



HAL
open science

Activité physique adaptée : la mise sous tutelle médicale et paramédicale

Stéphane Beaume

► **To cite this version:**

Stéphane Beaume. Activité physique adaptée : la mise sous tutelle médicale et paramédicale. *Revue droit & santé : la revue juridique des entreprises de santé*, 2018, *Revue Droit et Sante*, 85, pp.726-732. hal-02270360

HAL Id: hal-02270360

<https://hal.science/hal-02270360v1>

Submitted on 18 Sep 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Stéphane BEAUME, ostéopathe DO, chargé d'enseignements, université d'Avignon et université de Lorraine

Activité physique adaptée : la mise sous tutelle médicale et paramédicale

Adapted physical education: medical and paramedical wardship

RÉSUMÉ: Le sport plutôt qu'une longue liste de médicaments. Ainsi s'exprime Valérie Fourneyron, ministre des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative lorsqu'elle présente le 11 octobre 2012 son projet de Sport-Santé-Bien-être. Ce projet destiné à promouvoir les activités physiques et sportives pour tous et toutes, à tous les âges de la vie se concrétise par la promulgation d'un décret daté du 30 décembre 2016 qui prévoit la mise en place du « sport sur ordonnance médicale » dès le 1^{er} mars 2017. Au lieu de créer une profession unique d'enseignant en activités physiques adaptées, le décret relance le débat de la prise en charge du patient par différents professionnels sous la tutelle de médecins prescripteurs et de professionnels paramédicaux.

ABSTRACT: "Sport instead of several drugs". This is Valerie Fourneyron, Minister of sports, stating this when she was presenting her "Sport santé bien-être" project on october 11, 2012. The aim of this project is to promote physical and sportive activities for everybody, at all ages. A decree materializes this project on december 30, 2016. By 1st march 2017, its provides medical prescription for sportive measures. This decree doesn't establish any legal recognition of adapted physical education practitioners. So, it reinitiates the discussion on the patient care management by medical and paramedical staff.

MOTS-CLÉS: activité physique adaptée – sport sur ordonnance – parcours de soins – affection longue durée – ostéopathie

KEYWORDS: adapted physical education – medical prescription for sportive measure – healthcare circuit – chronic disease – osteopathic medicine

Le sport constitue une valeur culturelle forte dans la société. Il favorise une émulation collective en termes de santé publique aussi bien dans la pratique que dans le suivi des retransmissions télévisées des compétitions sportives internationales. Sur le plan biologique, la pratique de l'activité physique améliore les conditions de vie. Ainsi, dès 2006, une coordination interministérielle pour le développement de l'usage du vélo (Ciduv) a été mise en place par le Gouvernement. Dans son rapport sur le *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées* d'avril 2011, la Haute Autorité de santé (HAS) reconnaît le bénéfice pour les patients atteints de maladies chroniques de la prescription d'une activité physique. C'est pourquoi les po-

litiques ont formulé leur intention de proposer des activités à tous les âges, aussi bien aux personnes handicapées qu'aux personnes valides. Au cours des dernières années, la promotion des mobilités actives a été inscrite comme objectif de plusieurs plans nationaux: plan national Santé Environnement 3, programme national Nutrition santé (PNNS), plan d'action pour les mobilités actives (Pama).

Le projet de loi relatif à la santé de Marisol Touraine, alors ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, a sensibilisé l'Assemblée nationale aux problématiques liées à la sédentarité de la population. Dans cette perspective, fut adopté l'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

autorisant la prescription médicale du sport pour les personnes atteintes d'affection de longue durée (ALD). Ainsi que l'énonce l'article L. 1172-1 du Code de la santé publique (CSP) créé par cette loi du 26 janvier 2016, il est prévu dans le cadre du parcours de soins que les patients atteints d'une ALD puissent se voir prescrire une activité physique adaptée à leur maladie, ainsi qu'à leurs capacités physiques et à leur risque médical. Cette loi précise que ces activités physiques adaptées « à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient » pourront être dispensées par des organismes soumis au Code du sport et labellisés par l'agence régionale de santé et par les services de l'État compétents.

Le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD définit par ailleurs l'activité physique adaptée au sens de l'article, comme la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. Ce décret, entré en vigueur à la date du 1^{er} mars 2017, s'inspire des recommandations de l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). Dans un avis et un rapport relatifs à l'« actualisation des repères du PNNS: Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité » de février 2016, l'Anses recommande « la réduction des comportements sédentaires et la pratique d'activités physiques, dans tous les contextes de vie et à tous les âges. C'est la concomitance de l'augmentation de l'activité physique et la réduction des temps cumulés et continus de sédentarité qui produira les effets les

plus marqués sur la santé ». Le décret prévoit également les modalités d'intervention et de restitution des informations au médecin traitant.

L'article D. 1172-2 CSP autorise une pluralité de professionnels, allant des professionnels paramédicaux, des enseignants en activités physiques adaptées, des éducateurs sportifs aux titulaires d'une certification professionnelle, à dispenser une activité physique adaptée. Cette prise en charge quadripartite de l'activité physique adaptée prévue par le décret peut interroger sur la question de la qualité des soins et de la sécurité des patients lorsqu'ils sont pris en charge par différents professionnels de santé aux qualifications spécifiques, ainsi que par des enseignants en activités physiques adaptées ou des éducateurs sportifs. En ce qui concerne les autres professionnels éducateurs sportifs, cités à l'alinéa 3 et 4 de l'article D. 1172-2 CSP, ils ne sont recommandables qu'en cas de prise en charge de patients atteints de limitations fonctionnelles minimales et ce, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire. Il leur est d'ailleurs proposé un complément de formation en sport-santé pour accroître leur champ de compétences dans le domaine de l'activité physique adaptée. Ce complément de spécialisation peut prendre la forme d'une certification d'accompagnement et d'intégration des personnes en situation de handicap délivrés par des organismes de formation. Quoi qu'il en soit, l'éclairage accordé à l'existence ou non d'une limitation fonctionnelle sévère relègue en second plan les autres catégories de limitations fonctionnelles (absentes, minimales ou modérées) édictées par les textes dans un contexte où les enseignants en activités physiques adaptées attendaient un texte de loi pour reconnaître leur existence, autre que dans le domaine universitaire.

Après avoir mis en évidence la mise sous tutelle médicale et paramédicale de l'ac-

tivité physique adaptée, nous ferons la lumière sur les contraintes causées par l'absence d'une profession unique d'éducateur en activités physiques adaptées.

I. La mise sous tutelle paramédicale de l'activité physique adaptée

En France, selon l'article L. 212-1 du Code du sport (CS), « seuls peuvent, contre rémunération, enseigner, animer ou encadrer une activité physique ou sportive ou entraîner ses pratiquants, [...] les titulaires d'un diplôme, titre à finalité professionnelle ou certificat de qualification ». En effet, les professionnels encadrant les activités physiques et sportives (APS) doivent attester d'un diplôme en fonction des activités qu'ils souhaitent encadrer. Selon l'article L. 212-1 CS, l'environnement spécifique de certaines APS (plongée en scaphandre, surf de mer, parachutisme, etc.) nécessite un diplôme complémentaire ou spécifique. Selon la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 précitée, la pratique physique doit être adaptée. En conséquence, les pratiques à risques sont écartées. Toutefois, les professionnels du sport peuvent être amenés à prendre en charge des patients sans limitations fonctionnelles. L'intégration des professionnels du sport-loisir et des titulaires de certifications sportives est consécutive aux intérêts du sport adapté. Le sport adapté offre l'avantage de l'intégration à la société de personnes porteuses d'un handicap dans le cadre de l'accessibilité ordonné par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi instaure de nombreux changements, en particulier l'obligation d'aménagement et d'accessibilité de locaux recevant du public (ERP) pour les personnes porteuses d'un handicap.

C'est ainsi qu'à partir de son diagnostic, le médecin traitant détermine le degré

d'altération fonctionnelle – limitations sévères, modérées, minimales ou nulles – de son patient. Il remplit ensuite un formulaire faisant office d'ordonnance et adresse son patient à l'un des professionnels recommandés par l'annexe 2 de l'instruction du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 CSP et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite médicalement à des patients atteints d'une ALD. Cependant, seuls les professionnels de santé paramédicaux (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens) seront habilités à dispenser des actes d'activité physique adaptée en cas de limitation fonctionnelle sévère (annexe 11-7-2 relative aux limitations fonctionnelles sévères). Dès lors que le patient porteur d'une limitation fonctionnelle sévère a atteint une autonomie fonctionnelle suffisante et une atténuation des altérations, les professionnels en activités physiques adaptés cités à l'alinéa 2 de l'article D. 1172-2 CSP pourront être sollicités pour encadrer en complémentarité des professionnels de santé.

La profession d'enseignant en APA¹ s'est progressivement constituée en France avec la reconnaissance du champ pluridisciplinaire des formations APA dans les unités de formation et de recherche en sciences et techniques des activités physiques et sportives (UFR Staps). Ces formations universitaires APA sont apparues suite à l'inscription des premiers enseignements sur les déficiences intellectuelles dans les instituts régionaux de l'éducation physique et sportive (Ireps) dans les années 1980. Aujourd'hui, les enseignants en APA sont titulaires d'un diplôme à finalité professionnelle et leur

1. BARBIN (J. M.), CAMY (J.), COMMUNAL (D.), FODIMBI (M.), PERRIN (C.), VERGNAULT (M.), *Référentiel d'activité et de compétences de l'enseignant en activité physique adaptée*, Paris, Société française des professionnels en activité physique adaptée, 2015.

licence en « activité physique adaptée et santé » est un diplôme inscrit au répertoire national des certifications professionnelles, dont les prérogatives relèvent de l'article A. 212-1 CS à la rubrique « Encadrement des activités physiques ou sportives à destination de différents publics dans une perspective de prévention-santé ou de réadaptation ou d'intégration de personnes présentant l'altération d'une fonction physique ou psychique ».

Cependant, la loi ne consacre en aucun cas le rôle des enseignants en APA. Pis encore, le décret d'application n'envisage pas de valorisation du parcours spécifique de ces encadrants spécialisés. En effet, le schéma de prise en charge instaure une forme de hiérarchie professionnelle respectant les différents alinéas qui énoncent les divers praticiens vers lesquels un médecin peut adresser un patient atteint d'une ALD. L'avis n° 2016-03 du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes du 24 mars 2016 relatif à la mise en œuvre d'activité physique et sportive par un kinésithérapeute rappelle d'ailleurs aux membres de la profession qu'il est autorisé de « mentionner sur leurs documents et leur plaque professionnels le titre d'« éducateur sportif » ou « éducateur sportif en activités physiques et sportives adaptées », après avoir obtenu leur carte professionnelle d'éducateur sportif auprès du préfet du département dans lequel ils exercent cette activité à titre principal ».

Si l'annexe II-1 de l'arrêté A. 212-1 CS prévoit historiquement que les masseurs-kinésithérapeutes assurent l'encadrement de la pratique de la gymnastique hygiénique d'entretien ou préventive dans les établissements d'activités physiques et sportives, il n'est pas déraisonnable d'ignorer le rôle prégnant des psychomotriciens et des ergothérapeutes dans la prise en charge et la rééducation des troubles et des handicaps des personnes atteintes d'ALD dans leurs do-

maines de compétence. Il se pose alors la question sensible de faire la distinction entre rééducation et réadaptation, inexistante dans le Code de la santé publique. Il n'est pas superflu de rappeler que cette loi étant inscrite avant tout dans le Code du sport, et non pas dans le Code de la santé publique, il n'y avait donc pas lieu de créer une nouvelle discipline paramédicale, encore moins une nouvelle profession de santé.

L'enseignant en APA apparaît davantage comme un auxiliaire ou un assistant du professionnel paramédical dans ce règlement du 30 décembre 2016. La différenciation entre les professionnels cités aux alinéas 1° et 2° confrontée à l'évolution de l'état de tout patient par le médecin formé à la prescription d'APA semble difficile. Là encore, se pose la question de savoir précisément à quel moment et avec quelle liberté d'approche l'enseignant en APA peut prendre leur relai en la matière. Conformément à l'article D. 1172-3 CS, « les professionnels mentionnés au 2° de l'article D. 1172-2 interviennent en complémentarité des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa, dans le cadre de la prescription médicale s'appuyant sur le bilan fonctionnel établi par ces derniers ». Cependant, il nous semble souhaitable que cette complémentarité soit mise en avant par d'autres moyens. En effet, l'absence d'une autorité ou d'une institution régissant l'APA sur le plan national, rend impossible le prononcé de la moindre sanction disciplinaire en cas de non-respect de la complémentarité.

D'autre part, selon l'article D. 1172-5 CS, « avec l'accord des patients, l'intervenant transmet périodiquement un compte rendu sur le déroulement de l'activité physique adaptée au médecin prescripteur et peut formuler des propositions quant à la poursuite de l'activité et aux risques inhérents à celle-ci. Les patients sont destinataires de ce compte rendu ». En conséquence, un patient peut engager la res-

responsabilité civile du professionnel paramédical pour faute en cas de dommages corporels occasionnés sur sa personne, même si la prise en charge est complémentaire. On peut donc s'interroger si les recommandations vers un enseignant en activité physique adapté seront assurées par les professionnels paramédicaux qui sont, par ailleurs, tout à fait en mesure de continuer la prise en charge de leurs patients atteints d'ALD.

À notre avis, le texte de loi augmente le risque d'une mise sous tutelle paramédicale de l'activité physique adaptée au détriment d'une profession unique d'éducateur en activité physique adaptée pour les patients atteints d'ALD. Cette carence pouvant être à l'origine de diverses contraintes.

II. Les contraintes de l'absence d'une profession unique d'enseignant en activité physique adaptée

Selon le rapport *Sport-santé sur ordonnance* d'octobre 2017 de l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (Onaps), « en 2015, 10,1 millions de personnes bénéficient du dispositif des ALD, soit 17 % de la population du régime général de l'assurance maladie ». L'ALD nécessite des soins continus de plus de 6 mois et implique des dispositions médico-administratives particulières. Ces dispositions concernent le patient, son médecin traitant et la caisse d'assurance maladie, notamment les médecins-conseils.

Les prérequis des différents professionnels figurent expressément à l'annexe I dans le décret n° 2016-1990. C'est donc au médecin traitant d'affirmer son expertise pour diriger vers les différents professionnels concernés ses patients atteints d'une ALD qu'il considère aptes à une pratique de l'APA comme l'ordonne ledit décret. Pour ce faire, il est néces-

saire que les médecins soient formés à la prescription du sport au cours de leur formation médicale. On retrouve d'ailleurs cette nécessité dans le projet de la loi de modernisation de notre système de santé. L'article 35 bis A (nouveau) prévoit que la section 7 du chapitre II du titre IV du livre 1^{er} de la première partie du CSP soit complétée par un article L. 1142-30 proposant qu'une « formation à la prescription d'une activité physique adaptée [soit] dispensée dans le cadre des études médicales et paramédicales ». Il n'est pas fait état du contenu, ni de la quantité horaire de la formation. Par ailleurs, étant donné que le prescripteur sera le médecin « traitant », il est imaginable qu'une initiation ait lieu durant l'externat et qu'une formation complète en la matière soit dispensée durant l'internat des futurs médecins généralistes ou spécialistes.

Dans l'attente d'une réforme de la maquette universitaire pour les médecins en cours de formation ou le suivi d'une formation continue pour les médecins en exercice, et pour garantir une certaine sécurité à ses patients, la consultation chez le médecin prescripteur pourrait être considérée à l'avenir comme une consultation complexe ou longue. Entrées en vigueur le 1^{er} novembre 2017 comme prévu par la convention médicale du 26 août 2016, ces nouvelles catégories de consultations médicales sont facturées aux patients entre 46 et 70 euros. Ces consultations complexes sont définies comme des visites médicales pour « des situations cliniques particulières impliquant un fort enjeu de santé publique ». Quant aux visites longues, elles seront revalorisées jusqu'à 70 euros et s'adresseront aux patients atteints d'ALD comme la maladie de Parkinson ou la maladie d'Alzheimer, limitées à 3 consultations par an et par patient. Selon l'Assurance Maladie, les patients atteints d'ALD représenteront deux tiers des cas concernés par ces nouveaux tarifs. Il ne faut pas non plus écarter la possibilité

de valoriser les actes médicaux par un dispositif déjà en place qu'est la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). C'est pourquoi la prescription médicale du sport-santé peut permettre une alternative intéressante dans le parcours de soins.

Dans le contexte actuel de judiciarisation de la médecine, le médecin peut tout à fait estimer que des patients atteints de limitations sévères continuent d'être pris en charge par ses collaborateurs paramédicaux. Une tendance à privilégier les rapports médicaux existants avec une équipe paramédicale plutôt que de professionnels, dont il méconnaît leur expertise de par la récente mise en place de cette alliance thérapeutique, apparaît comme une franche réalité. Le risque se situe alors pour le patient d'être condamné à une absence de porosité d'un traitement de limitations fonctionnelles sévères, exceptant les enseignants en activités physiques adaptées vers un traitement d'altérations fonctionnelles modérées. Car même si a été mis en place le partage d'informations entre les professionnels des secteurs médical, social et médico-social (art. L. 1110-4 CSP), le décloisonnement de la circulation de l'information restera difficile dans le cadre de la médecine de ville, à la différence du secteur hospitalier. L'articulation entre professionnels médicaux et paramédicaux étant historique, il faudra sans doute encore un peu de temps pour voir les enseignants en APA être sollicités pour une prise en charge complémentaire aux professionnels de santé paramédicaux. Inversement, les établissements hospitaliers pourraient être tentés de recruter des enseignants en APA plutôt que des professionnels de santé paramédicaux pour assurer des soins de réadaptation et ce, en raison du salaire plus élevé des paramédicaux. À terme, avec une majorité d'APA, on assisterait alors à un transfert de compétences que

les paramédicaux, voire les médicaux pourraient considérer comme délétère.

En raison de l'absence d'une prise en charge financière par le système de protection sociale actuel et en l'absence d'une profession unique d'éducateur ou d'enseignant en activités physiques adaptées, s'il y a un risque de nouvelles manœuvres frauduleuses. Les professionnels paramédicaux, déjà remboursés par l'Assurance Maladie pour leur activité principale, pourraient être tentés de proposer à leurs patients de leur éditer des ordonnances pour être remboursés. Des doutes peuvent subsister avec la gestion d'un établissement organisant la pratique sportive encadrée par les articles 322-1 et suivants du CS et l'absence d'obligation supplémentaire à la dispensation des APA dans le cadre d'un établissement. On peut craindre que pour faciliter l'accès à tous, des dérives apparaissent. La possibilité d'un accommodement frauduleux entre le professionnel paramédical et son patient est de l'ordre du possible. L'objectif serait de faire bénéficier le patient d'une prise en charge financière en inscrivant la pratique d'APA dans le cadre d'une prescription de rééducation préexistante ou en cours de réalisation. Pour mémoire, en vertu de l'article 114-13 du Code de la sécurité sociale: « Est passible d'une amende de 5000 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant ». Mais les preuves d'absence de fausse déclaration à la sécurité sociale sont difficiles à obtenir lorsque les intérêts des patients et ceux des professionnels convergent.

En parallèle, le remboursement d'actes d'activités physiques adaptées par des mutuelles privées au profit des patients

les plus aisés semble discutable. La lutte contre les inégalités de santé demeure un enjeu réel des politiques de santé. Fort du succès populaire du sport-santé, une explosion de l'offre de prise en charge sans une mise en place rapide des contrôles par les services compétents de l'État conduirait inexorablement vers des risques pour la santé du patient. En cas de dommage corporel, une prise en charge est assurée par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam). Or, les actes d'APA ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie. L'Oniam devra peut-être se repositionner sur l'ouverture à une indemnisation d'un préjudice en cas de dommage corporel par le sport sur ordonnance puisqu'il s'agit d'une prescription médicale.

In fine, la situation de l'APA n'est pas sans rappeler celle de l'ostéopathie il y a quelques années et le récent partage de son titre entre plusieurs professionnels. En effet, l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (modifié par la loi n° 2015-1541 du 27 novembre 2015, art. 20), en instituant la reconnaissance du titre d'ostéo-

pathe, a contribué à légaliser la pratique de l'ostéopathie, excluant ainsi les nombreuses plaintes infondées pour exercice illégal de la médecine. Cependant, l'ensemble des professionnels concernés n'ayant pas été en capacité de trouver un consensus, le législateur a été amené à autoriser le partage du titre d'ostéopathe entre professionnels médicaux, paramédicaux (masseurs-kinésithérapeutes essentiellement) et professionnels ostéopathes exerçant exclusivement l'ostéopathie. Il en est résulté un accroissement anarchique du nombre de praticiens dans le paysage sanitaire. Parallèlement, est apparue une désinformation agressive autour du sérieux de chaque catégorie de professionnels ostéopathes, au détriment d'une valorisation de cette médecine fonctionnelle complémentaire, elle-même au service de la population française. Il nous semble qu'en matière d'APA, le législateur, conscient de ces dérives encore réelles quinze ans plus tard, ait souhaité une mise sous tutelle médicale et paramédicale pour éviter la création d'une nouvelle profession dans le Code de la santé publique.