

De l'éducation sportive à la santé par le sport. Des pistes tirées d'une observation de terrain. L'éducateur santé, un acteur pluricompétent. Association, club, cabinet, CHU... Les acteurs de santé et leurs prérogatives

P. Commeureuc, C. Cardin, J. Frigout

PLAN DU CHAPITRE

De l'éducation sportive à la santé par le sport	20
Des pistes tirées d'une observation de terrain. L'éducateur santé, un acteur pluricompétent	21
Association, club, cabinet, CHU... Où travailler?	23
Les acteurs de santé et leurs prérogatives	24

► **Mots-clés : santé, activité physique, adaptation, prévention, mouvement, quotidien**

De l'éducation sportive à la santé par le sport

« Papa, ce matin j'ai sport à l'école... » « Tu veux dire EPS! »

« Je te laisse, le prof est venu pour ma séance de sport... »

« Tu veux dire ta séance d'activité physique! »

Non, il ne s'agit pas de jouer sur les mots, mais de les définir. Car définir, c'est agir.

OK, définissons !

Définir permettrait d'agir? Oui, car ne pas le faire, ou de façon incertaine ne permet pas de guider le patient ou le pratiquant vers des objectifs de performance précis et objectivables à atteindre. D'un côté, on peut définir le sport, d'après Parlebas (1987, 2016) comme une activité motrice pratiquée d'après des règles, et ce dans un cadre institutionnalisé et en compétition. De l'autre côté, l'activité physique – objet de notre étude, se définit comme « tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques qui demande une dépense énergétique » (CFEMTES, 2019, p. 4). Sans relever d'une pratique institutionnalisée et dédiée au sport (exemple : fédération française de football), ni compétition (coupe ou championnat, amical ou officiel), on peut mettre son corps en mouvement, sous la supervision d'une personne compétente, et tendre vers des objectifs de santé par le biais d'exercices physiques réalisés de manière planifiée, structurée et répétée (CFEMTES, 2019, p. 4).

La santé et son contexte en 2022

L'OMS définit et considère que la santé n'est « pas un état abstrait, mais plutôt un moyen d'atteindre un but; sur le plan fonctionnel, il s'agit d'une ressource qui permet de mener une vie productive sur les plans individuel, social et économique. La santé est une ressource de la vie quotidienne, et non le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques » (OMS, Charte d'Ottawa, Genève, 1986).

Le contexte sanitaire contemporain nous invite, avec la plus grande acuité, à considérer cette « ressource » : 1,28 milliard de personnes souffrent d'hypertension artérielle

(HTA) sur terre (dont 700 millions qui l'ignorent), et en France cela touche une personne sur trois. 2 milliards de personnes sont en surpoids ou obèses depuis 2019 (en France, le surpoids touchait à cette date 54 % des hommes et 44 % des femmes), ce qui cause 2,8 millions de décès par an. Ce chiffre devrait progresser à 3,3 milliards de personnes en surpoids ou obèses en 2030... Et le nombre de décès est monté à 1,2 million en 2022... seulement pour l'Europe (qui représente 10 % de la population mondiale). « L'augmentation de l'indice de masse corporelle est un facteur de risque majeur de maladies non transmissibles, notamment les cancers et les maladies cardiovasculaires », selon le directeur de l'OMS Europe, Hans Kluge. 463 millions de terriens sont atteints de diabète, pour 6 % de la population française. Quant au cancer, il concerne 18,1 millions de personnes nouvellement diagnostiquées sur Terre en 2018, pour 382 000 en France (3,8 millions de Français vivent avec un cancer); il tue 10 millions de terriens par an... Sources : OMS²⁰ et ARC²¹. Nous arrêtons ici cette sombre présentation des principales affections de longue durée²² (ALD : il en est recensé 30) pour mettre en avant un lien établi par l'Agence nationale du sport²³ (Étude nationale sur les attentes et besoins des acteurs du sport, 2022, p. 80) entre les pratiques sportives en baisse en France, et les 20 millions de Français (!) atteints d'ALD ou de maladies chroniques.

Attention, la HTA et l'obésité ne font pas partie de la liste des ALD publiée par décret. La HTA en faisait partie initialement mais elle a été retirée en 2011 car il a été considéré qu'il s'agit moins d'une pathologie que d'un facteur de risque... Pour autant, des personnes hypertendues ou en surpoids/obésité peuvent souvent intégrer des programmes financés dans le cadre du sport sur ordonnance.

La sédentarité est le premier de ces maux, ou du moins le déclencheur de nombreux autres, et est considérée comme une véritable « bombe à retardement » (*ibid.*). D'autres points de convergences sont à étudier, comme la prégnance des temps d'écrans et ses effets de décérébration en France et dans les pays occidentaux (Desmurget, 2019) :

- à partir de 2 ans, les enfants passent 3 heures par jour devant un écran, soit 1 000 heures par an;
- 4 h 45 entre 8 et 12 ans, soit 1 700 heures par an;
- 6 h 45 entre 13 et 18 ans, soit 2 400 heures par an.

²⁰ www.who.int/fr

²¹ www.fondation-arc.org/cancer/le-cancer-en-chiffres-france-et-monde

²² www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique

²³ www.agencedusport.fr/actualites/presentation-de-letude-sur-evolution-des-attentes-et-des-besoins-des-acteurs-du-sport

Ce volume de temps d'écrans annuel qui, à tous les âges, dépasse le temps de scolarité, et bien sûr, le temps d'activité physique, a et aura un impact majeur sur la santé individuelle et publique, ce que confirme aussi Bruno Patino (2019, 2022), en parlant de dépression, repli sur soi et de processus majeurs de décivilisation. Enfin, une étude récente nous place face à une problématique : les jeux vidéo provoqueraient chez les enfants une augmentation de leur QI (quotient intellectuel) de 2,5 points, et ce même dans le cadre de pratiques exposant à un long temps d'écrans (Sauce et al., 2022). Alors qui croire de Desmurget, Patino et Sauce et al.? Tous! Si les jeux vidéo peuvent provoquer de tels résultats quant au développement du QI, il n'en demeure pas moins qu'ils conduisent massivement leurs pratiquants à la sédentarité, et que celle-ci est responsable de maux et catastrophes liés à la santé, actuellement et au moins pour le siècle en cours.

Loin des Zuckerberg, Bezos et Musk qui rêvent d'univers digitaux, connectés, augmentés et martiens, la vie se passe pour l'instant bien sur Terre, dans notre peau et rôle d'animal social. « *A crucial step towards uniting humankind is to appreciate that humans have bodies* » (Harari, 2018, p. 91).

L'inactivité physique (ou sédentarité) : le fléau

On observe au niveau mondial pour les populations adolescentes (Guthold et al., 2020) et adultes (Guthold et al., 2018) une baisse, voire une absence d'activité physique. Cette baisse est absolument délétère pour la santé physique.

Cette « ressource » qu'est la santé n'est donc pas mobilisée du fait de l'absence d'activité ou de sport, comme le démontrent Ding (2018) et Ding et al. (2019), et comme peut le représenter la figure 2.1. Ce travail de recherche sur

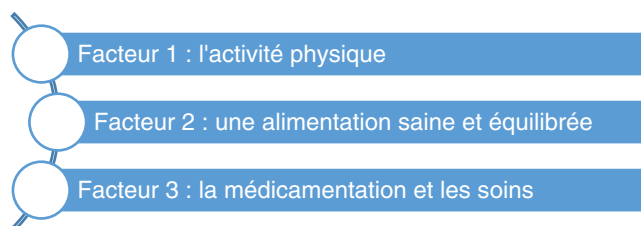


Figure 2.1

La hiérarchisation des domaines liés à la ressource de santé.

La figure 2.1 présente pour le développement des ressources de santé, les 3 facteurs qui permettent d'optimiser cette dernière, et leur hiérarchisation. L'activité physique apparaît comme le premier et le plus important facteur de santé, puis vient l'alimentation, et seulement après, la médication.

l'ampleur de l'inactivité physique au niveau planétaire est aujourd'hui à nouveau souligné par l'OMS qui emploie pour la première fois en 2022 le terme d'épidémie concernant l'obésité galopante.

Alors face à ce constat épidémiologique et social, nous n'avons pas d'autres choix selon Dean Schillinger (hôpital général de San Francisco – États-Unis, interviewé dans le reportage *Un monde obèse*, Arte, 2020), que de lutter massivement contre la sédentarité, sinon, selon lui, un tiers sur trois sera diabétique, et tous seront en surpoids ou obèses d'ici à quelques décennies. Il faut bouger. Ces préconisations au mouvement comme premier facteur de santé ne sont hélas pas le fruit de sa seule imagination, mais bien des éléments corroborés par l'ensemble des acteurs et chercheurs clés de la santé (HAS, 2018, 2019; INSERM, 2019).

Et aujourd'hui, l'un des acteurs clé de cette (re)mise en mouvement, c'est l'EAPA, auquel s'ajoute bien sûr le professeur d'EPS, l'éducateur sportif ou l'entraîneur en club chez les publics jeunes.

Des pistes tirées d'une observation de terrain. L'éducateur santé, un acteur pluricompétent

Le terme APA (activité physique adaptée) se définit comme « tout mouvement, activité physique et sport, essentiellement basé sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires » (De Potter, 2004).

Titulaire d'une licence et/ou d'un master STAPS APA-S, l'éducateur santé ou plus communément appelé « enseignant en APA » (EAPA), par ses nombreuses compétences, est devenu un spécialiste reconnu de l'activité physique et sportive au service de la santé et du handicap dans le domaine de la prévention et de la réadaptation.

Voici la définition récemment retenue par la SFP-APA et l'AFAPA :

L'enseignant en APA est titulaire d'une licence STAPS mention APA et santé. Il intervient auprès de personnes dont les aptitudes physiques, psychologiques ou conditions sociales réduisent leur niveau d'activité et leur participation sociale. Il s'agit notamment de personnes en situation de handicap, de personnes atteintes de maladies chroniques, de personnes en difficulté d'insertion sociale et des personnes avançant en âge. L'enseignant en APA propose des

situations motrices d'enseignement qui utilisent des activités physiques, sportives ou artistiques dans des conditions techniques, matérielles, réglementaires et motivationnelles adaptées à la situation et à la sécurité du pratiquant, dans un objectif de rééducation, de réadaptation, d'éducation, de prévention et/ou d'insertion sociale.

Pour mener à bien l'ensemble de ses missions, l'EAPA doit s'inscrire dans le projet global de l'établissement en proposant des programmes spécifiques en activités physiques adaptées.

Il connaît les principales pathologies chroniques (maladies cardiovasculaires, métaboliques...), les facteurs de risque associés (modifiables ou non modifiables), les différents mécanismes physiologiques et anatomiques qui sont actionnés et ainsi analyser les effets de l'APA sur tous ces paramètres.

Astuce pratique

Vous êtes invité à prendre contact auprès des responsables pédagogiques de la licence STAPS APA-S que vous aurez choisie car toutes les universités de STAPS en France n'aborderont pas toutes les mêmes pathologies. Attention : cela est en train d'évoluer puisque au dernier congrès de l'AFAPA, les 7 et 8 avril 2022, il a été acté, grâce aux travaux AFAPA/SFP-APA et C3D, une maquette socle afin d'unifier les formations au niveau national.

L'EAPA élabore et met en place des programmes d'entraînement pour des publics à besoins spécifiques en utilisant des outils d'évaluation standardisés (objectifs, déroulement, matériel, reproductivité, interprétation...) ainsi que des techniques d'intervention (endurance, renforcement musculaire, équilibre, coordination...) qu'il peut encadrer aussi bien en individuel qu'en collectif.

Il participe aux réunions d'équipe du service au sein duquel il intervient. Il échange avec l'équipe interdisciplinaire afin

Astuce pratique

Prenons l'exemple d'une séance en endurance en service de réadaptation cardiaque, l'EAPA sait lire et interpréter les résultats d'une épreuve d'effort afin de proposer, pour le patient, un entraînement en endurance adapté, individualisé et sécurisé. Il met en place, ensuite, le mode d'entraînement approprié pour le patient (en continu ou en Interval-Training), en contrôlant l'intensité durant l'effort (mise en place d'une fréquence cardiaque d'entraî-

nement) et en faisant attention aux contre-indications prescrites par le médecin du service (exemple : tension artérielle à l'effort < 160/90 mmHg si dissection aortique récente...). Il surveille et interprète les constantes au repos et à l'effort (fréquence cardiaque, saturation en O₂ (oxygène), tension artérielle, échelle de BORG pour mesurer l'essoufflement...) tout en restant à l'écoute des sensations du patient. Il sait identifier et analyser les situations d'urgence et définir des actions.

d'organiser son travail autour de la prise en charge du patient. Il s'adapte aux problématiques rencontrées au quotidien (moyens financiers, humains, matériels, espace, temps...).

Il utilise des outils bureautique et informatique pour assurer la traçabilité de ses interventions dans le dossier patient (exemple : coder des actes sur PMSI [Programme de médicalisation des systèmes d'information]).

L'EAPA accompagne et participe à la formation des étudiants de licence et master STAPS-APA dans le cadre de leurs stages.

Il participe également au projet « éducation thérapeutique » (ETP) de son service en évaluant les connaissances et les compétences du patient en lien avec l'APA. Selon l'OMS en 1996, « l'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir ses compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». Pour cela, il peut sensibiliser le patient à participer à des ateliers portant sur des moments d'échanges et de conseils sur la pratique de l'APA. Pour mieux orienter le patient en fin de prise en charge, l'EAPA cherche à développer des réseaux entre l'hôpital et les associations et/ou les APA libéraux.

Témoignage

L'une des problématiques récurrentes et qui se répète trop souvent, en tant que EAPA, est le manque de suivi et de visibilité en fin de prise en charge lorsque le patient quitte votre structure pour rentrer à son domicile. En effet, on constate, malgré tout, qu'une majorité des patients ne poursuivront pas une activité physique modérée et régulière après un séjour en réadaptation par manque de moyens, de temps et de motivation. Pour contrer cela, il ne faut pas hésiter à multiplier les pistes afin d'aider, du mieux possible, nos patients. Prenons exemple sur le projet de création d'un livret d'activités physiques adaptées que j'ai pu réaliser avec d'autres EAPA pour permettre à chaque patient de continuer à faire de l'activité physique aussi bien à domicile, en extérieur ou en salle de sport.

Dans tous les cas, et quelle que soit la personne prise en charge ou le contexte d'intervention (personne âgée fragile en EHPAD [établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes], adolescent en surpoids dans une MSS (Maison sport santé), patient cardiaque dans un service hospitalier), il est essentiel pour l'EAPA d'accompagner à l'autonomisation afin de passer du statut de « malade » au statut de pratiquant. Là où les kinésithérapeutes par exemple sont dans le paramédical, l'EAPA est dans la réathlétisation, le réentraînement, le maintien ou l'amélioration du capital santé : c'est un point essentiel du métier ! Tant que la personne n'évolue pas vers une pratique autonome, choisie, autant que faire se peut plaisante, il existe un risque qu'elle reste dans une attitude passive vis-à-vis de ce qui lui est proposé, et qu'elle ne parvienne pas à intégrer cette activité dans ses habitudes de vie. Pour la même raison, l'EAPA prendra garde de naviguer de la pratique « sportive » adaptée à la simple invitation au mouvement (en passant parfois de quelques centaines à quelques milliers de pas par jour) afin que la personne puisse trouver le mode de mise en mouvement qu'elle saura conserver dans la durée. Certains n'enfileront jamais un jogging : qu'à cela ne tienne s'ils ont compris l'intérêt d'intégrer plus de mobilité dans leur quotidien : vélo ou marche plutôt que voiture, escalier plutôt qu'ascenseur, balade dominicale en famille plutôt que ciné/pop-corn devant la télé et quelques règles d'hygiène alimentaire.

Pour améliorer qualitativement la prise en charge du patient, il est important pour l'éducateur santé de se mettre à jour sur les nouvelles études scientifiques portant sur l'APA et la ou les pathologie(s) associée(s). Il doit être capable de développer un sens critique en analysant les bienfaits et les limites de ces études. Il propose (ou participe) à des projets de recherche en APA dans le service dans lequel il travaille.

Le saviez-vous ?

Vous pouvez consulter des études en ligne avec les sites PubMed et ScienceDirect. Certaines études scientifiques sont en libre accès et d'autres non. Si vous rencontrez des difficultés pour y accéder... nous vous invitons à vous rapprocher de votre université STAPS pour qu'on puisse vous donner des codes d'accès gratuits grâce à votre statut d'étudiant.

L'EAPA sait comment communiquer avec le patient car les aspects psychosociaux sont également abordés dans

sa formation. Selon les publics et le contexte par exemple il sera attentif à privilégier le vouvoiement. Dans tous les cas, il veillera au respect du secret professionnel. Il sait faire preuve d'empathie, de tolérance et de patience face au patient. Il garde toujours le sourire « même avec le port du masque » et amène la joie et la bonne humeur auprès du patient mais aussi de ses collègues.

Association, club, cabinet, CHU... Où travailler ?

Spécialiste de la réadaptation et de l'intégration par l'activité physique, l'enseignant en APA peut travailler dans l'ensemble des établissements et des services ayant pour objectif d'héberger, d'accueillir ou d'accompagner des publics à besoins spécifiques tels que :

- des personnes en situation de handicap mental ou moteur ;
- des patients en cours de rééducation ou atteints de maladies chroniques (pathologies cardiorespiratoires, lombalgie chronique, AVC, cancer, parkinson, diabète, hypertension artérielle, obésité, anorexie...);
- des personnes jeunes (du plus jeune âge à 18 ans) porteurs de pathologies ou en surpoids/obésité par exemple ;
- des personnes âgées (selon leur état de santé, à partir de 60 ans);
- des détenus et jeunes délinquants.

Salarié ou indépendant, l'EAPA peut travailler dans des structures très variées du domaine médical ou social, publics ou privés. Cela fait partie de la richesse de ce métier !

Ainsi, on peut retrouver le plus souvent :

- des hôpitaux publics et des cliniques privées;
- des centres de soins de suite et de réadaptation de type SSR (réadaptation cardiaque, réhabilitation respiratoire, médecine physique de réadaptation...);
- des établissements de santé en secteur pédiatrie;
- des établissements de santé pour adultes handicapés (physique et mental);
- des établissements ou associations spécifiques pour personnes âgées (résidences autonomes, EHPAD, services seniors des municipalités...);
- des établissements pénitentiaires;
- des réseaux de santé associatifs (Maisons sport santé, associations avec label « Sport santé » ...);
- des réseaux de santé en libéral (cabinet médical, création d'une salle de sport spécifique aux activités physiques adaptées...).

Le **tableau 2.1** ci-dessous présente ainsi de façon exhaustive les différents cadres d'emplois, leurs avantages et inconvénients, dans le cadre de la fonction d'EAPA :

Loin d'être un métier unique, à l'image là encore de l'ensemble des métiers du sport, le métier d'EAPA révèle une richesse insoupçonnée, et un cadre de travail partenarial très varié. Richesse qui le place, au même titre que médecins et MK (masseurs-kinésithérapeutes), au cœur des processus de santé contemporains.

Les acteurs de santé et leurs prérogatives

Dans un contexte de cabinet et d'une activité exercée en libéral²⁴ (ou en tant que salarié de droit privé au sein d'un cabinet), dans un contexte associatif (droit privé à but non lucratif relevant principalement de la loi 1901, du Code du sport et de la convention collective nationale du sport), ou encore dans un contexte hospitalier (service public de la

Tableau 2.1. Établissements, diplômes requis, avantages et inconvénients liés au métier d'EAPA dans différents secteurs.

En résumé, l'EAPA peut aussi bien travailler :		
<ul style="list-style-type: none"> > Dans des établissements de santé : <ul style="list-style-type: none"> • hôpitaux publics et privés; • des centres de soins de suite et de réadaptation de type SSR; • en secteur pédiatrie; • pour adultes handicapés (physique et mental). > Dans des établissements pénitentiaires 	<ul style="list-style-type: none"> > Des réseaux de santé en libéral : <ul style="list-style-type: none"> • en cabinet médical; • création d'une salle de sport spécialisée aux APA; • médecins de ville et hospitaliers prescripteur des séances en APA. 	<ul style="list-style-type: none"> > Des réseaux de santé associatifs : <ul style="list-style-type: none"> • en Maisons sport santé; • auprès d'associations spécialisées dans le « sport santé » ou des publics spécifiques (exemple : Siel Bleu, clubs cœur et santé, France Parkinson, etc.); • médecins de ville et hospitaliers prescripteur des séances en APA.
<ul style="list-style-type: none"> > En tant que <u>salarié</u> : <ul style="list-style-type: none"> • statut de contractuel avec grade codifié « éducateur technique spécialisé » (niveau bac + 3); • contrat de travail à temps plein ou partiel (CDD, CDI). 	<ul style="list-style-type: none"> > En tant qu'<u>indépendant</u> : <ul style="list-style-type: none"> • statut d'autoentrepreneur; • salarié auprès d'un kinésithérapeute dans certains cas. 	<ul style="list-style-type: none"> > En tant que <u>salarié</u> et ou <u>indépendant</u> : <ul style="list-style-type: none"> • statut d'autoentrepreneur; • salarié auprès d'une association; • contrat de travail à temps plein ou partiel (CDD, CDI, CDI intermittent).
<ul style="list-style-type: none"> > Diplômes requis : <ul style="list-style-type: none"> • licence STAPS mention APA-S obligatoire (Code du sport); • master STAPS mention APA-S est recommandé. 	<ul style="list-style-type: none"> > Diplômes requis : <ul style="list-style-type: none"> • licence STAPS mention APA-S obligatoire (Code du sport); • obtenir une carte professionnelle (possible dès l'obtention de la L2); • master STAPS mention APA-S est un plus. 	<ul style="list-style-type: none"> > Diplômes requis : <ul style="list-style-type: none"> • licence STAPS mention APA-S obligatoire (Code du sport); • obtenir une carte professionnelle (possible dès l'obtention de la L2); • master STAPS mention APA-S est un plus.
<ul style="list-style-type: none"> > En prévention <u>secondaire</u> (après apparition d'une maladie chronique ou ALD). > « Le patient est un patient! » 	<ul style="list-style-type: none"> > En prévention <u>primaire</u> (sans signe d'apparition d'une pathologie, diminuer les FDR modifiables). > En prévention <u>tertiaire</u> (poursuivre la continuité des soins après un séjour en centre de réadaptation ou lorsque la personne n'a plus de prise en charge médicale). > « Le patient reste un patient! » 	<ul style="list-style-type: none"> > En prévention <u>primaire</u> (sans signe d'apparition d'une pathologie, diminuer les FDR modifiables). > En prévention <u>tertiaire</u> (poursuivre la continuité des soins après un séjour en centre de réadaptation ou lorsque la personne n'a plus de prise en charge médicale). > « Le patient est et devient un client/un licencié! »

(Suite)

²⁴ www.elsevier-masson.fr/reussir-son-installation-en-kinesitherapie-liberale-9782294771514.html

Tableau 2.1. Suite.

En résumé, l'EAPA peut aussi bien travailler :		
<p>➤ Les avantages :</p> <ul style="list-style-type: none"> travailler avec des horaires fixes (lundi au vendredi, hors week-ends et jours fériés); avoir des congés payés (+ RTT si votre contrat de travail > 35 h); pouvoir travailler en équipe pluridisciplinaire (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens, psychologues, neuropsychologues, etc.); avoir, le plus souvent, de bons équipements de pointe et de grands espaces à disposition pour travailler dans de bonnes conditions; pouvoir mettre en place des ateliers d'ETP seul ou avec d'autres thérapeutes; participer à des formations complémentaires, des congrès en rapport avec l'APA; participer à des programmes de recherche pour faire avancer la science par l'APA; port d'une tenue vestimentaire adaptée (blouses, pantalons, etc.); possibilité de devenir cadre de rééducation par la suite (adhérer à l'école des cadres en interne pour obtenir la certification). 	<p>➤ Les avantages :</p> <ul style="list-style-type: none"> certaines mutuelles remboursent des séances en APA; possibilité de travailler en collaboration avec des kinés, médecins de ville; liberté dans l'organisation de sa journée et possibilité de gérer plus facilement sa quantité de travail (exemple : travailler à temps partiel); rémunération souvent plus intéressante que dans le milieu hospitalier; le sentiment d'être son propre patron est valorisant; être autonome en exerçant votre métier comme vous le voulez (tout en respectant la déontologie du métier); développer des rapports plus proches avec le(s) patient(s); pouvoir bouger plus facilement et de ne pas rester enfermé toute une journée (exemple : faire des domiciles); pas de restrictions au niveau vestimentaire. 	<p>➤ Les avantages :</p> <ul style="list-style-type: none"> pouvoir encadrer des séances auprès de publics divers et variés, ce qui demande de la polyvalence et de l'adaptabilité; la plupart des structures mettent à disposition du matériel varié; pouvoir travailler plus librement en extérieur et/ou intérieur (certaines communes proposent des espaces dédiés au sport santé tels que gymnase, etc.); possibilité d'avoir un véhicule de fonction pour les déplacements professionnels (exemple : association <i>Siel Bleu</i>); la rémunération se fait souvent à l'heure, avec parfois une prise en charge des frais de déplacement. Il est possible d'avoir un salaire intéressant à partir de 20–25 h d'encadrement par semaine; possibilité d'intégrer l'APA dans des projets plus vastes, au service de mairies, caisses de retraite, mutuelles... et possibilité également de faire des demandes de subventions conséquentes pour des projets annuels (notamment auprès des ARS par exemple).
<p>➤ Les inconvénients :</p> <ul style="list-style-type: none"> peu d'évolution de salaire car il n'existe pas de grille de salaire pour les EAPA pour le moment (cela est en train d'évoluer!); devenir titulaire de la fonction publique hospitalière est très difficile à obtenir; manque de liberté pour faire son propre planning : nécessité de se coordonner quotidiennement avec l'équipe pluridisciplinaire pour organiser et planifier des séances d'APA; la reconnaissance de l'EAPA s'affermi depuis quelques années mais il peut encore arriver que dans certaines équipes, l'intervention de l'EAPA soit présentée aux patients comme un peu facultative. 	<p>➤ Les inconvénients :</p> <ul style="list-style-type: none"> se faire une patientèle peut prendre du temps; devoir travailler dans un espace moins grand et moins bien équipé qu'en secteur hospitalier; de ne pas obtenir de remboursement des séances en APA auprès de la sécurité sociale; le rythme de travail : possibilité de travailler 6 ou 7 j/7, les week-ends et jours fériés; les horaires de travail : > à 35 h par semaine avec des horaires décalés (avant 9 h, sur la pause du midi, voire après 17–18 h); avoir des risques de retard ou d'annulation des patients; faire beaucoup de trajets entre des visites à domiciles (surtout si vos patients habitent loin les uns des autres); 	<p>➤ Les inconvénients :</p> <ul style="list-style-type: none"> beaucoup d'annonces d'emplois avec des contrats de travail à temps partiel; il peut arriver de travailler dans des espaces moins grands et moins bien équipés qu'en secteur hospitalier. avoir des horaires variables (possibilité de travailler les week-ends, avant 9 h, sur la pause du midi, voire après 17–18 h); peu d'évolution de carrière souvent la rémunération ne correspond pas à l'investissement fourni (notamment si les trajets pour se rendre sur les lieux de pratiques sont longs – parfois 2 h de transport pour 1 h d'intervention – il faut parvenir à s'organiser un bon emploi du temps); le rythme de travail : possibilité de travailler les soirs, les week-ends, possibilité de se déplacer beaucoup dans la journée.

(Suite)

Tableau 2.1. Suite.

En résumé, l'EAPA peut aussi bien travailler :	
	<ul style="list-style-type: none"> • être capable de savoir gérer la charge administrative (facturation, comptabilité, etc.); • une solide motivation car vous travaillez seul; • pas de congés payés (et arrêt maladie possible seulement si vous avez votre propre assurance); • être responsable de la prise en charge des patients : se faire remplacer lorsque vous voulez prendre des vacances (ce qui n'est pas toujours facile).

Le **tableau 2.1** présente les cadres d'exercices du métier d'EAPA, les différentes institutions et structures dans lesquelles il peut s'exercer, ainsi que les formations-diplômes requis, et bien sûr, l'ensemble des avantages et inconvénients liés à ce métier.

fonction publique hospitalière), un large panel d'acteurs intervient en synergie au profit de l'autonomie, de la fonctionnalité et de la santé motrice du patient (**figure 2.2**). Médecin, masseur-kinésithérapeute, ostéopathe, chiropracteur et éducateur sportif se relaient et mettent au service de patients (cabinet, hôpital) ou d'adhérents (association) leurs compétences. Le médecin diagnostique et prescrit, le masseur-kinésithérapeute, l'ostéopathe et le chiropracteur massent et manipulent, et l'éducateur sportif réathlétise dans un souci de fonctionnalité et d'autonomie mû par un

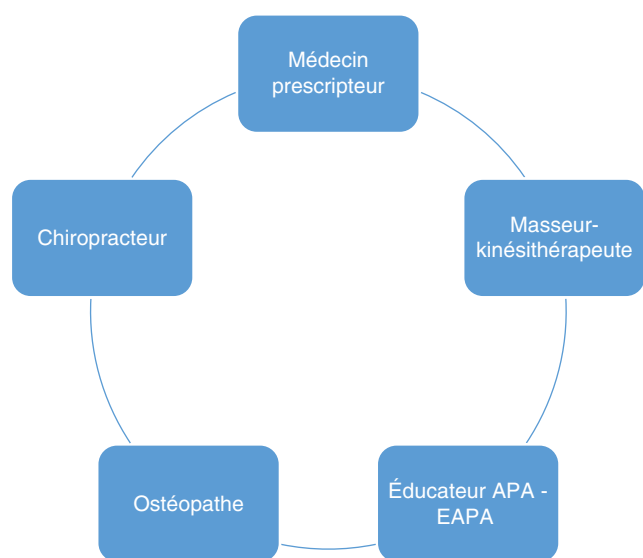


Figure 2.2

Les principaux acteurs de santé par le corps/sport.

La **figure 2.2** présente, dans le contexte de la santé par le corps (activité physique) et/ou du sport, les acteurs impliqués dans le processus de traitement d'une affection et du recouvrement de la santé.

objectif de prophylaxie. La prophylaxie se définit comme « ensemble des moyens mis en œuvre pour prévenir, à titre collectif ou individuel la survenue ou la propagation d'une maladie infectieuse²⁵ ». On peut aussi la définir comme étant un ensemble de mesures de prévention (voir tome 2 de la même collection, entraînement sportif, **chapitre 7**), et ainsi élargir son acception à la totalité des formes d'actions motrices : activité physique, sport, EPS.

Voici, pour chacun de ces acteurs, une définition et présentation issues du dictionnaire de l'Académie nationale de médecine²⁶ :

Le médecin : « praticien habilité à pratiquer la médecine, détenteur des diplômes prévus par l'article L4131-1 du Code de la santé publique et inscrit au tableau du conseil départemental de l'Ordre des médecins ». On parle alors aussi bien de médecine préventive que de médecine curative. Il est habilité à prescrire (réaliser des ordonnances, y compris de prescriptions non médicamenteuses), afin d'orienter les patients vers la guérison, le rétablissement, le mieux ou le bien-être.

Le médecin peut prescrire de l'activité physique (comme traitement non médicamenteux) à un patient atteint d'une ALD. Cette activité physique peut être encadrée, comme le prévoit la loi Santé du sport sur ordonnance²⁷ et son décret d'application du 30 décembre 2016, par un des professionnels suivants : (i) les professionnels de santé mentionnés aux articles L4321-1, L4331-1 et L4332-1, (ii) ensuite les professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine

²⁵ www.academie-medecine.fr/dictionnaire/

²⁶ www.academie-medecine.fr/dictionnaire/

²⁷ <https://sport-ordonnance.fr/decret-sport-sur-ordonnance/>