

# Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical

## *Construction of a professional jurisdiction in Adapted Physical Activity in the medical world*

Claire Perrin<sup>1</sup>

### ➔ Résumé

L'Activité Physique Adaptée (APA) a été définie au niveau international dans les années 70. Elle s'est développée en France à partir des années 80 dans l'espace universitaire des « Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives » (STAPS) en s'appuyant sur une recherche pluridisciplinaire spécifique. Elle s'est ensuite progressivement inscrite dans l'espace des professions. Avec la création en 2008 de la Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée (SFP-APA), ce groupe est entré dans une dynamique de construction de son territoire.

**Objectif :** Il s'agit d'une étude sociologique du processus d'élaboration d'un référentiel métier par la SFP-APA.

**Méthode :** Une observation participante a été menée durant la première phase du travail. Elle a donné accès à des points de débats consignés dans un journal de terrain et analysés au prisme de la sociologie des groupes professionnels.

**Résultats :** Les récits des professionnels de l'APA mettent en scène une activité d'enseignement qui vise le développement de « capacités » et l'émancipation des usagers. Ils rendent compte de conflits de territoire avec les professions paramédicales et les éducateurs sportifs. La co-construction du référentiel s'inscrit dans une rupture avec une approche médico centrée.

**Conclusion :** L'analyse de la nature des transactions entre les professionnels et les personnes atteintes d'une maladie chronique permet de dessiner un espace des professions au sein duquel se situe l'enseignant en APA, dans une position irréductible à celle des autres intervenants.

**Mots-clés :** Activité Physique Adaptée ; Profession ; Territoire ; Référentiel métier ; Enseignement ; Capacité ; Guide de bonnes pratiques ; Pratique professionnelle.

### ➔ Summary

*Adapted Physical Activity (APA) is a concept which was coined in the mid-seventies and was developed in France during the eighties in Sport Science faculties. During the same period, it gradually made its way into the health, social and medico-social professions. The French Association of APA Professionals was founded in 2008, leading to a process of definition of the scope of this new profession.*

**Aims and objectives:** The author presents a sociological study of the construction of an "occupational reference" by the FAAPAP.

**Methods:** Participant observation of the team involved in the first phase of the process was conducted. The key stages in the debates were recorded as field notes and analysed using a French approach to the sociology of professions.

**Results:** APA professionals described a teaching approach designed to promote development of the user's capabilities and empowerment. They also reported conflicts of legitimacy with health-related professionals and sport educators. Definition of the role of APA professionals is based on a critique of the biomedical model.

**Conclusions:** Analysis of interactions between professionals and patients with chronic diseases reveals a space invested by professional expertise in which APA teachers occupy their own distinctive position.

**Keywords:** Adapted Physical Activity; Profession; Professional jurisdiction; Occupational reference; Teaching; Capability; Practice guidelines; Professional practice.

<sup>1</sup> Université Lyon – UCBL Lyon 1 – L-Vis EA7428 – Confédération de Recherches Interdisciplinaires en Sport CCRIS, FED4272) – F-69622 Lyon – France.

Correspondance : C. Perrin  
claire.perrin@univ-lyon1.fr

Réception : 12/09/2015 – Acceptation : 19/03/2016

## Introduction

L'Activité Physique Adaptée (APA), définie au niveau international dans les années 70, s'est développée en France à partir des années 80 dans l'espace universitaire des « Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives » (STAPS), avec l'appui d'une recherche pluridisciplinaire spécifique. Elle s'est progressivement inscrite dans l'espace des professions<sup>1</sup>, d'abord dans les secteurs du social et médico-social, puis dans le secteur sanitaire, position qu'elle a affirmée en 2007 par l'élargissement de son sigle : APA-Santé (APA-S). Dans le monde médical, les professionnels de l'APA prennent place aux côtés de professions établies et réglementées (médicales, paramédicales ou assimilées au domaine de la santé). En l'absence de conventions collectives spécifiques, ils intègrent des statuts ne correspondant pas à leur activité et à leurs compétences propres (éducateur sportif, animateur, technicien supérieur), alors même que des textes officiels [1] et des rapports publics [2]<sup>2</sup> citent les nouveaux métiers de l'APA dans leurs recommandations.

C'est dans ce contexte paradoxal de déclassement et d'utilité sociale émergente que les professionnels de l'APA sont entrés dans un processus de construction de leur territoire en créant en 2008 la Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée (SFP-APA) (1 200 adhérents aujourd'hui). Le territoire correspond selon Freidson [3], à « la relation que les professionnels entretiennent avec un ensemble de tâches dont ils ont la charge, et de compétences exercées de façon quasi exclusive ». Cette construction du territoire ne peut se faire « qu'en opposition avec les définitions que se donnent d'autres entités semblables » et suppose leur reconnaissance, mais aussi celle des usagers et des institutions.

<sup>1</sup> Le diplôme de Licence STAPS APA-S est inscrit au Répertoire National des Certifications Professionnelles sur des prérogatives qui relèvent de l'article A. 212-1 du Code du Sport modifié par l'arrêté de 2016 : le professionnel en APA 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'Activité Physique.

<sup>2</sup> Le professionnel de l'APA a été distingué de l'éducateur Sport-Santé par sa formation et son niveau de qualification dans le cadre du Plan National de prévention par les Activités Physiques ou Sportives (PNAPS)[2]. L'APA a été définie comme « une intervention professionnelle qui mobilise des connaissances scientifiques pluridisciplinaires afin d'analyser les ressources et les besoins spécifiques des populations et concevoir des dispositifs et des projets d'intervention qui utilisent des activités physiques adaptées à des fins d'éducation, de prévention, de promotion de la santé et d'intégration, en articulation avec d'autres professionnels de la santé, de l'éducation ou du développement social ».

Les politiques publiques de santé ont créé à partir des années 2000 un environnement favorable à la construction d'une légitimité institutionnelle de l'APA, en intégrant progressivement l'objectif de promotion de l'Activité Physique (AP) (Programme national nutrition santé (PNNS) (2001-2015), Plan Bien Vieillir (2007-2009), Plan Obésité (2010-2013) et Plan Cancer (2014-2019)). La participation de la SFP-APA aux travaux nationaux qui ont accompagné ces plans, objective l'amorce d'une reconnaissance institutionnelle et la naissance d'un territoire de l'APA. Ses contours se précisent sous la pression des professionnels de santé qui voient leur périmètre d'activité menacé (masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens), mais aussi plus récemment sur la convoitise des éducateurs sportifs « Sport-Santé » qui, soutenus par les fédérations sportives, ouvrent le monde du sport et des loisirs aux malades chroniques, en développant des partenariats avec des dispositifs de soins.

La mise en œuvre du Plan national Sport-Santé Bien Être (PNSSBE) constitue un nouveau front pour les professionnels de l'APA (représentés par la SFP-APA). Décliné dans les régions selon l'instruction du 24 décembre 2012 sous l'égide des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et les agences régionales de santé (ARS), ce plan entièrement dédié à l'AP a en effet reconfiguré l'approche qui s'était construite durant les quinze années précédentes [4] et qui avait été objectivée par le PNAPS. Dans cette dernière, l'APA intégrée aux organisations de soins, avait pour objectif de combler les déficits de ressources physiques, cognitives, affectives et sociales des patients fragilisés et éloignés des pratiques physiques et sportives, avant de construire avec eux un projet de pratique avec la maladie qui ait du sens dans leur cadre de vie. Cette étape qui respectait la division du travail selon les niveaux de qualification et de spécialisation conditionnait l'orientation sécurisée des patients vers une pratique autonome et pérenne avec des éducateurs Sport-Santé, par exemple.

En faisant de la DRJSCS l'interlocuteur principal de l'ARS, le PSSBE a directement mobilisé le mouvement sportif pour assurer une offre de pratique couvrant l'ensemble du territoire régional. Dans ce contexte, des formations complémentaires (d'une quarantaine d'heures) sont développées par les fédérations sportives, les réseaux Sport-Santé permettant aux éducateurs sportifs d'accueillir dans les clubs et associations, des personnes atteintes de maladie chronique.

Face à ces nouvelles dynamiques régionales du Sport-Santé faisant émerger un environnement concurrentiel aux contours flous, les enseignants en APA ont ressenti la nécessité de franchir une étape supplémentaire de formalisation de leur territoire et d'affirmation de leur identité en élaborant un « référentiel métier » [5]. Il rend compte de leur

pratique professionnelle, de sa dimension éducative et de l'éthique qui l'accompagne. La SFP-APA a ainsi mobilisé une équipe de sociologues pour engager un processus de co-construction du référentiel de l'enseignant en APA.

L'objectif de l'étude consiste à analyser les débats qui ont nourri ce travail à partir du cadre théorique de la sociologie des groupes professionnels. L'analyse se concentre sur le secteur sanitaire, le plus directement impacté par les politiques publiques. Elle mobilise le système des professions développé par Abbott selon le modèle des écologies liées [6], ainsi que les travaux de Hughes [7] sur le mandat. Abbott définit les professions comme des métiers qui ont obtenu une situation d'exclusivité sur un domaine d'activité et qui disposent d'un système de savoirs abstraits sur lequel elles se fondent pour résoudre des conflits de territoire avec d'autres groupes professionnels. Pour les enseignants en APA, le référentiel professionnel est un support de communication sur leur territoire auprès des trois auditoires que sont les autres groupes professionnels, les bénéficiaires et l'État, dans l'objectif ultime de parvenir à une juridiction. La juridiction est finalement étroitement lié à deux concepts définis par Hughes : la *licence*, c'est-à-dire ce qui est autorisé par la société à un groupe d'individus, et le *mandat*, à savoir les missions, droits et devoirs des professionnels ainsi que ceux des bénéficiaires de l'activité.

Si Abbott porte l'essentiel de son attention sur les luttes juridictionnelles entre professions, Hughes donne de l'importance à « la nature des transactions entre ceux qui reçoivent et ceux qui assurent le service ». Quel est l'objectif poursuivi par les professionnels avec les malades chroniques : mettre la personne en exercice ou lui permettre de développer de nouveaux pouvoirs d'action dans le cadre de pratiques qui peuvent prendre du sens dans sa vie ? L'analyse montre comment les professionnels de l'APA positionnent leur intervention dans un processus d'émancipation et de développement de l'autonomie. Davantage qu'un but en soi, les APA constituent pour les pratiquants un moyen de construire de nouvelles normes de vie avec la maladie. L'analyse engagée par les enseignants en APA dans l'élaboration de leur référentiel cherche ainsi à définir la spécificité et l'irréductibilité de leur intervention à celle des autres professionnels et à démontrer le fondement cognitif et éthique de leur profession.

## Méthode

L'étude a été réalisée dans le cadre d'une démarche partagée entre la SFP-APA et une équipe de trois sociologues dans l'objectif d'élaborer le référentiel métier à

partir d'une consultation élargie des professionnels. La démarche visait une co-construction du savoir [8] par l'ensemble des membres engagés dans le projet, chacun apportant des éléments de connaissance. Les sociologues ont ainsi aidé à la production de données significatives par la conception et l'analyse de 60 entretiens approfondis auprès de 32 hommes et 28 femmes qui enseignent en APA dans les trois secteurs : sanitaire, social et médico-social.

Une observation participante a été réalisée par l'auteur de l'article, engagée en tant que sociologue dans la co-construction du référentiel, de janvier 2014 au 14 octobre 2015, date de la présentation officielle du référentiel. Les données de l'observation ont été systématiquement consignées dans un carnet de terrain.

La présente recherche, si elle se nourrit de l'ensemble du processus, prend essentiellement appui sur l'observation des trois premières réunions de 4 h qui se sont déroulées au début de l'année 2014 et sur la présentation du premier travail du comité de pilotage au regard critique de 150 professionnels de l'APA lors du Congrès National de l'association le 4 avril 2014. L'objectif des premières réunions était de positionner collectivement le projet de référentiel et ses enjeux professionnels et sociaux et d'en penser la structuration. Elles ont eu lieu avec le comité restreint composé de trois dirigeants de l'association, mais ont été nourries par des échanges du même comité avec un comité élargi de 16 membres de la SFP-APA considérés comme des référents dans leur secteur de pratique.

L'analyse se centre sur les 27 entretiens de professionnels intervenant dans le secteur de la santé et sur les éléments des débats initiaux à l'origine du positionnement identitaire des professionnels dans leur référentiel.

## Résultats

### Le flou terminologique pour désigner les intervenants dans le domaine du sport et de l'APA : des conflits de territoire avec les éducateurs sportifs

Les cadres de la SFP-APA soulignent qu'« ils ne souhaitent plus être considérés comme de simples "éducateurs sportifs", appellation générique des intervenants dans les métiers du sport sans distinction du niveau de qualification, et des fonctions et responsabilités exercées ».

La SFP-APA a voulu travailler avec ses adhérents sur la question de l'identité terminologique du métier en lançant une enquête auprès de ses adhérents [9] qui a permis un

choix collectif de la dénomination « Enseignant en APA ». Mais le nom que se donne le groupe des professionnels de l'APA doit encore s'inscrire dans l'espace public, alors même qu'une confusion est entretenue sur les compétences des différents professionnels de l'intervention en face à face.

La généralisation de la dénomination « éducateur sportif » à l'ensemble des intervenants professionnels a pour effet de gommer la différence de niveau de qualification entre un éducateur sportif qui a une formation courte de niveau IV (Brevet Professionnel) et un enseignant en APA qui a une formation universitaire de niveau II (Licence en APA).

La confusion est encore renforcée quand la dénomination d'éducateur médico-sportif (EMS) est utilisée pour des éducateurs Sport-Santé. Inventée par des diabétologues à la fin des années 90 dans le cadre du programme « Nouveaux services-emplois jeunes » pour rendre compte de l'alliance de compétences en APA et en éducation thérapeutique [10], cette dénomination a perdu de son intérêt depuis que les formations universitaires en APA ont intégré l'éducation thérapeutique à leur programme. Cet intitulé reste cependant très utilisé par les médecins du sport qui sont historiquement garants du savoir abstrait dans le modèle « médico-sportif ». En mobilisant cette dénomination, les éducateurs (médico-sportifs) sont susceptibles d'être positionnés sur les savoirs professionnels pratiques, d'où la facilité à les confondre avec des éducateurs Sport-Santé. La reconnaissance de l'enseignant en APA suppose la reconnaissance de son savoir académique propre, des conflits de territoire ne manquant pas de se jouer derrière les dénominations [11].

La généralisation de l'idée d'adaptation participe également à la confusion. « Tout le monde fait maintenant des activités physiques adaptées ! Les médecins du sport s'appuient sur l'idée d'une activité physique ou sportive "régulière, adaptée, sécurisée, contrôlée"... sans lien avec les compétences en Activité Physique Adaptée... ça aussi c'est une confusion qui fait du mal... elle ne peut pas être perçue par les usagers, ni par les professionnels de santé » (position prise par un membre du comité d'experts).

Selon les cadres de la SFP-APA, trop peu d'attention est portée, y compris parfois dans certains intitulés de formations universitaires, à la différence entre l'APA (au singulier) qui dénomme le concept (en lien avec une recherche pluridisciplinaire, une approche holistique, des méthodes, une éthique) et « les » APA au pluriel qui correspondent aux pratiques culturelles. La SFP-APA craint que ne se perde ainsi l'ancrage historique de la profession dans un contexte social où les interventions en AP se multiplient sans considération sur leur forme qui peut parfois être totalisante.

L'enseignement en APA se distingue de l'encadrement du Sport-Santé : « Alors que l'intervention de l'éducateur sportif est essentiellement centrée sur l'APS et les exercices, celle de l'enseignant en APA est centrée sur la personne dans son parcours de soin et suppose un travail avec une équipe pluridisciplinaire » conclut un membre du comité de pilotage, en soulignant que les deux interventions ont leur pertinence si elles sont appropriées à l'état de santé, aux ressources physiques, psychologiques, sociales et culturelles des personnes auxquelles elles s'adressent, mais également à leur projet et aux organisations dans lesquelles elles se déroulent.

### Un positionnement dans le parcours de soin sans être professionnel de santé : conflits de territoire avec les professions paramédicales

Le deuxième point de débat concerne le positionnement de l'APA dans le parcours de soins. Les enseignants en APA travaillent le plus souvent au sein d'équipes pluridisciplinaires et collaborent avec des professions de santé paramédicales : masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens, qui sont les plus concernés par une approche pluridisciplinaire de la promotion de l'AP. Les entretiens auprès des enseignants en APA rendent compte de collaborations avec les ergothérapeutes et les psychomotriciens qui ne posent pas de problèmes de territoire. Les conflits apparaissent plus fréquents avec les Masseurs kinésithérapeutes, en particulier au moment où les enseignants en APA arrivent dans les services.

*« Au début avec les kinés, c'était pas la super ambiance parce que, déjà, ils ne savaient pas pourquoi ils avaient embauché un APA et pas un kiné comme c'était le cas avant. Ensuite, ils n'arrêtaient pas de s'interroger sur ce que j'avais vraiment le droit de faire, est-ce que j'avais vraiment le droit d'être seul avec les patients... Ils auraient prétendu installer des relations de subordination avec moi. Eh oui, les premières années, ce n'était pas vraiment évident... Après dans l'équipe en soi, cela marchait bien... avec les médecins comme avec les infirmières, il n'y avait aucun problème. Mais les collègues kinés, surtout ceux qui ne travaillaient pas avec moi, ils avaient l'impression qu'on faisait la même chose alors qu'on n'a pas la même formation... ils nous pensaient du coup moins compétents... »*

Raphael, enseignant en APA dans un service de réadaptation cardiaque

Les membres du comité de pilotage expliquent ces difficultés comme étant essentiellement produites par le conseil de l'ordre des Masseurs Kinésithérapeutes (CNOMK) et reconnaissent : « il est vrai que certains établissements peuvent parfois créer des fiches de poste confuses... que la SFP-APA ne cautionne pas ». L'un des entretiens évoque d'ailleurs les démarches engagées conjointement avec les masseurs kinésithérapeutes auprès de la direction :

*« Il a fallu les convaincre que mon travail ne pouvait se confondre avec celui de mes collègues kiné... que ce qui était intéressant c'était de faire quelque chose de complémentaire qui pouvait prolonger le travail de rééducation du kiné mais qui ne se confondait pas avec... déjà moi je ne fais pas de la mobilisation avec les patients... je fais pratiquer une activité physique adaptée qu'ils pourront continuer après leur prise en charge si ça leur plaît... »*

*Julie, enseignante en APA  
en Soins de Suite et de Réadaptation*

Le comité de pilotage s'étonne cependant des positions du CNOMK et de syndicats de masseurs kinésithérapeutes qui revendiquent le monopole de l'intervention en AP dans les structures de soin, alors même que cela ne fait pas partie des situations de travail décrites dans le référentiel du métier et des compétences des masseurs-kinésithérapeutes. Cette absence démontre bien, selon eux, que les séances collectives APA ne font pas partie de leur cœur de métier.

Il n'est pas aisé de construire un territoire dans des structures où dominant des professions établies et réglementées, c'est-à-dire dont le territoire a déjà été dessiné, pour certaines de longue date. « L'arrivée d'un nouvel intervenant peut déclencher une guerre de tranchée... par peur d'être contraints de bouger des lignes » (membre de la SFP-APA). Les délimitations des territoires des professions établies ne semblent pourtant pas bouger concrètement sauf en cas de tentative de délégation aux enseignants APA de tâches secondaires et coûteuses en temps qui ne relèvent pas de leurs compétences. Néanmoins, nombreux sont les professionnels qui disent avoir réussi à faire reconnaître localement leur intervention comme complémentaire de celle des autres professionnels mais aussi spécifique par sa démarche et son impact sur le corps dans le cadre du projet éducatif et/ou thérapeutique des structures.

*« C'est certainement de l'ergothérapeute dont je suis la plus proche dans mon activité... on est toutes les deux dans une approche bio-psycho-sociale... pour nous le sens de l'activité pour le patient c'est important dans ce qu'on fait*

*faire... après moi mon support ce sont les activités physiques et sportives »*

*Sophie, enseignante en APA en gériatrie*

Le territoire de l'enseignant en APA se distingue de celui des professions paramédicales par la spécificité du support d'intervention : les activités physiques et sportives, ludiques ou artistiques adaptées, mais surtout par la nature de l'intervention qui relève de l'enseignement.

## Discussion

La SFP-APA a établi une rupture en considérant l'enseignement comme cœur de métier. Dans les référentiels de formation en STAPS, ce positionnement distingue l'intervention de celle des éducateurs et des moniteurs sportifs : La différence essentielle entre le niveau II et les niveaux inférieurs tient dans l'insistance sur l'activité d'enseignement par rapport à celle d'animation et d'encadrement [12]. Mais si elles permettent de valoriser le niveau de formation universitaire, ces compétences d'enseignement procèdent d'une reconfiguration de l'identité de l'APA qui s'était initialement construite en dehors de la filière de formation des enseignants du secondaire appelée « Éducation et Motricité ».

La question se pose alors de savoir ce qui permet aux professionnels de revendiquer une activité d'enseignement en dehors du milieu scolaire. Dessus [13] détermine quatre conditions nécessaires et suffisantes pour pouvoir parler d'enseignement : (1) Il faut tout d'abord qu'il y ait une activité collaborative. Or les professionnels de l'APA expriment le souci d'impliquer la personne à chaque étape de l'intervention d'enseignement, du bilan éducatif partagé initial à la co-construction d'un projet qui a du sens pour elle. Ce point a été considéré comme structurant dans le référentiel-métier. (2) Il faut ensuite que cette activité soit supervisée (3) et aménagée par l'enseignant, comme c'est le cas dans les situations de travail décrites dans le référentiel. (4) Enfin, l'activité doit déboucher sur l'acquisition de comportements généralisables. C'est certainement le point le plus important. Des études qui ont montré comment des apprentissages en APA pouvaient être généralisés à leur vie quotidienne par des pratiquants sont évoquées à ce sujet au cours de la seconde réunion. Les travaux d'Amélie Fuchs [14] ont par exemple mis en lumière l'utilisation de la pratique d'APS à des fins d'expectoration par des personnes atteintes de mucoviscidose ; ceux de Nathalie

Barth [15] ont souligné, à partir de récits d'expérience de personnes atteintes d'un diabète de type 2 et engagées en APA, la modification du rapport global au corps et son impact sur la vie avec la maladie.

Le comportement peut être généralisé à partir du moment où la personne se l'approprie au point de pouvoir lui donner du sens et de l'adapter dans une situation différente. Comment cette compétence peut-elle se construire dans les situations mises en œuvre par l'enseignant en APA ? Apprendre à « aller vers ce qui me fait du bien » peut relever d'un enseignement en APA qui permettra à la personne d'être en mesure de réactiver ce comportement dans d'autres domaines de sa vie avec la maladie ou la déficience, si elle le désire. Face à ces questions, l'un des membres du comité souligne l'importance de faire vivre des expériences contradictoires aux niveaux perceptif et sensoriel, et surtout d'amener les personnes à mettre en mots ce qu'elles ont vécu pour le symboliser et construire ainsi de nouvelles possibilités.

L'analyse des entretiens révèle également que toutes les situations de travail ne permettent pas aux enseignants en APA d'enseigner. Des professionnels de l'APA, doivent parfois se contenter « d'animer » une activité physique avec des personnes qu'ils ne rencontrent que dans le temps contraint de l'intervention pratique, souvent conçue comme une délégation de service, indépendante du projet de soins et d'éducation. Ces dernières sont invitées à réaliser des exercices répétitifs sans que leurs perceptions et leur analyse ne soient sollicitées. Elles sont ensuite invitées à refaire les exercices chez elles, comme si elles devaient prendre un médicament. Par la répétition, elles développent des capacités physiques qui déclineront dès qu'elles ralentiront la cadence de leur entraînement et rentreront à nouveau dans un cercle de déconditionnement. Dans ce modèle, il s'agit de persuader le malade chronique de s'auto contraindre à une pratique pour les bénéfices qu'elle est susceptible d'apporter. Il est alors difficile de parler d'enseignement. Le comité restreint fondamentalement remis en question cette approche de l'AP médicament qui interroge l'intérêt de créer la catégorie des thérapeutiques non médicamenteuses pour finalement fonctionner sur le modèle du médicament et de ses posologies. « *Cela risque de se terminer comme les boîtes de médicaments qui finissent au placard !* » souligne un professionnel.

Ces situations révèlent une méconnaissance du métier d'enseignant en APA, mais également une conception de l'intervention auprès des malades chroniques qui peine à sortir de l'approche médicale prescriptive.

L'APA est née dans la continuité des mouvements de revendication des personnes handicapées aux États-Unis et

en Angleterre dans les années 1970-1990, eux-mêmes en lien avec les mouvements féministes, ethniques et gay, revendiquant le droit à la différence et l'égalité d'accès aux pratiques sociales [16]. Les pratiques professionnelles de l'APA se sont structurées à partir d'une déconstruction de la situation de handicap et du Processus de Production du Handicap (PPH) [17] pour créer les conditions de développement et d'émancipation des personnes atteintes d'une maladie et/ou d'une déficience à partir de leurs propres projets.

La réduction de l'intervention à une expérience unique et univoque (faire des mouvements de gymnastique<sup>3</sup>, par exemple) engage les malades chroniques à intégrer une contrainte surnuméraire (relativement aux prises de médicaments, aux contraintes alimentaires, aux soins et examens médicaux) en se soumettant à « une morale de l'effort » [18]. Elle met en péril l'idée de projet de vie avec sa maladie.

En référence aux travaux de Nussbaum [19], l'évaluation traditionnelle des limitations fonctionnelles et les aptitudes physiques des patients ne saurait à elle-seule déterminer les possibilités de pratique d'AP d'une personne. Comme elle le suggère, il serait aussi important de considérer ce que chaque personne est capable de faire et d'être en prenant en compte son expérience, sa culture, ses représentations et surtout ses choix. La réflexion se pose alors en termes de « capacités » définies comme étant « des possibilités offertes à chaque personne, en respectant sa capacité d'auto-définition individuelle, ses choix et sa liberté ».

Dans le référentiel métier, l'intervention en APA démarre par un « bilan éducatif partagé » au sein duquel l'enseignant ne se confond pas avec un expert qui évalue les incapacités et les déficiences des personnes pour mesurer des écarts par rapport à une norme de santé. C'est un professionnel qui dispose de connaissances en physiopathologie, physiologie de l'exercice, psychopathologie, psychologie de l'engagement, sociologie de l'activité physique adaptée et santé, didactique et pédagogie des APA, mais qui intervient en pédagogue. En cohérence avec l'éducation thérapeutique [20], le patient est placé dans la situation de construire avec le professionnel un bilan de ses expériences des APS, de ses goûts, de ses besoins et de ses attentes eu égard à son projet de vie. Ils conviennent ensuite ensemble d'un

<sup>3</sup> À ce sujet, la revendication des masseurs kinésithérapeutes d'un monopole de l'AP les confrontent aux prérogatives d'intervention définies par le Code du sport dans l'article A. 212-1, limitées à la gymnastique d'entretien ou préventive dans les établissements d'activités physiques et sportives déclarés. Celles-ci ne permettent pas d'enseigner des APA diversifiées afin de développer progressivement une autonomie vis-à-vis du monde médical pour accéder à une participation sociale.

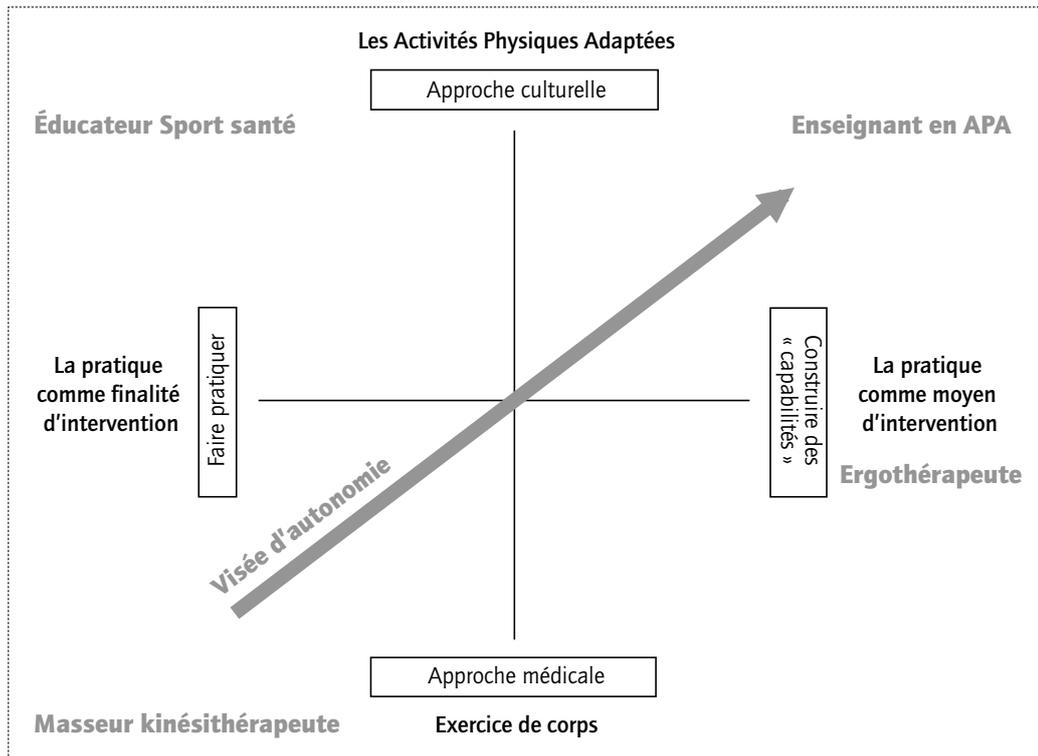


Figure 1 :  
Espace des territoires  
professionnels concernés  
par l'AP

premier objectif qui sera réévalué conjointement au fur et à mesure de l'expérience en APA et en fonction de l'évolution de l'état de santé et des ressources personnelles.

Les enseignants en APA interrogés ne semblent pas rencontrer de difficulté pour faire reconnaître l'utilité de leur travail par les usagers et par les soignants formés à l'éducation thérapeutique sur leur lieu de travail. Il leur reste cependant à rendre lisible et compréhensible la spécificité de leur intervention relativement à celle des éducateurs sportifs, la différence pouvant paraître ténue et difficilement mesurable.

Le territoire de l'enseignant en APA a ainsi pu être progressivement positionné par les cadres de la SFP-APA relativement à celui des groupes professionnels concernés par la promotion de l'AP, à partir des conceptions qui sous-tendent les interventions. Ces conceptions peuvent être visualisées sous la forme d'un espace à deux dimensions (figure 1). La première dimension, verticale sur la figure, est celle des formes de mise en jeu du corps. Elle oppose une approche réduisant l'AP à un « exercice du corps » (par exemple, marcher 20 mn sur un tapis de marche) à une approche culturelle des activités physiques adaptées (par exemple faire une randonnée avec tous les éléments de culture qu'elle peut intégrer : chaussage, eau, convivialité, découverte de l'environnement...). La seconde dimension, horizontale sur

la figure, oppose une intervention qui fait de la pratique physique une finalité en soi (par exemple faire de la marche nordique) à une intervention qui utilise des APA comme moyen d'intervention (par exemple apprendre à ressentir et repérer différentes intensités d'effort pour gérer son engagement physique avec un diabète).

S'il est utile pour clarifier l'analyse d'aborder chaque axe de façon distincte, penser *ensemble* ces deux axes permet de comprendre la distinction des territoires professionnels établie par les cadres de la SFP-APA. Les professions paramédicales se situent logiquement du côté d'une AP-exercice. Les masseurs kinésithérapeutes proposant des exercices pour leurs effets de rééducation, se situent du côté de la pratique comme finalité (à gauche de l'axe horizontal). En revanche, les psychomotriciens qui incitent le patient à se mettre en mouvement se positionnent à droite, sans trop s'éloigner de l'axe vertical. Celui des ergothérapeutes qui travaillent le contrôle et l'équilibre de la motricité dans des situations de vie quotidienne, se situent davantage du côté de la construction de capacités (à droite de l'axe horizontal) et se rapprochent d'une approche culturelle (vers le centre de l'axe vertical). Cette analyse aide à comprendre certaines proximités avec les ergothérapeutes par les enseignants en APA interrogés. Il s'agit bien ici du positionnement des cœurs de métier

relativement à l'AP. Il n'exclut pas que le masseur kinésithérapeute puisse avoir des interventions éducatives (apprendre par exemple à protéger une articulation douloureuse, à se mouvoir sans accentuer un déséquilibre) ou que le psychomotricien fasse répéter certains exercices pour participer au projet de rééducation en collaboration avec le kinésithérapeute.

Les métiers de l'intervention en APS se situent de l'autre côté de l'axe vertical, du côté des pratiques culturelles qui permettent une participation sociale dans le domaine des loisirs (en haut de l'axe vertical). Ils se différencient par leur expertise et l'objectif de leur intervention. La pratique d'une APS étant la finalité de l'intervention des éducateurs Sport-Santé, leur territoire se situe à gauche de l'axe horizontal. Le plus souvent spécialisés dans une pratique sportive, leur intervention est construite à partir de cette APS pour viser une amélioration technique ou de performance, les bénéfices résultant naturellement de la mise en jeu du corps. L'enseignant en APA part des ressources et des besoins de la personne pour co-construire avec elle un projet au sein duquel il met en place des situations d'enseignement : l'activité est donc pour lui un moyen et pas seulement une fin. Son territoire se situe ainsi du côté du développement de capacités (à droite sur l'axe horizontal).

C'est bien « la nature des transactions » [7] entre les malades chroniques qui se confrontent à l'expérience de l'AP et l'intervenant, qui distingue les enseignants en APA des éducateurs sportifs. Dans l'activité d'enseignement, il ne s'agit pas d'aligner le patient sur une norme d'exercice qui s'impose de manière descendante, mais de l'amener à construire de nouvelles normes de relation avec son corps et avec le monde, pour lui permettre d'entrer en mouvement dans des situations qui ont du sens pour lui.

## Conclusion

L'activité de l'enseignant en APA, contrairement à de nombreuses activités professionnelles émergentes [21, 22], ne se fonde pas sur la mobilisation de savoirs et savoir-faire ordinaires d'ordre relationnel (accueil, écoute empathique) dans le cadre d'activités traditionnelles d'encadrement d'APS. « *L'intervention en APA consiste en des activités de diagnostic éducatif, de co-construction de projets personnalisés, de conception de séances d'enseignement, de mise en œuvre pédagogique et d'évaluation des séances et de leurs effets. Elle s'effectue en pleine autonomie en articulation avec celle des autres professionnels de la santé* » [5].

La figure 1 rend compte d'un territoire de l'enseignant en APA bien distinct des territoires des professionnels paramédicaux et des éducateurs Sport-Santé. Des niveaux complémentaires d'intervention peuvent ainsi être coordonnés dans le parcours de soins dans l'objectif de construire les conditions d'une autonomie de pratique qui ne va pas de soi [15]. Si les territoires peuvent s'étendre et se chevaucher à leur marge dans le cadre de projets collaboratifs (cas de l'éducation thérapeutique), ce sont bien les cœurs de métier<sup>4</sup> qui garantissent les compétences au service des bénéficiaires. Si tous les professionnels du monde médical disposent de la compétence transversale d'évoquer avec le patient son activité physique, tous n'ont pas la compétence spécifique d'encadrer des pratiques d'APS. Inversement, tous les professionnels de l'intervention en APS ne sont pas formés à fonder leur intervention sur des connaissances physiopathologiques, ni outillés théoriquement et techniquement pour aborder leurs habitudes de vie avec les personnes atteintes d'une maladie chronique. Il s'agit de compétences de haut niveau qui doivent être liées à un professionnalisme et à des interrogations éthiques. Par ailleurs le contexte de l'intervention conditionne la possibilité ou non d'aborder les questionnements autour de la maladie et de sa gestion.

Identifiés parmi les professionnels participant à la prise en charge de pathologies chroniques (Actes et prestations-ALD n° 8, p. 9, mars 2014, par exemple), intégrés dans les équipes soignantes, formés et impliqués en éducation thérapeutique, les enseignants en APA interrogés sont engagés dans des relations collaboratives avec les professions médicales et paramédicales. Leur mandat consistant à développer l'autonomie des personnes prises en charge en APA, ils participent également à la construction de passerelles avec le monde sportif soutenant les patients qui le souhaitent dans la mise en œuvre d'un projet personnel au-delà de la prise en charge. Ils tissent ainsi des collaborations avec des éducateurs Sport-Santé vers lesquels ils orientent les patients en capacité de gérer une pratique autonome avec leur maladie. Ces derniers quittent dès lors leur statut de malades, pour endosser celui de sportifs adhérents du club.

L'étude de l'élaboration d'un territoire « en train de se faire » a été limitée aux points de vue exprimés par les enseignants en APA à l'occasion de l'élaboration de leur référentiel. Elle gagnera à être complétée par celle de sa réception par les autres groupes professionnels, les acteurs institutionnels et les bénéficiaires. L'analyse retrace les

<sup>4</sup> Le cœur de métier correspond à l'activité principale pour laquelle le professionnel a été formé et sur laquelle s'exerce la solvabilité de son intervention.

dynamiques paradoxales de construction du métier d'enseignant en APA dans le monde médical qui, en même temps qu'il se développe aux échelles locales et nationale, doit impérativement repréciser son cœur de métier au risque d'être dissout sous l'effet des politiques publiques.

En se positionnant en tant qu'enseignants dans leur référentiel, les professionnels de l'APA cherchent à affirmer la spécificité des transactions que leur intervention éducative vise avec les personnes atteintes d'une maladie et/ou d'une déficience, en cohérence avec l'ancrage historique de leur discipline. Leur intervention ne se limite pas à faire pratiquer des APA, mais consiste à construire un ensemble de possibilités (de pratiques, de relations, de participation sociale) et de libertés substantielles, que les individus peuvent décider d'exercer ou non.

Ce positionnement irréductible à celui des autres intervenants, participe à une forme de résistance au mouvement social de normalisation par l'exercice physique. Il met par ailleurs en lumière leur capacité à s'inscrire de manière autonome mais intégrée dans le parcours de soin et d'éducation, du fait d'une bonne connaissance théorique et pratique de l'institution médicale et des organisations de soin. Les enseignants en APA démontrent ainsi leur désir de professionnalisme [23].

*Aucun conflit d'intérêt déclaré*

## Références

1. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008. Circulaire DHOS/01 n° 2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.
2. Toussaint JF. Retrouver sa liberté de mouvement. PNAPS : plan national de prévention par l'activité physique ou sportive. Paris : Ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative ; 2008. 127 p.
3. Freidson E. Professionalism Reborn, Policy and Prophecy. Cambridge (United Kingdom) : Cambridge University Press ; 1994.
4. Terret T, Perrin C. Activité physique des personnes atteintes d'un diabète en France : du rejet de la pratique à sa promotion par les associations de patients. *Stadion* ; 2007 ; XXXIII (2) / 185-206 p.
5. Barbin JM, Camy J, Communal D, Fodimbi M, Perrin C, Vergnault M. Référentiel d'activité et de compétences de l'enseignant en APA. Combaillaux (France) : Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée ; 2015 ; 129 p.
6. Abbott A. The System of the Professions. An Essay of the Division of Expert Labour. Chicago (USA) : Chicago University Press ; 1988. 435 p.
7. Hughes EC. Le regard sociologique. Essais choisis. Paris : Ed. Ehes ; 1996. 344 p.
8. Biémar S, Dejean K, Donnay J. Co-construire des savoirs et se développer mutuellement entre chercheurs et praticiens. *Recherche et Formation*. 2008;(58):63-74.
9. Bernard P, Communal D, Barbin JM, Bezombes A, Thoni G, Cantele B. Who are the French APA professionals? Results of national survey. International Symposium on Adapted Physical Activity. Paris : IFAPA ; 2011. 52 p.
10. Chantelat P, Perrin C. Les Educateurs Médico-Sportifs : une activité émergente inscrite dans le monde médical. In : Demazières D, Gadea C. Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis. Paris : La Découverte, coll. Recherches ; 2009 : 252-62.
11. Savoie E. Les noms que l'on se donne. Processus identitaire, expérience commune, inscription publique. Paris : L'Harmattan ; 2003. 174 p.
12. Collinet C, Bernardeau-Moreau D. Sport, Emploi, Formation et Savoirs : état des lieux. In : Bernardeau-Moreau D, Collinet C. Les éducateurs sportifs en France depuis 1945. Rennes (France) : PUR ; 2009. pp. 21-57.
13. Dessus P. Qu'est-ce que l'enseignement ? Quelques conditions nécessaires et suffisantes de cette activité. *Revue Française de Pédagogie*. INRP/ENS Editions ; 2008. pp. 139-58.
14. Fuchs A, Perrin C, Ohl F. Using sport to cope with cystic fibrosis, *Society and Leisure*. 2014;37(2):189-204.
15. Barth N, Perrin C, Camy J. S'engager dans une pratique régulière d'activité physique lorsqu'on est atteint de Diabète de Type 2 (DT2) : entre « trajectoire de maladie » et « carrière de pratiquant d'Activité Physique Adaptée (APA) ». *Loisir et société*. 2014;37(2):224-40.
16. Winance M, Ravaut JF. Le handicap, positionnement politique et identité subjective. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*. 2011;(4):69-86.
17. Fougeyrollas F. Les déterminants environnementaux de la participation sociale des personnes ayant des incapacités : le défi sociopolitique de la révision de la CIDIH. *Canadian Journal of Rehabilitation*. 1997;10(2):147-60.
18. Génolini JP, Clément JP. Lutter contre la sédentarité : l'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort. *Sciences sociales et sport*. 2010; 1(3):133-56.
19. Nussbaum MC. Capabilités – Comment créer les conditions d'un monde plus juste ? Paris : éd. Climats ; 2012. 300 p.
20. Sandrin Berthon B. Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé. *Médecine des maladies métaboliques*. 2010;4(1):38-43.
21. Grando JM, Sulzer E. Professionnalisation des activités de services et registres de technicité. In : Menger PM, éditeur. Les professions et leurs sociologies. Paris : MSH ; 2003. pp. 145-160.
22. Divay S. La médiation sociale : une professionnalisation inachevée. *Savoir, Travail et Société*. 2005;3(2):103-27.
23. Boussard V, Demazière D, Milburn P. L'injonction au professionnalisme. Analyses d'une dynamique plurielle. Rennes (France) : Presses Universitaires de Rennes ; 2010. 176 p.