SPORT-SANTÉ : DISPENSER UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE POUR LES PERSONNES EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Alors que la loi santé ouvre la pratique de l'activité physique « sur ordonnance », la C3D s'est impliquée tout au long du dispositif législatif et réglementaire pour que les professionnels formés dans la filière APA-Santé soient pleinement reconnus.

Depuis mars 2017, les médecins traitants peuvent prescrire une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical de leurs patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). Cette possibilité a été introduite par l'article 144 de la loi de modernisation du système de santé du 26/01/2016, mise en application par un décret et opérationnalisée par une instruction ministérielle **(encadré 1)**. Il s'agit d'une avancée historique pour les 10 millions de personnes malades chroniques appelées à bénéficier d'une thérapeutique non-médicamenteuse dont les bénéfices ne sont plus à démontrer.

Engagés depuis plus de 35 ans dans le projet de répondre par l'activité physique adaptée (APA) aux besoins spécifiques de publics malades, avancés en âge et/ou en situation de handicap, les professionnels formés dans la filière APA-santé des universités STAPS, et leurs formateurs, ne peuvent que se réjouir de ce nouveau dispositif qui reconnaît et vient conforter leur spécificité.

Dans cette phase de transformation et de reconnaissance législative et réglementaire, il était important que le concept d'APA ne soit pas dilué dans une approche généralisée à tous les professionnels du sport, des activités physiques et sportives, ou de la mise en exercice du corps. Définie au niveau international, l'APA structure les formations et les pratiques professionnelles spécifiques et ne saurait se réduire à une compétence « transversale » voire « d'éducation thérapeutique », que les professionnels, parfois même éloignés, pourraient acquérir par une courte formation complémentaire. La C3D s'est d'autant plus impliquée dans différentes instances de concertation durant ces trois dernières années qu'elle

Textes de référence et ressources documentaires

1

Loi n° 2016-41 du 26/01/2016 de modernisation de notre système de santé
Chapitre III (innover pour la qualité des pratiques, le bon usage du médicament et la sécurité des soins), Prescription d'activité physique : art. L. 1172-1 : « *Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient (…) Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par décret* ».

Décret n° 2016-1990 du 30/12/2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.
JORF n° 304 du 31/12/2016.

Instruction interministérielle du 3/03/2017, relative à la mise en œuvre des articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.
Réf. DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81.

Rapport du groupe de travail présidé par le professeur Xavier Bigard « *Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques : quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ?* »
Remis au directeur général de la santé le 20/06/2016, consultable sur : social-sante.gouv.fr.

Photo : Archives C3D

© Editions EP&S 2018. Tous droits de reproduction et de représentation réservés. Reproduction interdite.

a participé depuis la structuration de cette filière à promouvoir une spécialité professionnelle où l'activité physique constitue une véritable passerelle entre le médical et le social.

L'implication de la C3D dans la construction d'un nouveau dispositif

En janvier 2015, la C3D a été conviée à participer à un groupe de travail sous la présidence du professeur Xavier Bigard, président de la Société française de médecine de l'exercice et du sport (SFMES) et expert auprès de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). Inscrit dans les actions du Plan sport-santé-bien être et du Programme national nutrition-santé, ce groupe avait pour mission de proposer un référentiel des compétences exigibles des professionnels de l'activité physique pour qu'ils puissent *« prendre en charge des porteurs de maladies chroniques dans les meilleures conditions possibles de sécurité »*. Il s'agissait également de définir les formations professionnelles délivrant ces compétences identifiées ou d'autres compétences complémentaires. Ce groupe de travail, installé dès 2015, bien avant le vote de la loi, a réuni pendant plus d'une année des représentants des administrations centrales (DGESIP, DGS, ministère des Sports), de sociétés savantes (SFMES, Association francophone en activités physiques adaptées-AFAPA), des professionnels paramédicaux (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes), des médecins du sport ainsi que des associations de patients et de l'Institut national du cancer. Malgré nos demandes renouvelées, nous n'avons pas obtenu qu'un représentant des professionnels de l'APA, via la Société française des professionnels en APA intègre le groupe de travail, la SFP-APA étant seulement auditionnée.
Le rapport de cette commission, remis le 20/06/2016 comporte deux documents décisifs :
• un tableau des phénotypes fonctionnels, permettant de distinguer des publics cibles à partir d'un niveau de limitation pour l'ensemble des fonctions locomotrices, cérébrales et sensorielles ;
• un tableau des compétences requises pour intervenir selon les niveaux de limitation.
Un second groupe de travail, présidé par le professeur Benoît Vallet, directeur général de la santé, a succédé à la commission du professeur Bigard, dans une composition considérablement élargie, afin de faire des propositions pour la rédaction du décret d'application prévu par la loi de 2016, qui est entré en vigueur le 1er mars 2017. Il souligne, d'une part, que c'est bien au médecin traitant de qualifier les limitations fonctionnelles du patient en vue d'établir la prescription d'activité physique, et, d'autre part, les trois catégories de professionnels vers lesquels ils seront orientés :
• les professionnels de santé (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens) ;
• les professionnels de l'APA, titulaires d'un diplôme universitaire dans le domaine de l'APA, selon les règles fixées le Code de l'éducation (article L. 613-1) ;
• les professionnels qualifiés dont les éducateurs sportifs titulaires d'un brevet professionnel (BPJEPS), d'un certificat de qualification professionnelle (CQP) ou les moniteurs formés par les fédérations et figurant dans un arrêté (non publié à ce jour).
Toutefois, ce décret a réduit les propositions initiales en ne distinguant que deux catégories de limitation fonctionnelles :
• celles considérées comme sévères pour les patients porteurs d'ALD au regard des altérations fonctionnelles, sensorielles, cérébrales et du niveau de douleur ressentie, en précisant que seuls les professionnels de santé (masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens et ergothérapeutes) et, dès qu'une évolution de la limitation est constatée par le médecin traitant, les titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'APA, peuvent intervenir en complémentarité ;
• les autres limitations qu'elles soient modérées, minimes, voire absentes.
L'instruction aux Agences régionales de santé (ARS) et aux Directions régionales de la jeunesse et des sports (DRJSCS) en date 3/03/2017, doit faciliter la mise en œuvre et l'accessibilité du dispositif dans les territoires. Elle est accompagnée d'un guide donnant aux services de l'État et aux structures et professionnels de santé, médico-sociaux et du sport, *« des outils pour :*
• faciliter la prescription de cette activité par le médecin traitant ;
• recenser les offres locales d'activités physiques et sportives et d'interventions en activité physique adaptée à la pathologie ;
• construire le cas échéant des systèmes intégrés de nature à formaliser cette offre ;
• contribuer à mobiliser des financements pour favoriser l'existence et le développement de cette offre, et la faire connaître des médecins traitants et des patients ».

Posture collective et prises de position de la C3D

Au sein du groupe de travail présidé par le professeur Bigard, une étroite collaboration s'est installée entre les représentants de la C3D et de l'AFAPA, en relation avec les autres membres. La C3D s'est positionnée comme un acteur collectif représentant la formation universitaire en STAPS, et plus précisément, défendant la spécificité de la filière APA-Santé. Elle s'est donc attachée à veiller au respect des prérogatives des titulaires de la licence STAPS parcours APA-Santé ou d'un master mention STAPS APA-santé dont l'activité se déroule de manière autonome et exclusive auprès de tout public dont ceux présentant l'altération d'une fonction et les personnes souffrant de maladies chroniques dont certaines létales, conformément au Code du sport[1] et à la fiche RNCP[2] **(encadré 2)**.
La C3D a assumé cette posture sans renier ses liens avec d'autres écologies

Compétences nécessaires aux professionnels habilités à dispenser l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant aux patients atteints d'affections de longue durée

2

1. Assurer l'éducation pour la santé et/ou participer à une éducation thérapeutique.
2. Savoir réaliser l'évaluation initiale de la situation du patient, en incluant l'identification de freins, leviers et de facteurs motivationnels.
3. Être capable de concevoir, co-construire et planifier un programme d'activité physique individualisé et pertinent qui soit adapté à l'état de santé de la personne.
4. Savoir mettre en œuvre un programme (conduite du programme, évaluation de la pratique, détection des signes d'intolérance et retour vers le prescripteur, savoir individualiser la pratique).
5. Savoir évaluer à moyen terme un programme (disposer des capacités à dialoguer entre les acteurs, évaluer les bénéfices attendus du programme, retour vers le patient et les autres professionnels).
6. Savoir réagir face à un accident au cours de la pratique.
7. Connaître les caractéristiques très générales des principales pathologies chroniques.

© Éditions EP&S 2018. Tous droits de reproduction et de représentation réservés. Reproduction interdite.

professionnelles[3], qu'elles soient celles de la recherche (la 74e section du CNU, AFAPA), des professions déployées à partir des diplômes (SFP-APA) ou des représentants des « formés » (ANESTAPS). Elle a ainsi, dès la phase de négociation préparatoire au décret, proposé à ces différents acteurs de fonctionner en consortium en assurant la coordination des échanges et des prises de position communes.

Cette démarche s'est avérée d'autant plus nécessaire que le lobbying de certains, en particulier l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, risquait de voir minorées les compétences particulières des professionnels de l'APA-santé auprès de publics les plus fragiles. Leur objectif principal étant d'obtenir la compétence à réaliser l'évaluation fonctionnelle initiale pour devenir les « prescripteurs » de l'APA qui aurait, *in fine*, placé les enseignants en APA-santé dans une position de subordination de ces professions paramédicales.

C'est ainsi que nous avons interpellé publiquement M. Touraine, alors ministre de la Santé, directement ou par l'intermédiaire des députés et sénateurs, nationalement via les commissions des affaires sociales (Assemblée nationale et Sénat), et localement, pour faire connaître la position commune des représentants des éducateurs en APA-Santé.

Un second point de revendication a émergé lorsque le seuil de 150 m de marche a été proposé comme indicateur des limitations fonctionnelles. En effet cet indicateur, exceptionnellement normatif au regard des autres items (aucun autre n'est ainsi quantifié), ne repose sur aucune donnée scientifique et est redondant avec l'endurance à l'effort et plusieurs autres signes cliniques répertoriés. En outre, et c'est pour nous un argument majeur, cet indicateur est source de profonde discrimination puisqu'il exclut les personnes en situation de handicap de toute pratique physique adaptée. Outre les membres du consortium, nous avons été rejoints sur cette revendication par les ergothérapeutes et les associations de patients qui ont compris les risques d'une telle définition… sans pourtant obtenir gain de cause.

La cohésion du consortium STAPS-APA a été maintenue tout au long des négociations et les rencontres avec les différents acteurs (institutionnels, politiques, professionnels, universitaires, etc.) ont été nombreuses avant que les arbitrages ne soient réalisés. Nos attentes étaient élevées, à la hauteur de nos ambitions et de nos exigences de formation. Si nous avons bénéficié d'une écoute attentive, en particulier des représentants de différentes

institutions qui ont reconnu les compétences des professionnels formés en APA-santé, ils nous ont aussi opposé la nécessité, pour toute politique publique d'être en capacité de répondre aux besoins des populations sur l'ensemble du territoire national : nos estimations d'une dizaine de milliers d'enseignants en APA-santé potentiels pour répondre au déploiement du sport sur ordonnance, peu implantés dans les territoires ruraux, face à plus de 92 000 masseurs kinésithérapeutes ou 130 000 éducateurs sportifs, ont joué en notre défaveur.

La C3D ressort de cette longue et éprouvante période de négociation (l'AFAPA a d'ailleurs choisi de quitter la table des discussions au début du travail sur l'instruction ministérielle et de déposer, en vain, un recours devant le Conseil d'État) avec la déception de ne pas avoir obtenu gain de cause sur toutes les revendications qu'elle a porté en son nom et au nom du consortium. Elle se trouve toutefois confortée du soutien reçu par les institutions, par la reconnaissance de ses compétences spécifiques tant scientifiques que professionnelles et par l'affirmation de la capacité d'intervention en autonomie de l'enseignant en APA-santé dans le secteur médical. Nous estimons que les gains de cette expérience restent bien supérieurs aux déceptions : pour la première fois, les diplômes universitaires APA-santé de la filière STAPS sont inscrits dans le Code de la santé publique avec des prérogatives spécifiques auprès des publics les plus fragiles, relativement aux éducateurs sportifs et autres intervenants en APS. Les formations en APA-santé ressentent déjà les bénéfices de cette loi qui démultiplient les demandes de stagiaires et ouvrent les possibilités de professionnalisation des étudiants. Les collaborations se développent également dans les cabinets de masseurs kinésithérapeutes qui emploient à présent des éducateurs sportifs qualifiés en APA-santé.

Nous sommes aujourd'hui des acteurs repérés dans l'espace social du sport-santé-bien être au niveau institutionnel (ministère, établissements sanitaires et médico-sociaux) comme dans la société civile et l'expérience du consortium devrait permettre de renforcer notre pouvoir d'action, si toutefois les différents acteurs collectifs en gardent la pleine conscience. Pour cela, nous devons veiller à rester unis et cohérents, au sein de notre propre espace mais également dans nos collaborations avec les ministères, et en particulier celui des sports, mais dans les partenariats et des dispositifs d'accompagnement qui se développent à l'échelon local.

Claire Perrin,
MdC-HDR, UFR STAPS de Lyon,
Chargée de mission C3D.

1. Encadrement et animation auprès de tout public des activités physiques ou sportives à un niveau d'initiation, d'entretien ou de loisir. Encadrement des activités physiques ou sportives à destination de différents publics dans une perspective de prévention-santé ou de réadaptation ou d'intégration de personnes présentant l'altération d'une fonction physique ou psychique.

2. Le professionnel a pour vocation de participer à la conception, la conduite et l'évaluation de programmes de réadaptation et d'intégration par l'APA auprès de groupes de personnes relevant des catégories suivantes : troubles fonctionnels et métaboliques, troubles sensoriels et moteurs, troubles du comportement et de la personnalité, déficiences intellectuelles, inadaptation sociale, troubles liés au vieillissement, maladies chroniques ou létales… Le professionnel a pour mission de participer à la conception, la conduite et l'évaluation de programmes de prévention, de suivi et d'éducation pour la santé par l'APA auprès de tout public.

3. Abbott A., « Écologies liées : à propos du système des professions », in Menger P.-M. *Les professions et leurs sociologies*, Maison des sciences de l'homme, 2003.

© Éditions EP&S 2018. Tous droits de reproduction et de représentation réservés. Reproduction interdite.