



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



LETTRE À LA RÉDACTION

Quid des enseignants en activité physique adaptée dans les établissements de soins de suite et de réadaptation en 2013 ?

What about teachers in adapted physical activity in rehabilitation centre in 2013?

T. Guiraud^{a,b,*}, Y. Darolles^c, F. Sanguinol^f, M. Labrunée^{a,d},
A. Pathak^a, V. Gremeaux^e, L. Bosquet^g

^a Inserm U1048, équipe 8, I2MC, 1, avenue Jean-Poulhès, 31059 Toulouse cedex 9, France

^b Clinique de Saint-Orens, SSR cardiovasculaire et pulmonaire, 12, avenue de Revel, 31650 Saint-Orens de Gameville, France

^c Réseau régional de santé respiratoire Partn'air, 31650 Saint Orens de Gameville, France

^d Unité ambulatoire, SSR cardiovasculaire, CHU de Toulouse 1, avenue Jean-Poulhès, 31059 Toulouse cedex 9, France

^e Pôle rééducation-réadaptation, CHU de Dijon, 21000 Dijon, France

^f Clinique du château de Vernhes, SSR digestif, métabolique et endocrinien, 31340 Bondigoux, France

^g Laboratoire MOVE (EA 6314), faculté des sciences du sport, université de Poitiers, 86000 Poitiers, France

Reçu le 20 mars 2013 ; accepté le 8 juin 2013

MOTS CLÉS

SSR ;
Réentraînement à
l'effort ;
Éducation
thérapeutique

Résumé

Objectifs. – Documenter le métier d'enseignant en activité physique adaptée (APA) dans les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) et proposer des pistes d'améliorations afin de mieux structurer cette profession et le service rendu dans les établissements SSR.

Actualités. – Les enseignants en APA interviennent dans les trois principaux axes de prise en charge proposés par les SSR (réentraînement à l'effort, éducation thérapeutique et soutien psycho-comportemental), ce qui constitue une caractéristique motivant leur recrutement pour les services des ressources humaines.

Perspectives et projets. – Ce métier présente encore un certain nombre de limites organisationnelles, de problèmes de reconnaissance institutionnelle, et une hétérogénéité dans les formations universitaires diplômantes.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : t.guiraud@clinique-saint-orens.fr (T. Guiraud).

KEYWORDS

SSR;
Exercice training;
Therapeutical
education

Conclusion. – Si les enseignants en APA font partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire, il apparaît urgent d'inscrire ce métier dans les conventions collectives des établissements de santé et d'utiliser une seule dénomination pour définir ce métier.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Objectives. – To document the profession of teachers in adapted physical activity (APA) in rehabilitation centre (SSR) and suggest possible improvements to better structure the profession and the management in these SSR.

News. – APA teachers involved in the three main areas of support provided by the SSR (exercise training, therapeutic education and psycho-behavioral support), which is a characteristic motivating recruitment services by human resources.

Perspectives. – This profession still has a number of organizational limits, problems of institutional recognition, and heterogeneity in university education.

Conclusion. – If the APA teachers are an integral part of the multidisciplinary team, it is urgent to put this profession in the collective agreements of health facilities and to use a single name to identify the job.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le métier d'enseignant en activité physique adaptée (APA), terme usuel que nous choisirons pour définir les professionnels de ce secteur, devient de plus en plus répandu dans le milieu de la santé. Son rôle consiste à effectuer des actes d'évaluation des aptitudes physiques, des actes d'éducation thérapeutique, et des actes d'animation, coordination ou planification de séances d'APA à différentes pathologies sous prescription médicale. D'autres missions peuvent lui être associées comme l'élaboration et la mise en place d'un programme de recherche clinique mais également un rôle de lien entre les structures de santé et le milieu associatif. Du fait de l'évolution du paysage de la santé, l'intérêt pour ce métier est croissant, et il est désormais reconnu des sociétés savantes et des pouvoirs publics. Depuis une décennie, les enseignants en APA participent activement à la prise en charge pluridisciplinaire des patients admis dans les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR). Ils interviennent dans les trois principaux axes de prise en charge proposés par ces structures (réentraînement à l'effort, éducation thérapeutique et soutien psycho-comportemental), ce qui constitue une caractéristique motivant leur recrutement pour les services des ressources humaines. Cependant, ce métier présente encore un certain nombre de limites organisationnelles, de problèmes de reconnaissance institutionnelle, et une hétérogénéité dans les formations universitaires diplômantes. Il nous paraît donc nécessaire de documenter ces contraintes et de suggérer des pistes d'amélioration afin de mieux structurer cette profession et le service rendu dans les établissements SSR.

Cette revue technique a pour objectifs :

- de répondre aux multiples interrogations des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) concernant les enseignants en APA ;
- de renseigner les responsables des ressources humaines avant une embauche sur les formations universitaires ;
- d'informer les directeurs d'établissements ;

- de combattre les éventuelles idées reçues ;
- d'informer les équipes pédagogiques universitaires et les étudiants de la filière sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) ;
- et de faire le point sur un métier en devenir qui aspire à plus de reconnaissance.

Il constitue une mise au point sans caractère militant. Il s'agit d'un état des lieux objectif qui se veut être le fruit d'une réflexion commune entre différents professionnels du secteur de la santé et des universitaires sensibles aux questions de prévention secondaire et tertiaire par les méthodes non pharmacologiques.

2. Rappels sur les soins de suite et de réadaptation

2.1. Les missions des soins de suite et de réadaptation

Ces établissements prennent majoritairement en charge des patients atteints de maladies chroniques au décours d'un événement aigu, notamment lorsque la ou les pathologies entraîne(nt) une restriction de participation ou des limitations d'activités importantes altérant la qualité de vie. Depuis les décrets du 17 avril 2008, les missions de ces établissements sont de dispenser des soins médicaux, offrir une rééducation, des actions d'éducation thérapeutique et favoriser la réinsertion sociale, familiale et professionnelle. Cette prise en charge est globale, c'est-à-dire que le patient va bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire associant une optimisation du traitement médicamenteux, un plan d'activité physique adapté, une prise en charge éducative, et la mise en place, si besoin, d'aides pour une réinsertion socio-professionnelle et l'amélioration de l'autonomie dans le lieu de vie. Les objectifs sont multiples : mettre en place un projet de soin personnalisé, prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales de la ou des déficiences, améliorer la qualité de vie, les capacités des patients et le

pronostic vital et enfin promouvoir la réadaptation et la réinsertion, dans le but de réaliser le projet de vie déterminé entre l'équipe soignante et le patient.

2.2. Les filières des soins de suite et de réadaptation

Les points d'entrée dans les services de SSR sont multiples. Les patients peuvent être adressés depuis un service de soins aigus ou du domicile mais aussi par demande du médecin traitant ou d'un médecin prenant en charge le patient, afin de fluidifier la filière de soins. Les centres de SSR peuvent bénéficier de l'agrément pour la prise en charge d'un ou plusieurs types de pathologies (SSR spécialisés) : affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, cardiovasculaires, respiratoires, du système digestif, métaboliques et endocriniennes, onco-hématologiques, prise en charge des brûlés, des conduites addictives ou bien des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance [1]. À côté de ces SSR dits spécialisés, il existe des SSR polyvalents où le programme rééducatif est adapté aux pathologies reçues.

Il s'agit le plus souvent de patients polypathologiques et polydéficients, qui sont admis après un épisode aigu de la maladie, par exemple un syndrome coronaire aigu pour les SSR cardiovasculaires ou une exacerbation de la maladie pulmonaire obstructive chronique pour les SSR respiratoires, un accident vasculaire cérébral pour les SSR neurologiques ou une obésité multi-complicquée pour les SSR métaboliques. Plusieurs types de séjours sont possibles et l'offre de soins se décline en hospitalisation à temps partiel ou hospitalisation à temps complet, en fonction de l'autonomie du patient et de son origine géographique, sur une durée moyenne de trois semaines, mais très variable en fonction du projet thérapeutique et de l'environnement social et familial.

2.3. Place de l'activité physique adaptée et de l'éducation thérapeutique du patient dans les soins de suite et de réadaptation

Une grande majorité des SSR font appel au réentraînement à l'effort, plus ou moins précocement dans le programme de prise en charge, en fonction du type de pathologie, des comorbidités, et des objectifs du projet de vie. Les modalités d'exercice sont individualisées et adaptées à chaque patient en fonction de sa pathologie après concertation entre le médecin et l'enseignant en APA, comme recommandé par les différentes lignes directrices qui encadrent cette pratique dans les pathologies les plus répandues, notamment dans les pathologies cardiaques et respiratoires [2–7]. En association au traitement médicamenteux, le réentraînement à l'effort présente un niveau de preuve élevé oscillant entre la et Ib suivant les pathologies [8,9], comparable à l'effet du traitement médical optimal.

À côté du réentraînement, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une des missions essentielles des établissements SSR depuis les nouveaux décrets du 17 avril 2008. L'objectif de l'éducation thérapeutique est l'acquisition de connaissances et de compétences utiles pour rendre le patient autonome dans la gestion de sa maladie au quotidien [10]. Cette action d'ETP (qui peut être menée par

l'enseignant en APA) aide notamment le patient à opter durablement pour un mode de vie physiquement actif à l'issue de sa prise en charge SSR [11]. Depuis 2010, les centres SSR sont invités à déposer auprès des agences régionales de santé (ARS) des programmes d'éducation thérapeutique conformes au cahier des charges national édité par la Haute Autorité de santé (HAS). Ces programmes sont autorisés dans le cadre des décrets et arrêtés du 2 août 2010 et peuvent faire l'objet d'un financement.

Depuis peu, les établissements SSR commencent à coordonner leurs programmes autorisés par les ARS au sein d'une structure appelée unité transversale d'éducation thérapeutique (UTEP). Une UTEP est le plus souvent constituée de médecins, enseignants en APA, infirmières, kinésithérapeutes, diététiciens et psychologues. Sa création a été récemment plébiscitée par le rapport du député Jacquat remis au premier ministre en juin 2010 [12].

3. Un nouveau métier : enseignant ou cadre en activité physique adaptée

3.1. Historique des activités physiques adaptées

Les activités physiques adaptées ont fait la preuve de leur efficacité en matière de santé [13,14]. Les enseignants en APA effectuent des actes d'évaluation, proposent et supervisent des activités physiques, et élaborent des programmes personnalisés liés à différentes problématiques (rééducation, réinsertion, réadaptation...). Ceux-ci exercent sous prescription médicale. Les interventions sont variées et adaptées à chaque individu en fonction des besoins, des capacités et des normes en matière de sécurité et de protection. Les cadres en APA sont capables de coordonner, d'évaluer et de mettre en place des projets pluridisciplinaires, ou transdisciplinaires. Ce sont des professionnels responsables et autonomes faisant preuve de capacités d'initiatives. Ils peuvent devenir responsables d'un programme d'ETP ou d'une UTEP. Les professionnels en APA interviennent dans les secteurs social (associations, réseaux, fédérations), médicosocial (institut médico associatif, institut d'éducation motrice, établissement et services d'aide par le travail, maisons de retraite, etc.), de la santé (centre hospitalier universitaire, centre hospitalier public/privé, centre de soins de suite et de réadaptation), pénitentiaire, libéral ainsi qu'au sein d'entreprises. Ils peuvent intervenir auprès de publics variés : enfants, adolescents, adultes et seniors atteints d'une pathologie ou d'un handicap pour lesquels l'activité physique régulière a démontré son efficacité thérapeutique.

Il semble nécessaire de présenter un bref historique du concept d'APA du fait d'une utilisation trop souvent inopportune ou détournée [15]. L'émergence du concept d'APA date du milieu des années 1970 au Québec. Le virage épidémiologique lié au vieillissement des populations a induit une réflexion approfondie sur les modalités de prise en charge des maladies chroniques qui y sont associées, qui sont par ailleurs source de limitation de participation et restriction d'activités dans les pays industrialisés. À l'origine des enseignants-chercheurs en éducation physique, principalement des universités de Laval, de Montréal, de Trois-Rivières et de Sherbrooke, ont proposé une approche novatrice afin

d'améliorer durablement la qualité et les conditions de vie de « personnes à besoins spécifiques ». C'est en 1983 que le concept d'APA fut officiellement défini au Québec comme une « sous-dimension de la discipline universitaire éducation physique ». Il s'agit d'une approche pluridisciplinaire associant sciences biologiques, sciences humaines et sociales qui entraîna un mouvement scientifique international à partir des années 1980. La première référence officielle au concept d'APA en Europe remonte à 1979 dans le cadre du second congrès de la Fédération Internationale en Activité Physique Adaptée (FIAPA) à Bruxelles. Les premières formations universitaires européennes en APA vont être impulsées par l'Association européenne pour la recherche en activité physique adaptée (EARAPA) créée en 1986. Ces formations seront financées par les aides de la communauté européenne (ERASMUS – SOCRATES). En France, le concept d'APA fut reconnu comme un champ appartenant à la 74^e section du Conseil national des universités (CNU) et au ministère de L'Enseignement Supérieur et de la Recherche en 1992. L'Association francophone en activité physique adaptée (AFAPA) a vu le jour en 1997 en s'appuyant sur un réseau constitué entre les unités de formation et de recherche (UFR) en STAPS. Depuis 2007, on assiste à une action concertée de la conférence des doyens et directeurs STAPS (C3D) et de l'AFAPA en faveur d'un élargissement du sigle APA à celui d'activité physique adaptée-santé (APA-S).

3.2. Formation universitaire des professionnels en activité physique adaptée

Nous traiterons ici spécifiquement des formations universitaires proposées par les UFR STAPS. Les formations de niveau IV (brevets professionnels) ou sans reconnaissance de niveau (certificats de qualification professionnelle) délivrées par le ministère en charge des sports ou par les fédérations sportives (coach athlète santé par exemple) ne sont pas concernées par ces emplois.

Les formations universitaires proposées par les UFR STAPS s'inscrivent dans le cadre du dispositif de Bologne (licence-master-doctorat, LMD) dont les textes fondateurs sont parus en 2002. En 2007, la loi relative aux Libertés et Responsabilités des Universités (Loi LRU) consacre les grades de licence, de master et de doctorat respectivement conférés dans le cadre du premier, du deuxième et du troisième cycle universitaire.

La licence STAPS, spécialité APA-S (baccalauréat+3 années) permet à son titulaire d'enseigner les APA contre rémunération. La fiche métier associée à la licence APA-S, dans le Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) précise que « le professionnel a pour vocation de participer à la conception, la conduite et l'évaluation de programmes de prévention, de réadaptation ou/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... ». Cette formation professionnelle est intitulée « STAPS » mention « activité physique adaptée et santé » et elle est habilitée par arrêté ministériel en date du 15 juillet 2008.

Le master STAPS, spécialité APA-S (baccalauréat+5 années), dont le sigle peut varier selon les UFR STAPS, suppose/valide l'acquisition d'un haut niveau de qualification qui permet par la suite d'accéder à des postes de responsabilité. Il répond à des besoins scientifiques, technologiques et managériaux. Le titulaire de ce diplôme maîtrise l'élaboration, le développement, la gestion et l'évaluation des programmes en APA. Ce dernier peut être amené à coordonner et former le personnel. Les fiches RNCP associées à la licence et au master APA-S sont disponibles sur le site Internet de la C3D (www.c3d-staps.org).

Le doctorat STAPS (baccalauréat+8 années) permet l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles de recherche visant à faire évoluer les connaissances et à favoriser l'innovation dans le domaine de l'APA-S. Ce grade de qualification permet l'obtention du statut d'enseignant-chercheur (maître de conférence ou professeur) à l'université.

3.3. Les textes officiels relatifs aux professionnels en activité physique adaptée

La circulaire N° DHOS/01/2008/305, du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de SSR, donne les orientations et les éléments nécessaires à la structuration de cette activité. Parmi les éléments qui réglementent la prise en charge des affections qui émanent d'une autorisation,

Tableau 1 Niveau de recommandation de l'enseignant en activité physique adaptée (APA) parmi les différentes catégories d'affections prises en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés.

| Affections | Niveau de recommandation de l'enseignant en APA |
|--|---|
| Appareil locomoteur | Compétences recommandées |
| Système nerveux | Compétences recommandées |
| Cardiovasculaires | Compétences recommandées |
| Respiratoires | Compétences recommandées |
| Systèmes digestif, métaboliques et endocrinien | Compétences recommandées |
| Onco-hématologiques | Absence de recommandation |
| Brûlés | Absence de recommandation |
| Conduites addictives | Compétences recommandées |
| Personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance | Absence de recommandation |

À titre d'information, les autres niveaux sont les compétences médicales ou non médicales obligatoires et les compétences médicales recommandées.

nous retrouvons les services attendus au titre de la spécialisation. Les compétences de l'enseignant en APA sont explicitement recommandées, bien qu'à titre facultatif, dans six spécialités sur les neuf reconnues et parmi les principales en termes de nombre de prises en charges réalisées dans les SSR (Tableau 1).

Le catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR), qui documente les actes de rééducation/réadaptation dispensés en SSR inclue ceux pouvant être réalisés par les enseignants en APA dans ce cadre. Les actes seront encadrés par un nouvel arrêté en instance de publication qui remplacera l'actuel arrêté du 30 juin 2011 modifié « relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L.61113-7 et L.6113-8 du code de la santé publique ». Cette notion est abordée au paragraphe 4.4.

4. Place de l'enseignant en activité physique adaptée dans les soins de suite et de réadaptation

4.1. Activités physiques adaptées

Les activités physiques en SSR sont adaptées et personnalisées à chaque patient. Sur prescription médicale, l'enseignant en APA module les caractéristiques de l'exercice pour individualiser les activités, notamment le réentraînement à l'effort. Cette prescription respecte les lignes directrices des sociétés savantes qui utilisent un modèle tenant compte de deux considérations, à savoir la maximisation de l'efficacité (améliorations de l'aptitude physique et/ou de la santé) et la minimisation des risques (accidents cardiovasculaires, blessures musculo-squelettiques) [16]. Cependant, plusieurs études établissent une relation entre l'observance à l'activité physique et le plaisir à effectuer les séances d'exercice [17,18]. Il apparaît donc nécessaire que les enseignants en APA reconsidèrent ce modèle en y incorporant la notion de plaisir afin de tendre vers une alliance thérapeutique. Comme cela est expliqué dans les deux articles de revue de Ekkekakis et al. [17,18], la prescription de l'activité physique doit être efficace et sans danger, mais le principal but des thérapeutes doit être la recherche de l'observance en suscitant le plaisir à modifier ses habitudes de vie. Il apparaît que le triptyque « risque-bénéfice-plaisir » peut être modulé par les paramètres de l'exercice (intensité, durée et fréquence) en fonction du niveau de supervision des séances, de l'histoire de la maladie, du contexte social, des compétences d'auto-soin et d'adaptation, et de l'avancée dans le programme de rééducation. À ce titre, l'enseignant en APA doit prendre la mesure de ce paradigme qui constitue sa principale mission au sein du SSR.

4.2. Éducation thérapeutique

Aujourd'hui, il est nécessaire que les programmes d'ETP soient basés sur quatre axes: biomédical, diététique,

physique et psychologique. L'implication des enseignants en APA prend donc tous son sens car il est à même de faire en sorte que le patient puisse au cours du séjour acquérir un socle de connaissance sur les bienfaits de l'activité physique et développer les compétences à la pratique régulière et autonome de cette dernière. De par sa formation, l'enseignant en APA prend en compte la dimension psychologique et cognitive du patient. En effet, il bénéficie d'un tronc commun d'enseignement pour devenir enseignant et est donc sensibilisé aux notions de gestion de groupe, de pédagogie et de didactique mais aussi des bases en psychologie et sociologie très utiles lorsqu'on veut éduquer des patients. Il est toutefois très important que les enseignants en APA participent aux formations à l'ETP en sus des cours de sensibilisation dont ils ont bénéficié au cours de leur cursus universitaire. Les formations peuvent être externes validantes (master ou diplôme universitaire) ou internes aux établissements permettant à l'enseignant en APA de valider les 40 heures de formation en ETP, conformément au décret du 2 août 2010.

4.3. Préparation du projet d'Activité Physique Adaptée à la sortie des soins de suite et de réadaptation

Dans le domaine de l'activité physique, la principale limite des programmes reste le manque de participation au sortir de l'hospitalisation [19,20]. Récemment, Guiraud et al. ont montré qu'à deux mois et à un an après le séjour en rééducation cardiovasculaire, plus de 50% des patients cardiaques ne maintiennent pas le niveau d'activité physique recommandé par les médecins. En d'autres termes, les patients abandonnent rapidement les bonnes habitudes de vie acquises au cours du séjour en SSR. Il est donc primordial, dès le séjour en SSR, d'inscrire le programme du patient dans une démarche de préparation à la sortie afin que ce dernier soit autonome dans sa pratique d'AP au long cours. Il semblerait pertinent que les questions concernant l'activité physique post-séjour incombent à titre principal à l'enseignant en APA. Il est d'ailleurs bien placé pour aiguiller les patients vers les différents partenaires en dehors de la structure de soins comme par exemple les associations d'activité physique avec lesquelles un éventuel accompagnement du patient peut être souhaitable.

L'enseignant en APA doit jouer son rôle de conseiller et d'éducateur pour que la poursuite de l'activité physique se fasse en respectant le triptyque risque-bénéfice-plaisir [16]. À ce titre, il est amené à répondre aux nombreuses questions liées à l'environnement du patient, c'est-à-dire le type d'activité physique, le type de matériel à acheter, la recherche des meilleures conditions environnementales pour pratiquer une activité physique. Conscient des impératifs des patients, des lignes directrices des sociétés savantes et en accord avec les évaluations de sortie effectuées par le médecin, l'enseignant en APA est donc très adapté pour répondre aux questions relatives aux conditions particulières, comme les voyages, la température, l'altitude... au cours des séances d'ETP [10].

4.4. Identification de l'activité par le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) et le catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation

Le CSARR est destiné à décrire et coder l'activité des professionnels concernés dans les établissements SSR, dans le cadre des obligations réglementaires du recueil d'informations pour le PMSI en SSR. Il est obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2013. Chaque intervenant mentionne l'acte qu'il a réalisé sur le recueil d'information et la catégorie professionnelle à laquelle il appartient. L'enseignant en APA est désigné dans la nomenclature par le nombre 70 qui représente sa catégorie professionnelle. Il s'agit donc d'une reconnaissance réelle de l'activité des enseignants en APA. Concernant l'imbrication avec les autres corps de métier, il existe des actes de rééducation que plusieurs intervenants peuvent signer. En d'autres termes, plusieurs thérapeutes (professionnels de la rééducation) peuvent être amenés à réaliser les mêmes actes (dans le respect des dispositions réglementaires prévues au code de la santé publique), notamment ceux de la famille des activités de groupe type réentraînement à l'effort et activités gymniques voire la balnéothérapie et l'éducation thérapeutique. En suivant la prescription médicale, le cadre de santé oriente ses choix en fonction de la typicité des patients et du niveau de compétences/formations des intervenants.

4.5. Articulation avec les autres professionnels dans l'équipe pluri-disciplinaire

La prise en charge en SSR repose notamment sur une réunion de synthèse hebdomadaire qui permet de faire le point avec l'ensemble de l'équipe de soins qui prend en charge le patient. Le projet thérapeutique et éducatif de la semaine suivante est alors affiné à partir des différents commentaires des soignants et du patient. L'enseignant en APA participe dans son domaine à ces réunions de synthèse et peut ainsi interagir avec les autres soignants. Par exemple, l'adaptation de matériel spécifique (orthèse, fauteuil roulant, pédalier de vélo...) qui est du ressort de l'ergothérapeute peut être nécessaire pour avancer dans un projet d'APA. Il en est de même pour une assistante sociale dont le rôle est de faciliter l'accompagnement vers une structure associative sportive. Lorsqu'un besoin en activité physique (loisir) est relevé par l'équipe soignante du SSR, l'enseignant en APA est sollicité afin de mettre en œuvre ce projet (faisabilité, moyens, planification, surveillance). Il participe ainsi à l'évaluation des connaissances/compétences.

Parmi l'arsenal pharmacologique des patients en SSR, bon nombre de traitements comme les antihypertenseurs, les antidiabétiques et insuline ou les bêtabloquants peuvent modifier les réponses physiologiques du patient lors des séances de réentraînement à l'effort [21]. Il est donc très important que l'enseignant en APA travaille en étroite collaboration avec le médecin pour affiner la prescription des séances d'exercice, notamment en termes d'intensité. Par ailleurs, le retour d'expérience de l'enseignant en APA auprès du médecin grâce à la supervision des séances est intéressant. En effet, les multiples mesures de variables

effectuées lors de l'exercice (tension artérielle, fréquence cardiaque, glycémie, SaO₂, etc.) peuvent aider le médecin à affiner le traitement médicamenteux et en retour à renseigner l'enseignant en APA sur la conduite à tenir en termes de volume/intensité d'entraînement. Enfin, si le diététicien initie un régime alimentaire à l'entrée en SSR, l'enseignant en APA informe ce dernier sur la dépense énergétique active hebdomadaire du patient, permettant ainsi d'équilibrer ou déséquilibrer la balance énergétique et répondre aux objectifs fixés avec le patient, notamment en termes de perte de poids.

4.6. Intérêt des enseignants en activité physique adaptée dans la recherche en soins de suite et de réadaptation

Même si le prochain modèle de financement des établissements SSR est toujours en cours d'élaboration, il est probable qu'il soit composé en partie de l'enveloppe MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) qui viendra notamment abonder/soutenir/financer les activités de recherche des établissements SSR. De part leur formation scientifique pluri-disciplinaire, les enseignants en APA titulaires du niveau master, et qui plus est d'un doctorat, sont à même de participer à la mise en œuvre et à la valorisation des projets de recherche. La recherche en SSR se décline en plusieurs niveaux :

- l'évaluation des programmes de rééducation et d'ETP afin de mesurer et d'améliorer la qualité (efficience) des soins ;
- l'optimisation des techniques de rééducation ou de dispositifs médicaux pour progresser par exemple sur les techniques de réentraînement à l'effort.

Cette démarche de validation scientifique des protocoles d'évaluation et de prise en charge des patients occupe une place de plus en plus importante dans les établissements SSR. Elle contribue à la qualité des soins qui sont délivrés et au rayonnement de l'établissement. Dans ce contexte, le recrutement d'un enseignant en APA constitue un atout considérable. En outre, il contribue à fédérer les équipes autour d'un projet de soin et à renforcer l'identité de l'établissement auprès des filières d'amont (prescripteurs) et des pouvoirs publics (ARS, Caisse primaire d'assurance maladie).

5. Limites du métier

5.1. Absence de dénomination consensuelle : difficultés de reconnaissance et identification par les usagers

La première limite du métier est sa dénomination. Elle est au cœur du débat depuis longtemps mais les filières universitaires ainsi que les associations de professionnels n'ont pas réussi à trouver de consensus. Ce problème, qui est minimisé par un grand nombre d'acteurs, nous semble pourtant très important. Les professionnels de santé ont des

Tableau 2 Les différentes dénominations retrouvées en France.

| |
|---|
| Professeur en APA |
| Enseignant en APA |
| Actithérapeute |
| Actiphysicien |
| Éducateur en APA |
| Ingénieur en APA |
| Coach en APA |
| Expert en prévention santé et sport |
| Cadre médico-sportif |
| Cadre APA |
| Professeur d'éducation physique et sportive |
| Coordonnateur en APA |
| Professionnel en APA |
| Éducateur sportif |
| Éducateur-méxico-sportif |

APA : activité physique adaptée.

difficultés à identifier les enseignants en APA ainsi que leurs prérogatives, probablement par méconnaissance du métier. La reconnaissance du rôle et du travail des enseignants en APA par les professionnels de santé et par les usagers nécessite de trouver rapidement une désignation du métier acceptée par tous. Afin d'éviter toute confusion, il nous paraît nécessaire que cette dénomination serve à identifier spécifiquement les individus titulaires d'une Licence STAPS, spécialité APA-S. Récemment, l'enquête de la SFPAPA (2012) a montré que 34% des 434 professionnels interrogés souhaitent être identifiés comme professeur en APA et 27% comme enseignant en APA [22]. Le terme professeur pose problème depuis que le niveau universitaire requis pour passer les concours de professorat est le master. Le terme enseignant peut se justifier par le rôle que ce professionnel peut tenir dans l'éducation thérapeutique. D'autres appellations apparaissent à l'occasion dans des rapports nationaux tels que actiphysicien ou actithérapeute [23,24]. Récemment, la HAS a édité un rapport d'orientation visant à promouvoir la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [25]. Nous notons que ce rapport cite seulement l'appellation « éducateurs sportifs » sans véritablement savoir à quel niveau de diplôme fait référence ce collègue d'expert.

Une liste non exhaustive des différentes appellations des enseignants en APA est présentée dans le [Tableau 2](#).

5.2. Hétérogénéité des formations – méconnaissance du milieu de la santé par les équipes pédagogiques en sciences et techniques des activités physiques et sportives

Les formations universitaires de premier et de deuxième cycle (licence et master STAPS, spécialité APA-S) souffrent d'une certaine hétérogénéité. Elle peut s'expliquer par l'hyperspécialisation fréquente des enseignants-chercheurs, qui ont développé leur expertise scientifique dans un domaine très précis. La formation des étudiants est alors fortement teintée par le domaine de compétence spécifique à l'équipe pédagogique et aux laboratoires

de recherche. Par ailleurs, même si l'enseignement sur la pathologie est présent, peu de place est laissé à l'acquisition des compétences sécuritaires pratiques dans la pathologie (sémiologie des signes d'alerte, prise des variables...) alors que l'intervention se fait en partie sur du réentraînement physique potentiellement risqué.

L'hétérogénéité de ces formations induit une perte de lisibilité auprès des ressources humaines des établissements de santé. On conçoit bien que le responsable du recrutement dans un établissement SSR souhaitant recruter un enseignant en APA puisse éprouver des difficultés pour identifier les compétences spécifiques au diplôme obtenu et qui répondent aux exigences de son établissement. Consciente de ce risque, la C3D STAPS a travaillé sur l'identification de socles communs dans chaque spécialité de licence, qui représentent environ 30 à 40% des contenus de formation. Ce travail est trop récent pour évaluer son efficacité. Si l'uniformisation des contenus d'enseignements dans les maquettes semble complexe à mettre en place à moyen terme, une solution serait de reconnaître les spécificités de chaque faculté afin d'établir des pôles d'excellence. Cela permettrait de valoriser et d'identifier à la fois l'équipe d'enseignant-chercheur et le diplôme obtenu par l'étudiant, dans le but in fine de faciliter l'embauche et améliorer la lisibilité. Il convient aussi de souligner que certaines UFR mutualisent la première année de licence STAPS avec l'année de préparation au concours de kinésithérapeute, permettant ainsi d'assurer un socle commun de connaissances médicales et physiopathologiques. Dès le début du cursus universitaire, les étudiants sont sensibilisés dans un parcours santé favorisant ainsi leur implantation dans le paysage des SSR.

Par ailleurs, il nous semble opportun de rappeler la nécessité de rapprocher les équipes pédagogiques du milieu professionnel de la santé. Si le haut-niveau scientifique des formations universitaires n'est pas à remettre en cause, il faut admettre que la connaissance du milieu de la santé par le corps pédagogique est souvent parcellaire, ce qui contribue probablement aux difficultés que rencontrent parfois les étudiants en APA à réaliser un stage dans un établissement de santé au cours de leur cursus.

5.3. Quel niveau de diplôme pour quel niveau de rémunération ?

Il semble nécessaire d'éditer un référentiel permettant de faire correspondre le niveau de rémunération au niveau de diplôme. Il existe à ce jour une inadéquation entre l'échelon salarial et le niveau de qualification. Il n'est pas rare que des titulaires d'une licence ou d'un master commencent leur carrière au SMIC. Les décalages poste-fonction sont également nombreux. Dans l'étude de la SFPAPA, on observe que parmi les personnes en poste sur des statuts d'employés, techniciens, agent de maîtrise ou cadre, 83% des enseignants en APA étaient dans la catégorie employé [22]. Par extrapolation, cela suggère que ces métiers restent sous-estimés par rapport au niveau de qualification. Il semble donc important d'encadrer les coefficients de rémunération pour donner une plus grande lisibilité aux recruteurs.

Les conventions collectives contribuent également à ces décalages poste-fonction ou échelle salariale-niveau de

qualification. En se référant aux deux principales conventions collectives qui encadrent le milieu de la santé, celle de la fédération de l'hospitalisation publique (décret numéro 93-654 du 26 mars 1993 [consolidé au 7 août 2007]) et celle de la fédération de l'hospitalisation privée (convention collective nationale du 18 avril 2002), seul le titre d'éducateur sportif est cité dans la liste des statuts des intervenants. Sauf à considérer que les éducateurs sportifs ont les mêmes compétences que les enseignants en APA, ce qui n'est pas nécessairement le cas, ces derniers n'apparaissent pas dans les conventions collectives. On comprend mieux la complexité pour un responsable des ressources humaines de recruter, de positionner et de valoriser financièrement ce métier. La question est encore plus ardue lorsqu'il s'agit d'évoluer en interne.

Le processus d'intégration des enseignants en APA dans le domaine de la santé est engagé et ne reviendra pas en arrière. Cependant, il ne se met en place que très progressivement, et la question de la catégorie professionnelle dans les multiples conventions collectives demeure. Aujourd'hui, il est nécessaire d'intégrer le métier dans la catégorie « concourants au métier de soignant ». Dans cette hypothèse, cela signifierait que ce métier devient une profession paramédicale et à ce titre que les enseignants en APA peuvent prétendre accéder aux écoles de cadre de santé.

6. Interventions des professionnels en activité physique adaptée dans les différents niveaux de prévention

Au niveau de la prévention primaire, les possibilités d'intervention de l'enseignant en APA-S apparaissent comme négligeables voire inexistantes.

Dans le cadre de la prévention secondaire, l'intervention de l'enseignant APA-S s'intègre aux missions des établissements de SSR et répond aux besoins spécifiques des populations cibles. Malgré les limites citées ci-dessus et de par les arguments présentés précédemment (cf. §3), la place de l'enseignant en APA nous semble ici la plus appropriée. Il paraît donc opportun d'associer les missions des enseignants en APA avec la phase de prévention secondaire.

Si la place des enseignants APA est nécessaire dès le début du traitement de certaines pathologies chroniques afin d'en réduire leurs durées d'évolution (prévention secondaire), elle l'est aussi en prévention tertiaire, afin de réduire les incapacités fonctionnelles liées à la pathologie et d'alléger les traitements pharmacologiques. Cette phase d'abord thérapeutique des maladies chroniques nécessite aussi la présence des enseignants APA afin de proposer des activités indiquées pour les différentes pathologies. De plus, la prise en charge en phase de maintien (prévention tertiaire) est souvent assurée par des structures associatives proposant une approche démedicalisée de l'activité physique. Dans ce cadre, l'action de l'enseignant en APA se situe à l'articulation entre l'établissement de SSR et la structure associative d'accueil. De plus, cette phase de prévention tertiaire, peut bénéficier de l'intervention de cadres en APA pour la conception et/ou la supervision de dispositifs pluridisciplinaires visant à faciliter l'accès à des activités physiques sécurisées. Ce type de dispositif apparaît comme nécessaire pour l'accompagnement

dans le long terme de cas considérés comme « complexes » (poly-pathologies) ou de personnes porteuses d'incapacités particulièrement sévères.

7. Conclusion

Au regard de l'activité des établissements de soins de suite et de réadaptation, il apparaît clairement que les enseignants en APA ont leur place dans le cadre de la prise en charge multidisciplinaire des patients. Si l'activité est recueillie par le programme médical du système d'information et par les équipes soignantes, il reste encore du chemin à parcourir pour clarifier le statut auprès des services de ressources humaines, et les formations universitaires pour améliorer la lisibilité sur le marché de l'emploi. L'offre de formation multiple et souvent de nature hétérogène peut semer la confusion. Il est impératif de clarifier ce point au risque de perdre une crédibilité au niveau national. Il apparaît également fondamental de coordonner et uniformiser les formations universitaires. Enfin, si la place des enseignants en APA dans le milieu de la santé n'est plus à discuter, il est urgent de développer les liens entre l'université et le milieu professionnel par le développement des stages en établissements de santé.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] DHOS. Circulaire N° DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation. 2008.
- [2] Balady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V, Comoss P, Foody JM, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2007;115(20):2675–82 [Practice Guideline].
- [3] Piepoli MF, Conraads V, Corra U, Dickstein K, Francis DP, Jaarsma T, et al. Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Heart Fail* 2011;13(4):347–57.
- [4] Bjarnason-Wehrens B, Mayer-Berger W, Meister ER, Baum K, Hambrecht R, Gielen S. Recommendations for resistance exercise in cardiac rehabilitation. Recommendations of the German Federation for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2004;11(4):352–61.
- [5] Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW, Casaburi R, Emery CF, Mahler DA, et al. Pulmonary rehabilitation: joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2007;131(Suppl. 5):4S–2S [Practice Guideline Review].

- [6] SPLF. Recommendations de la Société de pneumologie de la langue française sur la réhabilitation du malade atteint de BPCO. *Rev Mal Respir* 2005;22:55–118.
- [7] Pavy B, Iliou MC, Verges-Patois B, Brion R, Monpere C, Carre F, et al. French Society of Cardiology guidelines for cardiac rehabilitation in adults. *Arch Cardiovasc Dis* 2012;105(5):309–28 [Practice Guideline].
- [8] Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur Heart J* 2008;29(19):2388–442 [Practice Guideline Review].
- [9] DGOS. Instruction N DGS/DGOS/2011/I-190 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS 3) et du plan obésité (PO) par les Agences Régionales de Santé (ARS). 2011.
- [10] D'Ivernois JF, Albano MG. Therapeutic patient education: a new deal for medical education? *Med Teach* 2010;32(12):945–6.
- [11] Labrunee M, Pathak A, Loscos M, Coudeyre E, Casillas JM, Gremeaux V. Therapeutic education in cardiovascular diseases: state of the art and perspectives. *Ann Phys Rehab Med* 2012;55(5):322–41 [Review].
- [12] Jacquat D. Éducation thérapeutique du patient propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne. Rapport au premier ministre. 2010.
- [13] Fabre C. Définition, formation, législation et rôle du professionnel en activité physique adaptée. *Rev Mal Respir Actuel Alveole* 2010;2:628–30.
- [14] Inserm. *Activité physique – Contextes et effets sur la santé*. Paris: Édition Inserm, Collection expertise collective; 2008.
- [15] Vibarel-Rebot N, Eberhard Y. De la constitution d'un corps de connaissances en activité physique adaptée aux métiers en activité physique adaptée. *Sci Sports* 2011;26:181–2.
- [16] Guiraud T, Labrunee M, Gayda M, Juneau M, Gremeaux V. Non-pharmacological strategies in cardiovascular prevention: 2011 highlights. *Ann Phys Rehab Med* 2012;55(5):342–74.
- [17] Ekkekakis P. Let them roam free? Physiological and psychological evidence for the potential of self-selected exercise intensity in public health. *Sports Med* 2009;39(10):857–88.
- [18] Ekkekakis P, Parfitt G, Petruzzello SJ. The pleasure and displeasure people feel when they exercise at different intensities: decennial update and progress towards a tripartite rationale for exercise intensity prescription. *Sports Med* 2011;41(8):641–71.
- [19] Guiraud T, Granger R, Gremeaux V, Bousquet M, Richard L, Soukarie L, et al. Accelerometer as a tool to assess sedentarity and adherence to physical activity recommendations after cardiac rehabilitation program. *Ann Phys Rehab Med* 2012;55(5):312–21.
- [20] Guiraud T, Granger R, Gremeaux V, Bousquet M, Richard L, Soukarie L, et al. Telephone support oriented by accelerometer measurements enhances adherence to physical activity recommendations in non-compliant patients after a cardiac rehabilitation program. *Arch Phys Med Rehab* 2012;93(12):2141–7.
- [21] Tabet JY, Meurin P, Teboul F, Tartiere JM, Weber H, Renaud N, et al. Determination of exercise training level in coronary artery disease patients on beta blockers. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008;15(1):67–72.
- [22] Bernard P, Thoni G, Communal G, Bezombes A, Esseul E, Cantèle B, et al. Who are the French APA professionals? Results of national survey, Q3A3. Paris: 18th International Symposium on Adapted Physical Activity; 2011, p. 52.
- [23] Toussaint JF. Retrouver sa liberté de mouvement - PNAPS : plan national de prévention par l'activité physique et sportive. Ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. 2008.
- [24] Bertsch J. Réorganisation de l'offre publique de formation dans le secteur de l'activité physique, du sport et de l'animation. Rapport Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. 2008.
- [25] Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation. 2011. http://www.has-sante/portail/jcms/c_105795.fr.