET SEDATIFS	N05C	TRANQUILLISANTS
N06A	ANTIDEPRESSEURS	N06A3	NORMOTHYMIQUES
		N06A4	ANTIDEPRESSEURS INHIBITEURS SELECTIFS DE LA RECAPTURE DE LA SEROTONINE (SSRI)
		N06A5	ANTIDEPRESSEURS INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SEROTONINE ET DE LA NORADRENALINE
		N06A9	AUTRES ANTIDEPRESSEURS

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

**\* Définition de la classe ATC :**

Le système de classification ATC (Anatomique, Thérapeutique, Chimique) est un système européen de classification des médicaments établi par le groupe de recherche sur l'utilisation des médicaments de l'OMS.

Le système de classification ATC divise les médicaments en groupes différents selon leur site d'action et leurs propriétés thérapeutiques et chimiques.

Les médicaments sont classés en groupes à 5 niveaux différents :

- Le 1<sup>er</sup> niveau, ou niveau principal, est le niveau anatomique (c'est-à-dire le corps humain) (1 lettre)
- Le 2<sup>e</sup> niveau est le sous groupe désignant le principal usage thérapeutique (2 chiffres)
- Le 3<sup>e</sup> niveau correspond à un sous groupe thérapeutique plus spécifique (1 lettre)
- Le 4<sup>e</sup> niveau est le sous groupe chimique/thérapeutique (1 lettre)
- Le 5<sup>e</sup> et dernier niveau est la substance chimique simple, c'est-à-dire le principe actif ou l'association de principe actif contenu dans le médicament (2 chiffres).

La traduction française est effectuée par le Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament, et publiée au BOMES (Bulletin Officiel du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité).

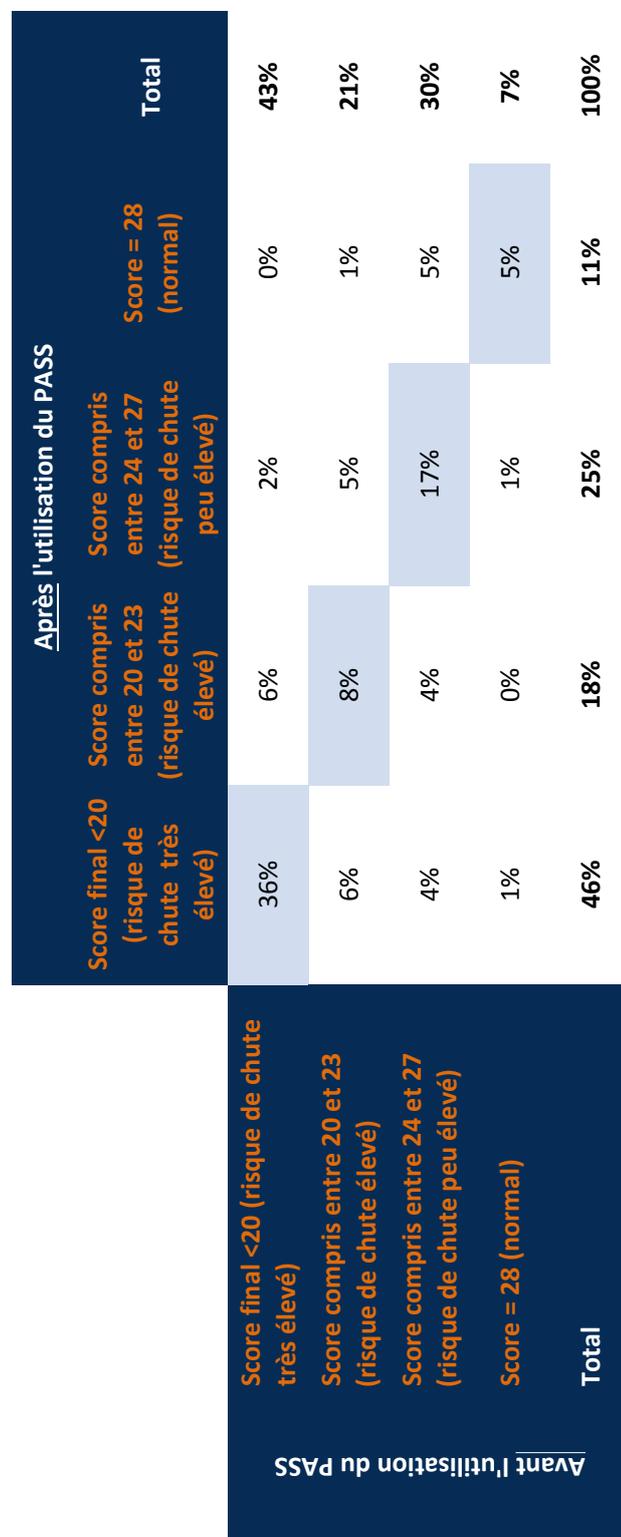
**Détail des médicaments retenus pour l'étude des consommations de soins  
selon leur classe ATC de niveau 7 (c'est-à-dire les molécules concernées)**

ATC7	Libellé ATC7
N05BA01	DIAZEPAM
N05BA04	OXAZEPAM
N05BA05	CLORAZEPATE POTASSIQUE
N05BA06	LORAZEPAM
N05BA08	BROMAZEPAM
N05BA09	CLOBAZAM
N05BA11	PRAZEPAM
N05BA12	ALPRAZOLAM
N05BA16	NORDAZEPAM
N05BA18	ETHYLE LOFLAZEPATE
N05BA21	CLOTIAZEPAM
N05BA23	TOFISOPAM
N05BB01	HYDROXYZINE
N05BB02	CAPTODIAME
N05BC01	MEPROBAMATE
N05BC51	MEPROBAMATE EN ASSOCIATION
N05BE01	BUSPIRONE
N05BX03	ETIFOXINE
N05C	HYPNOTIQUES ET SEDATIFS (PHYTOTHERAPIE)
N05CA03	BUTOBARBITAL
N05CA22	PROXIBARBAL
N05CB02	BARBITURIQUES EN ASSOCIATION AVEC D'AUTRES SUBSTANCES
N05CD02	NITRAZEPAM
N05CD03	FLUNITRAZEPAM
N05CD04	ESTAZOLAM
N05CD05	TRIAZOLAM
N05CD06	LORMETAZEPAM
N05CD07	TEMAZEPAM
N05CD11	LOPRAZOLAM
N05CF01	ZOPICLONE
N05CF02	ZOLPIDEM
N05CM	AUTRES HYPNOTIQUES ET SEDATIFS
N05CM05	SCOPOLAMINE
N05CM09	VALERIANE
N05CM11	BROMURES
N05CM16	NIAPRAZINE
N05CX	CLORAZEPATE DIPOTASSIQUE + ACEPROMAZINE
N05CX01	MEPROBAMATE + VALERIANE
N06AA01	DESIPRAMINE
N06AA02	IMIPRAMINE
N06AA04	CLOMIPRAMINE
N06AA05	OPIPRAMOL
N06AA06	TRIMIPRAMINE
N06AA09	AMITRIPTYLINE
N06AA12	DOXEPINE
N06AA16	DOSULEPINE
N06AA17	AMOXAPINE
N06AA19	AMINEPTINE
N06AA21	MAPROTILINE
N06AA23	QUINUPRAMINE
N06AB03	FLUOXETINE
N06AB04	CITALOPRAM
N06AB05	PAROXETINE
N06AB06	SERTRALINE
N06AB08	FLUVOXAMINE
N06AB10	ESCITALOPRAM
N06AF05	IPRONIAZIDE
N06AG02	MOCLOBEMIDE
N06AG03	TOLOXATONE
N06AX01	OXITRIPTAN
N06AX03	MIANSERINE
N06AX09	VILOXAZINE
N06AX11	MIRTAZAPINE
N06AX14	TIANEPTINE
N06AX16	VENLAFAXINE
N06AX17	MILNACIPRAN
N06AX21	DULOXETINE
N06AX22	AGOMELATINE

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

Vertical line

# **Annexe 9 : Répartition des bénéficiaires (en %) selon leur score au test de Tinetti "avant" et "après" l'utilisation du PASS**



Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

# **Annexe 10 : Tableaux de synthèse relatifs aux consommations de soins avant et après l'utilisation du PASS**

**Tableau de synthèse relatif aux consommations avant et après utilisation du PASS : coût moyen par bénéficiaire rapporté au nombre de patients consommants avant et/ou après\***

Consommation	Pendant 6 mois <u>avant</u> la première utilisation du PASS			Pendant 6 mois <u>après</u> une année d'utilisation du PASS, c'est à dire au cours des 6 mois précédant la date anniversaire d'une année d'utilisation du PASS			Différence ("après" - "avant")		
	Nb de bénéficiaires inclus	Coût total	Coût moyen par bénéficiaire	Nb de bénéficiaires inclus	Coût total	Coût moyen par bénéficiaire	Coût total	Coût moyen par bénéficiaire	Evolution relative du coût moyen par bénéficiaire
Antidépresseurs	130	7 426	57	130	6 725	52	-701	-5	-9%
Anxiolytiques	130	2 063	16	130	1 775	14	-288	-2	-13%
Hypnotiques	130	1 309	10	130	1 158	9	-151	-1	-10%
<b>TOTAL thérapeutiques</b>	<b>130</b>	<b>10 798</b>	<b>83</b>	<b>130</b>	<b>9 658</b>	<b>74</b>	<b>-1 140</b>	<b>-9</b>	<b>-11%</b>

\*soit 130 consommants (correspond aux 160 bénéficiaires inclus dans le recueil moins 30 non consommants sur les deux périodes à la fois)

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

**Tableau de synthèse relatif aux consommations avant et après utilisation du PASS : coût moyen par bénéficiaire rapporté au nombre de patients consommants avant puis après**

Consommation	Pendant 6 mois <u>avant</u> la première utilisation du PASS			Pendant 6 mois <u>après</u> une année d'utilisation du PASS, c'est à dire au cours des 6 mois précédant la date anniversaire d'une année d'utilisation du PASS			Différence ("après" - "avant")		
	Nb de bénéficiaires consommant	Coût total	Coût moyen par bénéficiaire	Nb de bénéficiaires consommant	Coût total	Coût moyen par bénéficiaire	Coût total	Coût moyen par bénéficiaire	Evolution relative du coût moyen par bénéficiaire
Antidépresseurs	117	7 426	63	123	6 725	55	-701	-8,0	-13%
Anxiolytiques	117	2 063	18	123	1 775	14	-288	-4,0	-22%
Hypnotiques	117	1 309	11	123	1 158	9	-151	-2,0	-18%
<b>TOTAL thérapeutiques</b>	<b>117</b>	<b>10 798</b>	<b>92</b>	<b>123</b>	<b>9 658</b>	<b>79</b>	<b>-1 140</b>	<b>-13</b>	<b>-14%</b>

Source : Evaluation PASS - Exploitation ORS Bretagne

