

# Mémento APA n° 2

## Activité Physique Adaptée



### **De l'APA-santé à la prescription d'APA (2006 - 2025)**

Regard sociohistorique sur l'évolution d'un concept aux frontières du sport, de la santé et du médico-social

Pascal Brier

Un guide pour comprendre l'évolution de l'APA et ses enjeux contemporains

# Mémento APA n° 2

## Activité Physique Adaptée



### **De l'APA-santé à la prescription d'APA (2006 - 2025)**

Regard sociohistorique sur l'évolution d'un concept aux frontières du sport, de la santé et du médico-social

Pascal Brier

Un guide pour comprendre l'évolution de l'APA et ses enjeux contemporains

## Mentions légales

**Titre** : *Mémento APA n° 2*

**Sous-titre** : *De l'APA-santé à la prescription d'APA (2006 - 2025)*

**Auteur** : Pascal Brier - Docteur en STAPS - Sociohistorien du sport et du handicap - Réseau social professionnel : LinkedIn

**Format** : Document numérique (PDF)

**Diffusion** : Gratuite – Cadre pédagogique et professionnel

**Lieu et date** : Le Mans, 2026

---

## Modalités de citation

Ce document est mis à disposition gratuitement.

Pour toute utilisation ou citation dans un cadre scientifique, professionnel ou de formation, merci de mentionner la référence suivante :

Brier, P. (2026). *Mémento APA n° 2 – De l'APA-santé à la prescription d'APA (2006 - 2025)*, Le Mans.

---

## Droits d'auteur et d'usage

Bien que diffusé gratuitement, ce document reste la propriété intellectuelle de son auteur.

- **Autorisé** : consultation, impression pour usage personnel ou pédagogique, citation courte avec référence.
  - **Interdit** : exploitation commerciale, modification du contenu, diffusion massive sans mention explicite de l'auteur.
- 

## Mention de transparence technologique

Ce document a été conçu avec l'appui d'outils d'intelligence artificielle pour certaines phases de mise en forme, d'illustration et d'optimisation rédactionnelle.

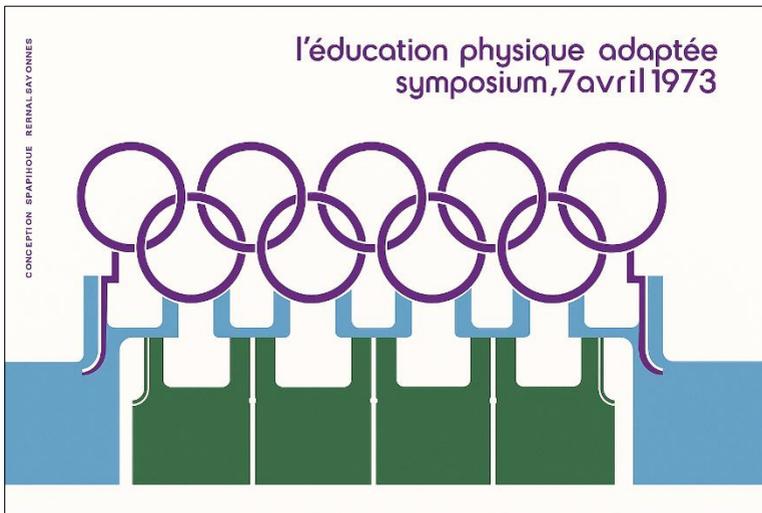
Les contenus, choix conceptuels et validations à caractère scientifique relèvent exclusivement de l'auteur.

**Du même auteur**

- (2004). *Genèse de l'éducation et de l'instruction générale, morale et physique des enfants idiots*, Mémoire de DEA, non publié, Nanterre, Université de Paris X.
- (2009). *Émergence et disparition de la gymnastique médico-pédagogique asilaire (1838-1909)*, thèse de Doctorat, Université de Paris-Ouest-Nanterre.
- (2012). *La production de gymnastiques médicales pour les enfants malades hospitalisés au XIX<sup>e</sup> siècle : spécialisation médicale et différenciation des gymnastiques*, Sciences Sociales et Sports n° 5, Paris, L'Harmattan.
- (2019). *Une histoire de l'éducation physique dans les instituts médico-éducatifs*, Coédit. Presses Universitaires de Nanterre-INSHEA, 2019.
- (2020). *L'éducation physique et sportive dans les instituts médicoéducatifs*, tome 1, le cadre réglementaire, Toulouse, Coolibri.
- (2021). *L'odyssée de l'Activité Physique Adaptée*, Sociohistoire d'un concept polysémique, Mouvements et Savoirs, Éditions L'Harmattan.
- (2024). *Mémento APA n° 1 : d'un concept québécois à la dénomination d'un parcours de formation universitaire français (1972-2006)*, Toulouse, CoolLibri.

Afin de ne pas alourdir le présent document, de nombreuses références bibliographiques relatives au sujet traité peuvent être consultées dans l'ouvrage intitulé :

*L'odyssée de l'Activité Physique Adaptée  
sociohistoire d'un concept polysémique,  
Mouvements et Savoirs,  
Éditions L'Harmattan, 2021.*



*Affiche du 1<sup>er</sup> symposium québécois du mouvement APA en 1973,  
Archives APAPQ, Services des archives, Université Montréal, 2024.*

**Image de la page de couverture :** *logo du mouvement APA québécois en 1977, Archives APAPQ, Services des archives, Université Montréal, 2024*

## La table des matières

La table des matières _____	4
L'approche sociohistorique _____	6
Préambule _____	7
Introduction au mémento n° 2 _____	8
À propos de la notion de besoins spécifiques _____	10
<b>1<sup>ère</sup> partie : sport-santé, politique du sport et APA _____</b>	<b>13</b>
Chapitre 1 : Genèse du concept sport-santé _____	15
Chapitre 2 : Institutionnalisation du concept sport-santé _____	19
Chapitre 3 : Médicalisation du sport à des fins de santé _____	25
Chapitre 4 : Organisation du sport à des fins de santé _____	28
Chapitre 5 : Sport-santé et APA - clarification des frontières _____	33
Chapitre 6 : Le sport-santé - la nouvelle norme en 2025 _____	40
Chapitre 7 : MSS et recompositions de l'APA en 2025 _____	45
Synthèse de la 1 <sup>ère</sup> partie _____	52
<b>2<sup>ème</sup> partie : De l'ancrage académique à la légitimation juridique (1992-2016) _____</b>	<b>53</b>
Chapitre 8 : L'APA orientée vers le handicap (1992-2000) _____	55
Chapitre 9 : L'APA orientée vers la santé (2000-2010) _____	60
Chapitre 10 : Absente des premiers rapports (2002-2007) _____	65
Chapitre 11 : Premières reconnaissances (2008) _____	69
Chapitre 12 : Légitimité limitée (2008 -2010) _____	74
Chapitre 13 : Le rapport préalable au décret de 2016 _____	77
Chapitre 14 : La reconfiguration de l'APA par l'État _____	84
Synthèse de la 2 <sup>ème</sup> partie _____	88
<b>3<sup>ème</sup> partie : 2016, le tournant politique de l'APA _____</b>	<b>89</b>
Chapitre 15 : La nouvelle définition de l'APA _____	91
Chapitre 16 : L'APA, fiction du droit à la santé _____	95
Chapitre 17 : L'APA une thérapeutique ? _____	99
Chapitre 18 : Deux logiques d'intervention _____	104
Chapitre 19 : Les pratiques des rééducateurs _____	107
Chapitre 20 : Les APA relevant de techniques d'APS _____	110
Synthèse de la 3 <sup>ème</sup> partie _____	117
<b>4<sup>ème</sup> partie : L'intervention par les APA _____</b>	<b>119</b>
Chapitre 21 : L'APA éducative et sociale _____	121

Chapitre 22 : L'APA prescrite _____	127
Chapitre 23 : Modalités de l'APA prescrite _____	131
Chapitre 24 : Les professionnels de l'APA prescrite _____	134
Chapitre 25 : Mise en cohérence du continuum APA _____	138
Synthèse de la 4 <sup>ème</sup> partie _____	146
<b>5<sup>ème</sup> partie : le métier d'éducateur physique _____</b>	<b>147</b>
Chapitre 26 : Métier ou profession ? _____	149
Chapitre 27 : Qu'est-ce qu'un emploi-type ? _____	155
Chapitre 28 : Un seul métier pour encadrer les AP _____	159
Chapitre 29 : L'identité de ce métier _____	164
Chapitre 30 : De nombreux diplômes pour un métier _____	168
Chapitre 31 : Les différents emplois-types du métier _____	175
Synthèse de la 5 <sup>ème</sup> partie _____	180
<b>6<sup>ème</sup> partie : Spécialisation et identité professionnelle _</b>	<b>181</b>
Chapitre 32 : Les diplômes spécialisés APSA _____	183
Chapitre 33 : Les emplois d'éducateur « APA-APSA » _____	188
Chapitre 34 : La construction d'une profession APA _____	199
Chapitre 35 : L'EAPA - une profession empêchée _____	205
Chapitre 36 : Les catégories professionnelles _____	211
Chapitre 37 : Les registres de l'intervention au titre de l'APA _____	219
Chapitre 38 : EAPA, un éducateur comme les autres ? _____	226
Chapitre 39 : Éducateur « sport-santé » et « APA » _____	228
Chapitre 40 : La licence APAS - entre grade et métier _____	231
Chapitre 41 : Les mouvements professionnels _____	238
Synthèse de la 6 <sup>ème</sup> partie _____	244
<b>Conclusion et perspective _____</b>	<b>245</b>
Chapitre 42 : Conclusion générale _____	247
Chapitre 43 : Perspectives _____	252
<b>Annexes _____</b>	<b>255</b>
Schéma historique de l'APA _____	257
Le métier d'éducateur physique ou sportif _____	259
Intervenir au titre de l'APA _____	260
Schéma parcours de formation _____	261

## L'approche sociohistorique

La sociohistoire se définit comme une démarche de recherche interdisciplinaire articulant histoire et sociologie. Elle vise à analyser les phénomènes sociaux en croisant leur genèse historique avec leur inscription dans le présent, en mobilisant conjointement les outils de l'enquête historique et les catégories d'analyse sociologique.



Le chercheur sociohistorien mobilise la rigueur méthodologique propre à l'historien, fondée sur l'exploitation critique de sources primaires et secondaires. Il adopte une posture compréhensive, attentive aux logiques contextuelles qui façonnent les significations sociales du passé.



Par ailleurs, il adopte une posture réflexive, propre à la sociologie, qui consiste à déconstruire les évidences du sens commun et à construire son objet d'étude à partir de problématiques théoriques. Cette approche privilégie l'analyse des logiques relationnelles et des rapports sociaux, plutôt que la considération d'entités figées ou présentées comme allant de soi.

La sociohistoire se structure ainsi autour de deux axes fondamentaux :

- **L'articulation passé/présent** : il s'agit de restituer l'historicité des objets étudiés, en montrant comment ceux-ci se transforment dans le temps tout en conservant des traces, des continuités ou des effets de structure dans le présent.

- **L'analyse relationnelle des acteurs sociaux** : le sociohistorien s'attache à comprendre les trajectoires individuelles et collectives dans leur inscription sociale, culturelle, psychologique et politique. Il explore les dynamiques de pouvoir, les formes de domination ou de résistance, les mécanismes de légitimation (symbolique, langagière, institutionnelle), ainsi que les conjonctures marquées par des reconfigurations majeures.

Cette approche est incarnée notamment par les travaux de François Buton, Nicolas Mariot, Gérard Noiriel ou Jacques Defrance...

## Préambule

Pour donner suite à la publication de « l'odyssée de l'Activité Physique Adaptée », nous proposons un guide (deux mémentos) pour accompagner les étudiants, les enseignants-chercheurs et les éducateurs physiques ou sportifs engagés, au titre de l'APA. Ces derniers s'intéressent ou interviennent auprès de groupes de personnes de tous âges, présentant des besoins spécifiques.

Ce sont des personnes qui présentent des besoins spécifiques, principalement en lien avec :

- ◆ **un handicap**, lié à une altération substantielle d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant (maladie mentale, maladie chronique, affection de longue durée, blessure post-chirurgicale, addictions, etc.)<sup>1</sup> ;
- ◆ **une inadaptation sociale** aux causes diverses, telles que la précarité, la délinquance ou des conduites atypiques, etc. ;
- ◆ **des troubles ou limitations liés au vieillissement** engendrant des perturbations significatives dans la vie quotidienne.

Pour comprendre l'invention, le développement et la situation actuelle de ce concept APA, nous retraçons les événements les plus importants de son histoire dans deux mémentos.

<b>Mémento n° 1</b> 1972 à 2006	<b>Mémento n° 2</b> 2006 à aujourd'hui.
------------------------------------	--

---

<sup>1</sup> Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005.

## Introduction au mémento n° 2

Depuis sa reconnaissance universitaire dans les années 1970, l'Activité Physique Adaptée (APA) s'est constituée comme un champ **de savoir, de formation et d'intervention**, à la croisée de **l'éducation, de la santé et du social**.

Ce concept a été initialement pensée comme une éducation corporelle au service de l'autonomie, de la participation et de la citoyenneté des personnes en situation de handicap. En France, il a progressivement été reconfiguré par les politiques publiques de santé en **une offre de pratiques physiques** (au même titre que l'AP) **non médicamenteuse intégrée au parcours de soins**.

Cette évolution s'inscrit dans un mouvement plus large de médicalisation du social. Elle ne relève pas d'une simple adaptation institutionnelle. Elle traduit un véritable **changement de paradigme**, marqué par le passage d'un projet éducatif et social à une **ingénierie de santé publique** soumise à la logique de prescription médicale.

Derrière cette mutation se dessine une interrogation à la fois conceptuelle, professionnelle et institutionnelle : *quel sens attribuer aujourd'hui au concept APA, quelle est la nature du métier d'EAPA, et, plus largement, quelle place les STAPS occupent-ils désormais dans la gouvernance du sport à visée de santé et dans les politiques de prévention ?*

Dans cette perspective, **il importe alors de comprendre comment un champ universitaire historiquement porté par une visée éducative a-t-il été progressivement reconfiguré, sous l'influence des politiques publiques et des acteurs institutionnels, en un instrument de santé publique ? Quelles conséquences cette redéfinition produit-elle sur les dynamiques de professionnalisation, de légitimation et d'identité du projet de métier d'Enseignant en APA ?**

**Trois hypothèses structurent notre analyse :**

◆ Premièrement, la reconnaissance institutionnelle de l'APA s'est accompagnée d'une **confiscation symbolique du concept** par l'État. Le décret de 2016 a consacré une vision essentiellement biomédicale de l'APA, orientée vers la prescription médicale et la réadaptation fonctionnelle, affaiblissant ses dimensions éducatives et sociales.

♦ Deuxièmement, l'EAPA demeure **une profession inachevée** : bien qu'adossée sur une formation universitaire, elle reste marquée par une absence claire de définition du métier, une dépendance à des contextes d'emploi variés et une visibilité limitée dans la hiérarchie des professions de santé.

♦ Enfin, **la pluralité des pratiques et des emplois-types** doit être envisagée non comme une faiblesse, mais comme une richesse ; elle traduit la vitalité d'un champ capable d'articuler des logiques éducatives, sociales et de santé autour d'un même objectif : favoriser l'autonomie, la participation et le bien-être des personnes vulnérables.

Ce *Mémento* adopte une **démarche critique et sociohistorique** fondée sur l'analyse croisée de sources institutionnelles, législatives et universitaires.

Cette approche interdisciplinaire vise à saisir la manière dont s'articulent les **rationalités éducatives, biomédicales et politiques** dans la structuration du champ de l'APA, et à ouvrir des perspectives pour une **professionnalisation plus réflexive et cohérente**.

Ainsi, en France, l'histoire de l'APA révèle une double tension constitutive : d'une part, entre **éducation et santé**, où s'affrontent deux rationalités distinctes, l'une formative, l'autre thérapeutique ; et d'autre part, entre **unité conceptuelle et pluralité fonctionnelle**, qui met à l'épreuve la cohérence d'un champ traversé par la diversité de ses usages et de ses finalités.

Cette double tension en recouvre en réalité une troisième, plus silencieuse, mais tout aussi structurante : celle qui oppose **autonomie scientifique et dépendance institutionnelle**, traduisant la difficulté persistante de l'APA à s'affirmer comme champ de savoir et d'action autonome au sein des politiques de santé.

Relire cette trajectoire, c'est alors interroger un **processus d'émancipation contrariée**, où la quête de reconnaissance institutionnelle s'accompagne d'un risque de **dénaturation du projet éducatif originel**.

L'enjeu ne réside plus seulement dans la définition d'un métier, mais dans la **reformulation du sens et de la finalité sociale de l'APA**, entendue comme contribution à un projet global d'inclusion, d'autonomie et d'émancipation de la personne.

## À propos de la notion de besoins spécifiques

### Le terme « besoins »

Le terme « besoins » désigne l'ensemble des éléments considérés comme indispensables à la vie ou à l'action. Il renvoie à ce qui est « nécessaire à l'existence » ou à ce qui permet « d'accomplir quelque chose ou faire face à une situation » (Le Petit Robert ; le Larousse).

#### ◆ L'adjectif « éducatif » et la notion de « spécial »

L'adjectif qualificatif « *éducatif* » qualifie ce qui contribue à former ou à éduquer efficacement, tandis que « spécial » renvoie à ce qui est « particulier à une certaine catégorie ».

#### ◆ Besoins particuliers » vs « besoins spéciaux »

L'expression « besoins particuliers » se différencie de « besoins spéciaux » : le premier terme renvoie à des besoins propres au fonctionnement de la personne, tandis que le second suggère des besoins, supposés « hors normes », définis notamment par rapport à la situation d'apprentissage.

 Pour finir, les « besoins éducatifs particuliers » désignent généralement, l'ensemble des obstacles liés à un handicap, à des difficultés sociales, scolaires ou situationnelles qui entravent les apprentissages et nécessitent des aides adaptées afin de garantir une participation équitable pour tous<sup>2</sup>.

#### ◆ Une origine historique anglo-saxonne

Sur le plan historique, l'expression *special educational needs* apparaît en Angleterre dans les années 1960<sup>3</sup>. Elle prend une importance

---

<sup>2</sup> Lefébure A. & Dougny F. (2017). « *Les concepts de handicap et de besoins éducatifs particuliers* », article extrait de « Construction d'un dispositif ressource pour les élèves à Besoins Éducatifs Particuliers dans un établissement du second degré », mémoire de master, Lefébure A., site internet AKEDUC

<sup>3</sup> Woollven M. (2021). « *La genèse de la notion de besoin éducatif particulier. Circulations transnationales et reconfiguration de la norme*

institutionnelle à la fin des années 1970 avec le rapport Warnock sur la scolarisation des élèves handicapés<sup>4</sup>. Dans cette perspective :

👉 un enfant a des « besoins éducatifs particuliers » s'il a une difficulté d'apprentissage qui nécessite qu'une prise en charge éducative spécifique soit mise en place pour lui. »<sup>5</sup>

#### ◆ Diffusion et institutionnalisation en France

En France, la catégorie de BEP se diffuse dans les années 2000 au sein de l'Éducation nationale, notamment via le Centre national d'études et de formation pour l'enfance inadaptée (CNEFEI) de Suresnes. Le terme apparaît pour la première fois dans les circulaires 2002-111 et 2002-113 relatives à l'adaptation et à l'intégration scolaire. Ces textes précisent que :

👉 certains élèves, en raison de situations particulières (maladies, handicaps, difficultés graves et durables), nécessitent, pour une durée variable, la mise en oeuvre de démarches pédagogiques adaptées, assorties, dans certains cas, d'accompagnements éducatifs, rééducatifs et thérapeutiques exigeant le concours de services ou de professionnels extérieurs à l'école.

#### ◆ Diffusion dans les formations STAPS

La notion se diffuse ensuite dans les formations STAPS, d'abord auprès des professeurs d'EPS dans le parcours Éducation et Motricité, puis dans le parcours Activité Physique Adaptée. Le terme est utilisé après les années 2000 sans réelle définition stabilisée (Rapport Toussaint et INSERM, 2008 ; Référentiel SFP-APA, 2015).

👉 Dans une définition récente, l'APA est décrite comme un domaine scientifique et professionnel « s'adressant à toute personne n'ayant pas ou ne pouvant pas pratiquer une activité physique ou sportive dans

---

*scolaire* », Agora débats/jeunesses, n° 87, Paris, Éditions Presses de Sciences Po, pages 51 à 64

<sup>4</sup> Warnock M. (dir.), 1978, *Special Educational Needs. Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People*, Department of Education and Science (DES), Londres, (Royaume-Uni), HMSO.

<sup>5</sup> United Kingdom Government, 1981, *Education Act 1981*, Londres (Royaume-Uni), HMSO.

des conditions ordinaires et qui présente **des besoins spécifiques de santé, de participation sociale ou d'inclusion** du fait d'une maladie, d'une limitation fonctionnelle, d'une déficience, d'une vulnérabilité, d'une situation de handicap, d'exclusion, d'une inactivité ou d'une sédentarité » (Groupe National C3D Activité Physique – Santé, 2021).

◆ **Définition actuelle des besoins spécifiques en APA**

Les besoins spécifiques renvoient ainsi aux besoins particuliers d'une personne ou d'un groupe, déterminés par leurs ressources, leurs limitations et leur contexte de vie, et qui nécessitent une adaptation ciblée de l'accompagnement afin de soutenir leur participation, leur santé et leur autonomie.

**À PROPOS DE LA NOTION DE BESOINS SPÉCIFIQUES**

 **LE TERME « BESOINS »**



**« BESOINS PARTICULIERS » vs BESOINS SPÉCIAUX**

 **BESOINS ÉDUCATIFS PARTICULIERS**

**ORIGINE HISTORIQUE**



 **DIFFUSION ET DÉFINITION ACTUELLE**



# 1<sup>ère</sup> partie : sport-santé, politique du sport et APA

L'activité physique s'est progressivement réaffirmée comme un **levier stratégique des politiques de santé publique**, en réponse à trois évolutions majeures : la montée des maladies chroniques, la sédentarité croissante et le vieillissement de la population.

Désormais, elle n'est plus seulement envisagée comme une **pratique éducative, sociale ou récréative**, mais comme un **vecteur d'optimisation de la santé populationnelle** inscrit dans une logique de prévention et de maîtrise des coûts médico-sociaux.

Dans ce contexte, la notion de « **sport-santé** » (avec trait d'union) émerge dès les années 1990 comme construction conceptuelle en voie de structuration. À partir des années 2000, elle s'institutionnalise progressivement dans une politique publique de « **sport santé** » (sans trait d'union).

Ce changement lexical n'est pas neutre. Il signale un **changement de paradigme**. Il traduit la reprise en main du champ sportif par les politiques publiques de santé, transformant une notion fédérale en un instrument de gouvernement sanitaire.

✓ **Abrégé** : Émergence du concept de sport-santé dans les années 1990 → institutionnalisation en politique nationale de santé publique dans les années 2000, avec une visée préventive et régulatrice.

Dans ce mémento, on distinguera deux acceptions :

- ♦ **le sport-santé** (avec tiret), concept issu du mouvement sportif fédéral désignant des programmes de pratiques adaptées orientées vers la santé et le bien-être ;
- ♦ **le sport santé** (sans tiret), slogan employé par l'État pour désigner la politique publique de promotion de l'activité physique à des fins de santé.



Image site internet CDOS des Hautes-De-Seine

# Chapitre 1 : Genèse du concept sport-santé

L'émergence du concept de **sport-santé** s'inscrit dans un vaste mouvement de recomposition des rapports entre activité physique, santé publique et politiques éducatives.

À partir de la fin du XX<sup>e</sup> siècle, le corps devient un **enjeu de régulation sociale et sanitaire** : bouger n'est plus seulement un acte éducatif ou récréatif, mais un **impératif de santé publique**.

Cette évolution traduit un glissement d'une pratique initialement émancipatrice vers un **dispositif normatif**, où l'activité physique est investie d'une fonction préventive, corrective et comportementale.

Derrière son apparente neutralité, le sport-santé révèle ainsi la **médicalisation progressive du mouvement** et la transformation du sport en instrument de gestion collective du bien-être et de la performance sociale.

## 1. Années 1970-1980 : prévention et premières campagnes publiques

À partir de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle, l'adéquation entre sport et santé **se répand de nouveau**<sup>6</sup>. Dans les années 1970, l'éducation pour la santé devient une priorité avec la création du Comité français pour l'Éducation pour la santé (Radel 2012). L'activité physique est abordée sous l'angle **sécuritaire** : prévention des noyades, accidents de la route, traumatismes sportifs. Le sport est davantage perçu comme une activité à encadrer que comme un outil de santé publique.

À partir des années 1980, **la sédentarité** est identifiée comme facteur de risque sanitaire. L'activité physique devient un comportement de santé promu à travers des campagnes emblématiques : *La santé par l'effort*, *Bouge ton cœur*, puis *Manger, bouger*. Cette normativité consacre l'activité physique comme instrument de prévention et de responsabilisation individuelle.

---

<sup>6</sup> Andrieu B. (2021). *Histoire du sport-santé, Du naturisme à la médecine du bien-être*, L'Harmattan, Paris, p. 17.

Certaines fédérations affinitaires, telles que la Fédération française d'Éducation Physique et de Gymnastique Volontaire (FFEPGV), la Fédération française de Retraite Sportive (FFRS) ou encore la Fédération française Sport pour Tous (FFST), initient progressivement des programmes multisports spécifiquement orientés vers la santé et le bien-être. À travers ces initiatives, elles s'affirment comme de véritables entrepreneurs de santé publique, contribuant à l'élargissement des missions du mouvement sportif au-delà de la seule dimension compétitive<sup>7</sup>.

C'est dans ce contexte qu'un concept de sport-santé, situé entre sédentarité et compétition, commence à prendre forme.

## 2. Années 1990 : structuration et légitimation scientifique

Au début des années 1990, la FFEPGV est la plus engagée dans ce mouvement. Elle adopte, dès 1993, le sigle « sport-santé ».

Sous la présidence de Gérard Auneau, maître de conférences en STAPS, la Fédération engage une politique résolument structurée : création d'une commission scientifique associant universitaires et médecins, diffusion de tests de condition physique, conception de programmes adaptés aux publics fragiles (prévention des chutes, pathologies cardiovasculaires, maintien de l'autonomie). Inspirée du programme Kino-Québec (1978), cette orientation affirme la pratique régulière comme une véritable « **croisade contre la sédentarité** », introduisant un registre quasi militant de santé publique<sup>8</sup>.

Ce positionnement résonne avec les évolutions de l'EPS : l'arrêté du 24 mars 1993 y inscrit, de nouveau, un objectif explicite de santé, confirmant l'imbrication croissante entre finalités éducatives et finalités sanitaires.

À l'échelle européenne, la création de la Confédération du sport-santé (1994) et l'organisation des premiers Jeux européens du sport-santé (Lyon, 1997) attestent d'une reconnaissance transnationale de ce

---

<sup>7</sup> Moralès Y. (2019). « Action publique et injonction du « sport-santé : les fédérations sportives, nouvelles opératrices de santé (1980-2018) », in Revue Corps n° 17, CNRS Édition, Paris, p. 79.

<sup>8</sup> Auneau G. (1998). « Sport-Santé : pour une nécessaire action préventive », Loisirs-Santé, n° 78, p. 15.

concept, désormais porté au-delà des seules initiatives fédérales françaises.

Sur le plan politique, la FFEPGV gagne progressivement en visibilité, notamment auprès de la ministre de la Jeunesse et des Sports de 1993 à 1995, Michèle Alliot-Marie, et contribue à faire émerger le sport-santé comme objet légitime de l'agenda public. L'appel d'offres « sport et santé » lancé en 1995 conjointement par le ministère de la Jeunesse et des Sports et le secrétariat d'État à la Recherche, tout comme la publication en 1996 par le Haut Comité de la Santé publique d'un dossier consacré aux activités physiques, témoignent de l'intérêt croissant des sphères médicale et politique pour cette thématique.

Parallèlement, le réseau européen de promotion de l'activité physique (HEPA, 1996) transpose cette dynamique à l'échelle communautaire, contribuant ainsi à la consolidation progressive d'un cadre d'action transnational structuré en faveur de l'activité physique.

La FFEPGV diversifie alors son offre, dès 1995, avec des programmes emblématiques, menés en partenariat avec des médecins et des chercheurs : Gymmémoire, Gyméquilibre senior, Acti'Gym seniors, Gym'Après Cancer, NeurogyV.

Ces recherches-actions renforcent sa légitimité scientifique et institutionnelle. Cette fédération formule la première définition du sport-santé, consacrant son rôle pionnier.

💡 « **Le sport-santé** vise le bien-être et l'épanouissement physique et social de ses pratiquants : c'est une activité physique non compétitive, sans objectif de performance ou d'affrontement » (ffepgv.fr).

### 3. Résumé

Dans les années 1970-1980, l'activité physique passe d'un registre sécuritaire à une logique de lutte contre la sédentarité. Dans les années 1990, les fédérations affinitaires, et particulièrement la FFEPGV, structurent le sport-santé par une action pionnière : définition claire, légitimation scientifique et inscription politique. Ce processus amorce une recomposition profonde des finalités du sport, de plus en plus conçu comme outil de santé publique plutôt que comme espace exclusivement éducatif ou compétitif.

## Histoire du sport-santé à la FFEPGV

Le Sport-Santé s'inscrit dans la longue histoire de la FFEPGV qui remonte à 1888. À cette époque, plusieurs théoriciens dont Philippe Tissier et George Hébert ont défendu l'idée d'une pratique du sport qui vise le bien-être physique et de l'épanouissement social des personnes. Plusieurs mouvements ont opté pour cette voie et défendent un sport non compétitif, ouvert à tous, orienté vers le loisir. La FFEPGV est issue de la réunion en 1972 de la Fédération Française d'Éducation Physique et de la Fédération Française de Gymnastique Educative et de Gymnastique Volontaire.

Tout au long de son histoire, la FFEPGV va se nourrir des théories innovantes et améliorer le Sport-Santé: l'activité physique destinée aux adultes, la formation et la professionnalisation des cadres, la pédagogie différenciée et dynamique. Aujourd'hui, la FFEPGV perpétue cette idée du sport, en s'engageant pour la Gymnastique Volontaire, le Sport-Santé, la diffusion des valeurs humanistes et associatives.

« Le Sport-Santé tire ses racines de la gymnastique suédoise, qui préconise une gymnastique douce et personnalisée. Dans cette conception, le sport est source de bienfaits physiques et moraux, et peut être pratiqué par tous ».

[ffepgv.fr](http://ffepgv.fr)



## Chapitre 2 : Institutionnalisation du concept sport-santé

Au tournant des années 2000, le sport à des fins de santé quitte l'espace fédéral pour s'inscrire dans les politiques publiques. Cette institutionnalisation l'intègre dans un cadre biomédical et sanitaire, au risque d'en réduire les dimensions sociales, éducatives et émancipatrices.

### 4. Années 2000 : institutionnalisation et cadrage public

Sous l'impulsion conjointe du ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et du Corps médical, l'activité physique devient au début des années 2000 une priorité nationale de santé publique. Le Programme national, nutrition santé (PNNS, 2001), introduit la désormais célèbre recommandation des « *30 minutes d'activité physique modérée par jour* », inscrivant l'APS dans une logique de prévention comportementale et de responsabilisation individuelle.

Dans ce contexte, Bernard Kouchner lance en 2001 le premier programme national de **promotion de la santé** par les activités physiques et sportives, étroitement articulé à la lutte contre le dopage.

 **La promotion de la santé** est un « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé, d'améliorer leur santé et d'atteindre un état de complet bien-être physique, psychique et social. » (Charte d'Ottawa, 1986)

L'année 2002 constitue une étape décisive avec la création du **Conseil national des activités physiques et sportives (CNAPS)**, organe consultatif traduisant la volonté politique d'élargir les finalités du sport au-delà de la seule performance (supprimé en 2008).

En 2004, l'installation d'un **pôle ressource national sport santé** au CREPS d'Houlgate confirme ce cadrage institutionnel et consacre l'entrée du concept « sport-santé » dans les instruments de pilotage public. Entre 2002 et 2010, une série de rapports officiels (présentés en deuxième partie) contribue à structurer et diffuser ce référentiel.

À travers ces dispositifs, le concept de sport-santé, initialement impulsé par la FFEPGV, acquiert une reconnaissance institutionnelle pleine et entière, contraignant progressivement l'ensemble du mouvement sportif à s'aligner sur cette nouvelle doctrine.

Parallèlement, les médecins inspecteurs régionaux et départementaux de la Jeunesse et des sports qui assument déjà des missions de surveillance médicale veulent orchestrer la planification de cette nouvelle façon de pratiquer. Ils souhaitent donner une légitimité à un sport santé située entre sédentarité et compétition<sup>9</sup>.

## 5. Le sport-santé comme programme national de pratiques adaptées

En 2007, la FFEPGV adopte officiellement le concept de sport-santé et inscrit son action dans le Plan national « Bien vieillir » (2007-2009). Ce ralliement conforte son rôle moteur dans l'invention et la diffusion de la notion, désormais reconnue au plus haut niveau institutionnel.

En 2009, le sport-santé devient un programme national de pratiques adaptées à visée préventive et un label fédéral des clubs. Cette formalisation marque son installation durable dans l'espace public. La commission médicale du CNOSF en fournit une définition canonique, bientôt reprise dans les textes de référence.

### La définition du sport-santé (2009)

Le sport-santé décrit une forme d'organisation permettant « d'établir les conditions de la pratique d'une discipline sportive apte à maintenir ou améliorer la santé dans le cadre de prévention primaire, secondaire ou tertiaire »

♥ **Exemple** : une activité rugby adaptée pour cinq à huit joueurs, avec plaquage remplacé par le toucher main sur l'épaule et de face, sans jeu au pied.

La HAS précise en 2022, que « le sport-santé » est un sport dont les conditions de pratique ont été adaptées pour répondre aux besoins de

---

<sup>9</sup> Génolini J.-P. & Clément J.-P. (2010). « *Lutter contre la sédentarité : l'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort* », Sciences sociales et sport, n° 1, Paris, L'Harmattan, p. 133 à 156.

publics présentant des vulnérabilités et/ou des besoins spécifiques en lien avec leur état de santé. Il a pour objectif de maintenir ou d'améliorer l'état de santé de la personne en prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Il est supervisé par des éducateurs sportifs formés ou des professionnels de l'APA, selon les niveaux de vulnérabilité des publics »<sup>10</sup>.

Ces activités, bien que ciblant en priorité les personnes fragilisées par l'âge ou la maladie, s'adressent aussi à l'ensemble de la population en bonne santé, dans une perspective de prévention universelle. Cette double orientation, à la fois préventive et curative, contribue à installer le sport-santé au carrefour des politiques publiques, de la médecine et du mouvement sportif, au prix d'une ambiguïté croissante entre sport adapté, APA et pratique fédérale aménagée.

## 6. Années 2010-2015 : normalisation et prescription médicale

La décennie 2010 marque une **consolidation institutionnelle** du sport-santé. Sous l'impulsion conjointe des ministères de la Santé et des Sports, mais aussi du CNOSF, les initiatives fédératives sont progressivement intégrées dans un cadre plus strict, centré sur la prévention et l'adaptation des pratiques aux pathologies chroniques.

Le vote de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST, 2009) et les orientations données aux Agences régionales de santé (ARS) renforcent la place de l'activité physique dans la prévention et la prise en charge des maladies chroniques.

Dès lors, les programmes portés par la FFEPGV et d'autres fédérations deviennent des instruments privilégiés pour répondre aux appels d'offres régionaux, scellant une convergence entre action associative, expertise scientifique et pilotage médical. Toutefois, ces programmes sport-santé des fédérations doivent désormais être planifiés et évalués à partir d'indicateurs nationaux<sup>11</sup>.

Un jalon majeur est franchi en 2015 avec la publication du guide Médicosport-santé par la Commission médicale du CNOSF, en

---

<sup>10</sup> HAS, 2022. *Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte*.

<sup>11</sup> Moralès Y. (2019). « *Opus cité* », p. 81.

partenariat avec le groupe Vidal. Conçu comme un outil à destination des médecins, il décrit discipline par discipline les adaptations nécessaires selon les pathologies. En offrant une première normalisation de la prescription d'activité physique, il inscrit le sport-santé dans une logique de rationalisation biomédicale.

Ce processus opère un glissement conceptuel : le sport-santé ne se limite plus à une offre de pratiques adaptées, il devient un dispositif prescriptible, intégré au système de santé avec le décret de 2016 relatif à la prescription d'APA.

 **Enjeu critique** : cette normalisation confère au sport-santé une légitimité médicale inédite, mais elle redessine les rapports de pouvoir entre professions médicales, fédérations sportives et acteurs de l'APA, au risque de diluer la spécificité éducative et scientifique de cette dernière.

## 7. Vers une stratégie nationale (2019-2025)

Cette évolution trouve son aboutissement en 2019 avec le lancement de la **Stratégie nationale sport santé** (SNSS 2019-2024), portée conjointement par les ministères des Sports et de la Santé. Ce programme consacre l'activité physique et sportive comme un levier prioritaire de santé physique et mentale, tout en affirmant son rôle dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la pratique.

La SNSS vise à remettre en mouvement l'ensemble de la population, avec ou sans pathologie, en promouvant une pratique quotidienne adaptée, accessible et encadrée, à tous les âges de la vie. Ses objectifs couvrent un spectre large : lutte contre la sédentarité, prévention primaire, secondaire et tertiaire, amélioration du bien-être et de la condition physique, maintien de l'autonomie et inclusion sociale des publics vulnérables.

En 2025, une nouvelle stratégie nationale est publiée. Elle maintient l'usage du terme « sport-santé » avec un tiret, témoignant ainsi de la persistance d'une ambiguïté conceptuelle. Cette formulation entretient une confusion entre, d'une part, le champ du « sport santé » entendu comme dispositif institutionnel visant à articuler activité physique,

prévention et santé publique, et, d'autre part, la promotion du sport en tant que processus social mobilisé à des fins de santé.

### 💡 **Les cinq objectifs prioritaires de la SNSS (2025-2030)**

- ❖ Mettre en place les conditions d'une pratique d'activité physique accessible à tous ;
- ❖ Augmenter le niveau d'activité physique des jeunes à l'école et à l'université ;
- ❖ Sensibiliser les acteurs et développer l'activité physique dans le monde professionnel ;
- ❖ Prévenir la perte d'autonomie des personnes avançant en âge par le sport-santé ;
- ❖ Développer le recours à l'activité physique adaptée à des fins thérapeutiques.

Dans ce nouveau cadre, l'**APA** est seulement reconnue, au même titre que toutes APS, comme une **thérapeutique non médicamenteuse**, prescrite dans le cadre des parcours de soins et mobilisée pour la prévention et la perte d'autonomie. Elle constitue néanmoins, un axe central des missions confiées aux **Maisons Sport-Santé**, chargées de garantir l'accessibilité et la qualité.

Le document stratégique (SNSS-2025-2030) insiste par ailleurs sur la formation des enseignants en APA et des effecteurs. Or, l'emploi de ce terme traduit une logique strictement médicale : le médecin prescrit, l'effecteur exécute et adapte.

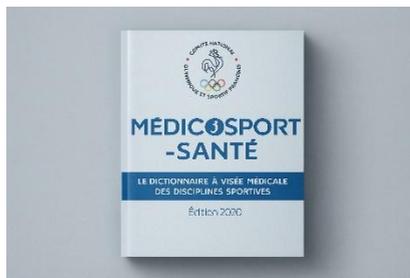
Une telle conception tend à réduire les professionnels de terrain, notamment les éducateurs APA, au rôle d'opérateurs de la prescription médicale, plutôt que de les reconnaître comme des acteurs éducatifs autonomes. Cette perspective consacre une vision **biomédicale et prescriptive** de l'APA, centrée sur la maladie et la dépendance, et tend à occulter sa **dimension éducative, sociale et inclusive**, pourtant constitutive de son identité disciplinaire et professionnelle.

## 8. Résumé

Des premiers programmes de promotion (2001) à la Stratégie nationale 2025-2030, le sport-santé s'est progressivement **institutionnalisé et médicalisé**. Défini par le CNOSF et la HAS en 2009, consolidé par le guide **Médicosport-santé** (2015), il est désormais reconnu comme un levier prioritaire de santé publique.

### Sport-santé et Sport santé : à ne pas confondre !

	<b>Sport-santé</b> (avec trait d'union)	<b>Sport santé</b> (sans trait d'union)
<b>Nature</b>	Des programmes d'APS développé par des fédérations	Une politique nationale de santé publique
<b>Objectifs</b>	Bien-être, prévention individuelle	Amélioration de la santé publique à grande échelle
<b>Public</b>	Toute personne souhaitant pratiquer sans compétition	Tous les citoyens, en bonne santé ou non
<b>Type de pratique</b>	Activité physique et sportive non compétitive et adaptée : voir les propositions des fédérations : athlé-santé...	Toute forme d'organisations favorisant la promotion de la santé par les APS
<b>Apparition</b>	Années 1990 (FFEPGV)	Dès 2001



## Chapitre 3 : Médicalisation du sport à des fins de santé

L'intégration du sport-santé dans le domaine du soin traduit un glissement majeur : l'activité physique quitte progressivement le seul registre de la prévention pour être mobilisée comme **outil thérapeutique**, notamment à travers la **prescription d'activités physiques adaptées (APA)**. Cette évolution consacre l'APS comme thérapeutique non médicamenteuse, mais installe une confusion entre sport-santé et APA et « sport sur ordonnance ».

### 1. La reconnaissance médicale des APS (HAS, 2011)

En 2011, la Haute Autorité de Santé reconnaît officiellement le bénéfice de l'activité physique dans la prise en charge des maladies chroniques. L'APS est ainsi qualifiée de **thérapeutique non médicamenteuse**<sup>12</sup>. Cette reconnaissance constitue une étape décisive : le sport-santé n'est plus seulement un outil de prévention, il devient un instrument du soin.

### 2. L'expérimentation locale : le « sport santé sur ordonnance » (Strasbourg, 2012)

Dès 2012, la ville de Strasbourg expérimente un programme intitulé *Sport Santé sur Ordonnance* (SSSO). Il permet aux médecins de prescrire une activité physique adaptée aux personnes atteintes de pathologies chroniques, dans une logique territoriale et inclusive. Ce modèle pionnier inspire rapidement d'autres collectivités.

La même année, une instruction est publiée sur la mise en oeuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> HAS. (2011). *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*, HAS, Saint-Denis La Plaine, p. 5.

<sup>13</sup> Instruction n° DS/DSB2/SG/DGS/DGCS/2012 /434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en oeuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir

En 2015, les 1<sup>res</sup> Assises européennes **du sport-santé sur ordonnance** (avec ou sans trait d'union selon les documents) sont organisées à Strasbourg.

### 3. De l'expérimentation à la loi : l'amendement Fourneyron (2015)

En mars 2015, un amendement porté par Valérie Fourneyron, médecin du sport et ancienne ministre, est adopté dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé. Cet amendement, largement médiatisé sous le terme de « **sport sur ordonnance** », prépare l'inscription de l'APA sur prescription médicale dans le Code de la santé publique.

### 4. La consécration légale : la loi de modernisation du système de santé (2016)

Adoptée en janvier 2016, cette loi crée l'article L.1172-1 du Code de la santé publique, qui autorise les médecins traitants à prescrire des activités physiques adaptées aux patients atteints d'affections de longue durée. Ce basculement officialise l'entrée de l'APA dans le **parcours de soins**.

♦ Art. L.1172-1 : « Dans le cadre du parcours de soins des personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie, le médecin intervenant dans la prise en charge peut prescrire **une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient**.

Les activités physiques adaptées sont dispensées par des personnes qualifiées, dans des conditions prévues par décret. Un décret fixe la liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'activités physiques adaptées ».

---

et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique.

## 5. Résumé

Depuis 2011, les activités physiques et sportives sont reconnues par la HAS comme thérapeutiques non médicamenteuses, ouvrant la voie à leur intégration dans le parcours de soins.

L'expérimentation du Sport Santé sur Ordonnance à Strasbourg (2012) précède l'amendement Fourneyron (2015) et la loi de 2016, qui autorisent la prescription d'activités physiques adaptées (APA).

Cette reconnaissance marque un tournant : l'activité physique, sous toutes ses formes, devient un instrument de soin et non plus seulement un vecteur d'éducation et de prévention.

Mais cette médicalisation croissante, si elle renforce la légitimité institutionnelle de l'APA, tend aussi à en réduire la portée éducative et sociale, au risque d'en altérer le sens initial.

### De la prévention à la prescription (2011–2016)

 **2011 – HAS** : APS reconnue comme thérapeutique non médicamenteuse.

 **2012 – Strasbourg** : programme *Sport Santé sur Ordonnance* (SSSO).

 **2015 – Amendement Fourneyron** : adoption à l'Assemblée nationale.

 **2016 – Loi de modernisation de la santé** : création de l'article L.1172-1 CSP → APA sur prescription médicale pour les ALD.

**AP,  
PRÉVENTION  
ET  
PRESCRIPTION**

PRATIQUE DESCRIPTIVE

## Chapitre 4 : Organisation du sport à des fins de santé

Parallèlement à la médicalisation du sport-santé, les années 2010 voient se mettre en place une véritable **architecture institutionnelle** combinant initiatives fédérales, dispositifs territoriaux et pilotage étatique. Cette structuration vise à renforcer la lisibilité et la qualité de l'offre, mais produit également une superposition complexe d'acteurs et de niveaux d'action.

### 1. Les comités fédéraux sport-santé (CNOSE, 2011)

Sous l'impulsion du CNOSE, les fédérations instaurent dès 2011 des comités « sport-santé » réunissant dirigeants, médecins et techniciens. Animés par 162 référents en 2015, ces comités visent à intégrer la dimension préventive du sport-santé dans les pratiques fédérales, en couvrant les trois niveaux de prévention (primaire, secondaire, tertiaire).

Le décret de 2016 prolonge cette dynamique en instituant une certification fédérale autorisant la dispensation d'APA sport-santé. L'arrêté associé précise les diplômes fédéraux habilités à intervenir auprès des patients atteints d'affections de longue durée (42 certifications en 2025)<sup>14</sup>. Néanmoins, pour ouvrir droit à une rémunération, la plupart de ces certifications doivent être adossées à un diplôme reconnu par le Code du sport.

#### Certification fédérale sport-santé

Coach Athlé Santé - Entraîneur forme Santé athlétisme - Brevet fédéral animateur basket santé - Coach vélo santé - Diplôme fédéral d'animateur EPGV - Formation programme EPGV Diabète et surpoids - Diplôme fédéral d'initiateur musculation ou initiateur haltérophilie option coach Muscu Santé...

---

<sup>14</sup> Arrêté du 12 juillet 2025 fixant la liste des certifications fédérales autorisant la dispensation d'une APA.

## **2. Les plateformes régionales sport santé bien-être (2012)**

Dès 2010, un premier réseau de plateformes régionales dédiées au sport santé voit le jour sous l'impulsion des agglomérations, avec de premières initiatives notables à Strasbourg en 2012, Blagnac en 2013, Biarritz et Château-Thierry en 2015, entre autres.

À partir de 2012, l'État encourage la création de ces Plans régionaux de sport santé bien-être (PRSSBE) coordonnés par les ARS et la DRJSCS. Ils visent à promouvoir l'APS comme facteur de santé publique et à cibler les publics spécifiques (personnes âgées, handicap, maladies chroniques).

Le réseau, des plateformes régionales, continue de se renforcer, avec des projets tels que Nord-Pas-de-Calais (1997), EfFORMip en Midi-Pyrénées (2005), Picardie en Forme (2011), « Parcours sport santé » en Champagne-Ardenne (2012), « Sport santé bien-être » en Rhône-Alpes (2013) et en Bretagne (2013), etc.

## **3. Le pôle ressource national (2013)**

Le Pôle ressource national sport, santé, bien-être, créé en 2004 au CREPS de Houlgate<sup>15</sup>, est reconfiguré en 2013. Il est implanté au CREPS de Vichy. Il constitue désormais un centre de ressources, d'expertise et d'accompagnement des acteurs, assurant également une mission de veille scientifique et de diffusion des bonnes pratiques.

## **4. Le Médicosport-santé (2015)**

Publié par la commission médicale du CNOSF en partenariat avec Vidal, le dictionnaire « Médicosport-santé » compile les effets de l'APS sur la santé et recense les programmes fédéraux. En 2020, 45 fédérations couvrant 67 disciplines sportives disposaient de tels programmes. Devenu un outil de prescription et de formation, il symbolise la médicalisation croissante du sport-santé.

---

<sup>15</sup> IGAS (2018). *Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé*, Rapport n° 2017-126R et IGJS n° 2018-I-07.

## 5. La chaire sport-santé bien-être (Poitiers, 2015)

Créée en 2015 et hébergée par la Fondation Poitiers Université, la chaire *Sport-santé bien-être* ambitionne de faire du sport un levier stratégique de santé publique. Elle réunit des chercheurs issus de disciplines variées (sport, santé, économie, droit, technologie) et associe de nombreux partenaires institutionnels et privés.

Ses actions portent à la fois sur la **diffusion** des savoirs (publications, réseaux sociaux) et sur la **formation** : séminaires destinés aux étudiants de premier cycle et Diplôme universitaire *Sport sur ordonnance et nutrition*, développé avec la Faculté des Sciences du Sport de Poitiers (128 h de cours, 120 h de stage).

Elle témoigne de l'ancrage académique du **sport-santé**, conçu comme espace de médiation entre production scientifique, formation professionnelle et action sociale, et met en lumière la **dualité universitaire** qui structure aujourd'hui le champ :

- ◆ d'un côté, un champ scientifique de l'APA, issu des STAPS et fondé sur la notion d'adaptation ;
- ◆ de l'autre, un champ scientifique du **sport-santé**, adossé à l'université et aux politiques publiques de prévention et de bien-être.

## 6. Les maisons sport-santé (2019)

Créées officiellement en 2019 pour compléter les PRSSBE, les **Maisons sport-santé (M.S-S)** visent à densifier le maillage territorial afin de lutter contre la sédentarité et ses effets délétères, notamment l'obésité et les maladies cardiovasculaires, chez les personnes atteintes d'affections de longue durée et les publics éloignés de la pratique physique. Ces dispositifs accueillent :

- ◆ les personnes atteintes de maladies chroniques, avec ou sans affection de longue durée ;
- ◆ les personnes en bonne santé, mais éloignées de la pratique.

Leurs missions, encadrées par un cahier des charges national, consistent à informer, évaluer, proposer des programmes de 2 à 3 séances hebdomadaires sur 3 mois, et orienter vers une offre adaptée.

Portées par des structures variées (associations, municipalités, CCAS, hôpitaux, structures privées ou itinérantes), elles sont habilitées par les ARS/DRAJES et financées majoritairement par les ARS. L'encadrement est assuré par des professionnels de santé, des éducateurs APA ou des éducateurs sportifs certifiés.

## 7. La Stratégie nationale sport santé (2019–2024 ; 2025–2030)

La SNSS 2019–2024 parachève cette structuration autour de quatre axes : promotion de l'APS pour tous, développement de l'APA thérapeutique, protection de la santé des sportifs et diffusion des connaissances.

La SNSS 2025–2030 met la lutte contre la sédentarité au cœur de l'action publique, consolidant l'APS comme priorité nationale de santé.

### Structuration territoriale et institutionnelle (2011–2025)

Dispositif	Année	Objectif principal	Acteurs
Comités fédéraux sport-santé	2011	Développer des programmes fédéraux de prévention	CNOSF, Fédérations
PRSSBE (Plateformes régionales)	2012	Structurer l'offre territoriale et cibler les publics spécifiques	Régions, ARS, DRJSCS
Pôle ressource national	2013	Centraliser l'expertise et diffuser les bonnes pratiques	CREPS de Vichy, MJS
Médicosport-santé	2015	Recenser APS adaptées aux pathologies	CNOSF, SFMES
Chaire sport-santé (Poitiers)	2015	Développer la recherche interdisciplinaire	Université de Poitiers
Maisons sport-santé	2019	Accueillir, évaluer, orienter et accompagner	ARS, DRAJES, collectivités

SNSS	2019	Piloter la politique nationale sport-santé	Ministères Sports/Santé
------	------	--	-------------------------

## 8. Résumé

La décennie 2010 voit se mettre en place une organisation à **plusieurs niveaux et portée par de multiples acteurs** : CNOSF et fédérations, plateformes régionales, pôle ressource, chaire universitaire, Médicosport-santé et Maisons sport-santé.

Cette architecture, renforcée par la Stratégie nationale, consacre le sport-santé comme levier de santé publique, mais entretient une confusion durable entre programmes fédéraux, APA universitaire et politiques publiques.



## Chapitre 5 : Sport-santé et APA - clarification des frontières

L'essor des activités physiques à visée de santé s'est construit en France selon deux trajectoires distinctes : l'**APA**, ancrée dans la recherche universitaire et la formation scientifique, et le **sport-santé**, porté initialement par le mouvement sportif fédéral. Bien qu'issus de logiques différentes, ces modèles ont été progressivement rapprochés par les politiques publiques, jusqu'à entretenir une confusion remarquable dans les discours institutionnels récents. Clarifier leurs frontières permet de comprendre les recompositions qui structurent aujourd'hui le champ.

### 1. Deux modèles historiques

Deux modèles historiques se sont progressivement construits en parallèle, chacun porteur d'une logique, d'une finalité et d'une trajectoire institutionnelle distinctes.

♦ **L'APA** : un concept universitaire adossé à la recherche

Depuis les années 1970, l'APA se développe comme un champ de savoirs théoriques et pratiques dédiés à l'accompagnement des publics présentant des besoins spécifiques. Elle mobilise les sciences de l'activité physique (STAPS), les sciences sociales et les approches biomédicales pour concevoir des interventions adaptées à des contextes variés : handicap, maladies chroniques, vieillissement, inadaptations sociales ou psychologiques.

♦ **Le sport-santé** : une initiative fédérale devenue politique nationale

À partir des années 1990, plusieurs fédérations affinitaires élaborent des programmes de pratiques sportives adaptées à visée de santé. Leur objectif est d'offrir une alternative à la compétition, en proposant des activités standardisées, accessibles et orientées vers le bien-être. Ce sport-santé fédéral répond d'abord à des préoccupations internes au mouvement sportif. Il s'est développé sur un registre pragmatique, au service des licenciés fédéraux, et a connu une diffusion rapide dans l'espace public.

Au tournant des années 2000, l'État s'approprié la notion dans le cadre de ses stratégies de lutte contre la sédentarité et les maladies chroniques. Le terme évolue alors : il ne renvoie plus seulement à des programmes fédéraux, mais à un ensemble de politiques publiques visant l'amélioration de la santé populationnelle. Cette évolution crée une première ambiguïté entre une logique fédérale de l'offre de pratique et une logique institutionnelle de régulation sanitaire.

## **2. Un brouillage croissant sous l'effet des politiques publiques**

L'intégration du sport-santé dans les plans nationaux de santé et la multiplication des dispositifs territoriaux contribuent à rapprocher les deux modèles. L'activité physique devient simultanément outil de prévention, support éducatif, modalité de réadaptation et levier d'inclusion.

Cette convergence apparente masque une tension structurelle :

- ◆ **l'APA** demeure centrée sur l'adaptation individualisée et la compréhension multidimensionnelle des besoins ;
- ◆ **le sport-santé** repose davantage sur des pratiques fédérales protocolisées, standardisées et orientées vers la santé de la population générale.

À mesure que les actions institutionnelles s'intensifient, ces deux logiques se superposent dans un même espace d'action, faisant disparaître des distinctions pourtant essentielles quant aux finalités, aux compétences requises et aux publics concernés.

## **3. 2016 : l'inflexion qui recompose les frontières**

La publication du décret relatif à la prescription médicale d'activité physique constitue un moment charnière. L'APA est alors définie comme une catégorie générique d'activité physique à visée de santé, mobilisable auprès des patients selon leur niveau de limitation. Cette décision fait basculer le concept dans une lecture résolument biomédicale.

Le sport-santé, jusqu'ici identifié comme logique fédérale, se voit intégré dans cette catégorie élargie d'APA. Il devient l'une des

modalités possibles de l'activité physique prescrite, notamment pour les personnes présentant des limitations légères.

Ce mouvement institutionnel rapproche artificiellement deux modèles historiquement distincts et modifie profondément les équilibres du champ :

- ◆ l'APA perd en lisibilité conceptuelle,
- ◆ le **sport-santé** gagne une reconnaissance nouvelle,
- ◆ la **frontière** entre pratiques éducatives, préventives et thérapeutiques s'estompe.

#### 4. Clarifier les enjeux : confusion terminologique ou enjeu politique ?

La confusion APA / sport-santé ne relève pas seulement d'un glissement sémantique. Elle reflète un enjeu plus profond : la recomposition du pouvoir de définition des activités physiques à visée de santé. Trois logiques coexistent désormais :

1. **logique universitaire**, centrée sur l'adaptation, la recherche et la formation d'experts ;
2. **logique fédérale**, centrée sur l'offre de pratiques standardisées ;
3. **logique biomédicale**, centrée sur la prescription, la prise en charge et l'efficacité thérapeutique.

Le rapprochement entre APA et sport-santé résulte de l'intervention croissante de l'État, qui cherche à rationaliser et unifier le champ pour en faire un instrument cohérent de la santé publique. Ce processus reconfigure les légitimités : il valorise le rôle des professionnels médicaux, renforce la place des fédérations sportives et redéfinit le périmètre d'intervention des professionnels formés en APA.

Clarifier les frontières entre APA et sport-santé ne consiste donc pas à opposer deux modèles, mais à comprendre comment leurs interactions traduisent des rapports de force institutionnels, académiques et professionnels.

**Tableau 1 : création et fondements (1972–2015)**

	APA	Sport-santé
<b>Origine</b>	<b>Concept universitaire</b> structuré dès 1972 à l'Université du Québec, au sein des sciences de l'AP, à portée internationale.	<b>Concept institutionnel</b> , initié en 1993 par la Fédération française d'Éducation physique et de Gymnastique Volontaire (FFEPGV), porté par le mouvement sportif.
<b>Finalité</b>	<b>Développer de modalités d'intervention</b> par les APS fondées sur les sciences de l'AP auprès des publics à besoins spécifiques.	<b>Développer</b> des APS standardisées à visée de bien-être et santé accessibles à tous licenciés, en complément du sport « performance » et du « sport loisir ».
<b>Identité</b>	<b>Champ transdisciplinaire</b> , combinant savoirs théoriques et pratiques, centré sur l'accompagnement par l'AP en contextes variés et problématiques diverses (IFAPA, 2025) <sup>16</sup> .	<b>Offre d'APS fédérales protocolisées</b> <sup>17</sup> (Gym'Après cancer, athlé santé, aviron santé...), à visée populationnelle, encadrées par les fédérations sportives agréées
<b>Objectifs &amp;</b>	<b>Former des experts de l'intervention par les APS</b> (adaptées ou non) auprès	<b>Rendre accessibles les pratiques fédérales à visée de santé à</b>

<sup>16</sup> L'objectif du concept APA dépasse une simple adaptation fonctionnelle de l'activité physique. Ce champ vise à soutenir l'autonomie, à promouvoir des pratiques innovantes et coopératives, et à articuler savoirs scientifiques et interventions professionnelles (IFAPA, 2025).

<sup>17</sup> En 2020, 45 fédérations couvrant 67 disciplines sportives et autres formes d'activités adaptées.

Mémento APA n° 2

<b>Publics</b>	des publics à besoins spécifiques.	l'ensemble des licenciés.
<b>Dispositifs &amp; Professionnels</b>	<b>Formations universitaires</b> diplômantes (DEUST à doctorat y compris DU) fondées sur des référentiels scientifiques et professionnels	<b>Formations modulaires labellisés</b> destinés aux éducateurs sportifs, visant une montée en compétences de l'encadrement des APS à visée de santé.

**Tableau 2 : ruptures et différenciations (2016–2025)**

	<b>APA</b>	<b>Sport-santé</b>
<b>Décret de 2016</b>	<b>L'APA devient une catégorie générique d'AP</b> pouvant être prescrites (sport sur ordonnance) <sup>18</sup> , notamment aux personnes à besoins spécifiques devenues, pour la plupart, des patients.	Le Sport-santé devient une composante des APA désignant des pratiques fédérales pouvant être prescrites sous conditions aux patients.
<b>Définition</b>	Toute forme d'AP exercée dans des contextes variés, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques, y compris celles qualifiées de patientes.	Toutes APS fédérales, labellisées sport-santé, adaptée à l'état de santé des pratiquants licenciés, y compris les patients.
<b>Finalité &amp;</b>	APA, pratiques ouvertes à tout public à BS dans des	Toutes AP standardisées, non

<sup>18</sup> L'APA prescrite qualifiée également de « Sport sur ordonnance ». Cette locution médiatique fait référence au programme de la ville de Strasbourg, développé depuis 2012, intitulé « Sport/santé sur ordonnance » et destiné à encourager par une prescription médicale d'activité physique chez des personnes atteintes de maladies chroniques.

Mémento APA n° 2

<b>spécificité</b>	contextes variés, ainsi qu'aux patients (sur prescription) à des fins de rééducation (auxiliaires médicaux) ou de prévention <sup>19</sup> à effets thérapeutique.	nécessairement individualisées, à des fins de prévention.
<b>Publics cibles</b>	Tout public à BS, y compris les patients aux limitations modérées à sévères	Tout public licencié y compris les patients sans limitation ou limitations minimales
<b>Professionnels concernés</b>	Kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, éducateurs physiques diplômés APA, éducateurs sportifs disposant de prérogatives spécifiques.	Éducateurs sportifs salariés ou bénévoles titulaires d'une certification complémentaire.
<b>Différenciation des pratiques</b>	<p><b>Limitations sévères :</b> APA à visée rééducative, encadrées par des rééducateurs ;</p> <p><b>Limitations modérées :</b> APA à visée de prévention secondaire et tertiaire, sous forme d'APS adaptées encadrées par des éducateurs physiques de formation universitaire APA.</p>	<p><b>Limitations minimales ou absence de limitation :</b> APA, dites sport-santé, à visée de prévention primaire, voire secondaire, encadrées par des éducateurs sportifs.</p>

<sup>19</sup> « Permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte » (Art. D1172-1 du CSP).

◆ Ces tableaux révèlent une recomposition profonde du champ. D'une différenciation nette entre APA et sport-santé, on est passé depuis 2016 à une confusion croissante, alimentée par :

- ◆ des textes réglementaires imprécis,
- ◆ des chevauchements de compétences entre acteurs,
- ◆ une redéfinition floue des finalités.

Cette évolution ne traduit pas seulement une hybridation des pratiques, mais une incertitude de gouvernance : qui fixe les frontières, qui attribue les compétences, qui détient l'autorité légitime ?

L'enjeu est donc double : scientifique et politique. Sur le plan épistémologique, la confusion fragilise l'APA en réduisant sa portée conceptuelle et en l'assimilant à une logique biomédicale prescriptive. Sur le plan institutionnel, elle révèle des rapports de pouvoir entre universités, professions de santé et mouvement sportif, qui façonnent la structuration même des politiques de santé par le sport.

## 5. Résumé

L'APA et le sport-santé se sont constitués selon des logiques différentes, mais sont désormais réunis dans un même espace politique dominé par la santé publique. Si cette convergence facilite la diffusion de l'activité physique à grande échelle, elle entretient une ambiguïté sur les finalités, les compétences et les identités professionnelles. Ce brouillage n'est pas une dérive accidentelle : il incarne une reconfiguration de la gouvernance du corps actif, où les rationalités éducatives, sportives et médicales cohabitent, coopèrent et parfois s'affrontent.

# APA ET SPORT-SANTÉ

---

## Chapitre 6 : Le sport-santé - la nouvelle norme en 2025

Ce chapitre analyse le tournant politique et institutionnel opéré par le rapport **Delandre (2025)**, qui consacre le **sport-santé** comme référentiel national unifié pour l'ensemble des activités physiques à visée de santé.

Il examine les effets de cette requalification sur le champ de l'APA, désormais recentré sur le soin prescrit, et interroge la portée normative d'une telle évolution.

### 1. Un nouveau cap politique

Le 7 avril 2025, la mission interministérielle Sport-Santé, coordonnée par le docteur Dominique Delandre, remet son rapport aux ministères chargés des Sports et de la Santé. Ce document, élaboré à partir d'une concertation réunissant huit experts<sup>20</sup>, marque une nouvelle étape de la Stratégie nationale de promotion de l'activité physique, désormais pleinement intégrée à la politique de santé publique.

S'inscrivant dans la continuité de la Stratégie nationale sport-santé 2019–2024, le rapport en élargit le périmètre et renforce le pilotage

---

<sup>20</sup> **Cinq Médecins** : - Pr François Carré, cardiologue et médecin du sport ; - Pr Martine Duclos, endocrinologue, physiologiste et cheffe du service de médecine du sport au CHU de Clermont-Ferrand ; - Dr Didier Ellart adjoint au maire de Marcq-en-Barœul en charge du Sport et de la Santé, membre de l'Association nationale des élus en charge des Sports (Andes) ; - Pr François Genet, médecine physique et réadaptation ; - Dr Alexandre Feltz, médecin généraliste, adjoint au Maire de Strasbourg chargé de la santé ; **deux universitaires** : Nathalie Bonnefoy, docteur en biologie, directrice de recherche INSERM et Institut de Recherche en Cancérologie de Montpellier et Olivier Dupuy, maître de conférence en physiologie, laboratoire Move de l'université de Poitiers ; **deux anciens sportifs** : Odile Diagana (coordinatrice Azur sport Santé et Stéphane Diagana (consultant et conférencier) ; une élue locale : Line Malric, Secrétaire générale de l'Association nationale des élus en charge du sport (Andes), vice-présidente du Conseil départemental en charge du sport et du sport-santé, maire adjointe aux sports de Blagnac.

étatique. Il s'agit moins de promouvoir la pratique que de réguler le corps actif dans une logique de santé publique centralisée.

## 2. Le glissement sémantique : du sport santé au sport-santé

Jusqu'alors, l'expression « sport santé » (sans trait d'union) désignait une politique publique lancée dans les années 2000 visant à promouvoir l'activité physique pour lutter notamment contre la sédentarité. Cette politique s'est structurée à travers plusieurs plans nationaux, puis une première Stratégie nationale sport santé 2019-2024.

En parallèle, le « sport-santé » (avec trait d'union) renvoyait à des pratiques sportives fédérales adaptées à des objectifs de santé, dans une logique de prévention primaire, secondaire ou tertiaire.

Le rapport Delandre fusionne ces deux approches : désormais, le sport-santé devient le référentiel unique pour désigner l'ensemble des activités physiques à visée de santé.

Cette unification conceptuelle confère au sport-santé une **portée** normative, médicale et nationale, effaçant les distinctions entre éducation, prévention et soin au profit d'un modèle unique, articulé à la performance sanitaire.

## 3. La nouvelle définition du sport-santé

Le rapport redéfinit le sport-santé comme « *l'ensemble des politiques et actions qui facilitent ou encouragent la pratique régulière d'activités physiques ou sportives dans un objectif de santé, en cohérence avec la définition de la santé de l'OMS* ».

Cette conception s'écarte de celle de la HAS (2022), qui réserve le sport-santé à des pratiques adaptées aux besoins de publics vulnérables et encadrées par des éducateurs sportifs formés ou des professionnels de l'APA, selon le niveau de fragilité du public.

La nouvelle définition opère donc une dilution du sens initial, en absorbant dans un même cadre discursif les activités physiques d'éducation, de prévention et de soin.

Ce glissement sémantique traduit une recentralisation du contrôle de la motricité sous la tutelle sanitaire.

#### 4. L'APA recentrée sur le soin

Une évolution majeure soulignée dans ce rapport concerne la redéfinition du périmètre de l'APA, désormais envisagée uniquement comme une thérapeutique non médicamenteuse destinée aux patients, et exclusivement mobilisée dans le cadre du soin prescrit<sup>21</sup>.

Cette orientation restreint considérablement le champ d'intervention des professionnels de l'APA, en l'assignant à une logique biomédicale et en excluant de facto ses usages dans les domaines (fondateurs du concept) de la prévention générale, de l'éducation spécialisée, ou encore des loisirs adaptés, pourtant essentiels pour répondre aux besoins d'une large diversité de publics vulnérables : jeunes en difficulté sociale ou scolaire, salariés exposés à des facteurs de pénibilité, personnes en situation de précarité, etc.

**Le rapport plaide également pour :**

- ◆ Reconnaître les EAPA comme des **auxiliaires médicaux**.
- ◆ Généraliser au moins un mi-temps de professionnel en APA au sein de chaque EHPAD et résidence pour les personnes âgées.

#### 5. Les principales recommandations politiques

Le rapport formule plusieurs propositions structurantes :

- ◆ Nommer un **délégué interministériel permanent** pour piloter les politiques sport-santé.
- ◆ Nommer des **référents sport-santé** dans les structures déconcentrées de l'État.
- ◆ Créer un pool d'**ambassadeurs** du sport-santé
- ◆ mettre en place un **socle commun national** et validé de formation des éducateurs sportifs à l'encadrement des personnes concernées par le sport-santé.

---

<sup>21</sup> Le rapport précise : « les publications scientifiques et les rapports parlementaires sont unanimes sur les bénéfices de l'APA comme une thérapeutique non médicamenteuse validée comme telle en 2011 par la HAS ». Or l'HAS mentionne exactement toutes les APS et pas seulement l'APA.

✦ **Évaluer** chaque année la capacité physique des élèves.

✦ Proposer des **cours spécifiques** de développement selon les besoins des élèves (groupes de niveau).

Ces évaluations et cours spécifiques témoignent d'une volonté de normalisation éducative et sanitaire, rappelant les politiques de rééducation physique d'après-guerre (1946–1978).

## 6. Résumé

Le rapport Delandre marque un tournant majeur : le sport-santé devient un pilier national, articulant désormais soin, prévention et formation professionnelle.

S'il unifie et clarifie les dispositifs existants, il consacre aussi une médicalisation accrue du sport et un recentrage du champ sur la santé prescrite, au détriment du loisir, de la prévention universelle et de l'accès à l'APA pour les publics non malades.

Alors que le décret de 2016 faisait de l'APA une catégorie générique englobant les pratiques de sport-santé, le rapport inverse la hiérarchie : l'APA devient une composante thérapeutique du sport-santé, réservée aux patients de niveau 2 HAS, mise en œuvre par des auxiliaires médicaux sous encadrement médical strict.

Cette requalification statutaire soulève une question cruciale pour l'avenir de la formation universitaire : la licence APA-santé est-elle appelée à devenir une licence « santé », placée sous tutelle médicale, rompant ainsi avec l'héritage pluridisciplinaire et éducatif des STAPS ?



## Synthèse du rapport « Delandre »



### Gouvernance

- Un délégué interministériel du sport-santé
- Des référents territoriaux
- Des ambassadeurs
- Des référents communicants territoriaux.



### Dispositifs

- Des plateformes numériques régionales S-S
- Une stratégie nationale du S-S autour des Maisons S-S ;
- Une journée nationale du S-S
- Des ateliers locaux d'APS tous publics.



### Sport-santé

- Un socle commun national de formation des éducateurs S-S
- Formation des professionnels à l'impact de l'AP sur la santé



### APA-thérapeutique

- Financement sécurité sociale
- Réservée aux patients N2 HAS
- EAPA-thérapeutique : auxiliaires médicaux



### Financement

- Sécurité sociale
- Fonds régionaux
- Contribution Française des jeux
- Taxes clubs sportifs.



### Population

- Mise en œuvre de tests de capacité physique lors du SNU et des bilans à 25, 45 et 69 ans



### Seniors

- Tests de capacités physiques
- Recrutement éducateur APA en EHPAD...



### Handicap

- Formation des professionnels de santé et techniciens du sport
- Développement et remboursement des aides techniques du parasport
- Accessibilité généralisée



### Jeunesse-scolaire

- Tests de capacités physiques : « Niveau 1 » : cours spécifiques de réadaptation physique (EPS) et « Niveau 2 » APA-thérapeutique prescrite en MSS.



### Salariés

- Diminuer le temps de sédentarité
- Améliorer l'ergonomie
- Développement du sport en entreprise

## Chapitre 7 : MSS et recompositions de l'APA en 2025

À l'initiative du ministère des Sports et des Jeux olympiques et paralympiques et du ministère chargé de la Santé et de la Prévention, le rapport IGAS-IGÉSR publié en octobre 2025 met en évidence un enjeu central : l'APA, devenue la ressource principale des MSS, demeure une **notion insuffisamment clarifiée** et un **champ professionnel encore instable**.

Il souligne également des divergences notables avec le rapport Delandre, en particulier concernant l'hypothèse d'un statut **d'auxiliaire médical** pour les EAPA.

Alors même que les MSS mobilisent massivement l'APA pour accompagner des publics à besoins de santé, le cadre définissant ses compétences, ses effecteurs et son périmètre d'intervention reste flou et parfois contradictoire.

Dès lors, une problématique s'impose : **comment consolider durablement les MSS lorsque l'APA, qui en constitue le pilier opérationnel, n'est ni pleinement définie, ni stabilisée, ni reconnue de manière homogène ?**

### 1. L'APA au cœur d'un dispositif national en expansion

Depuis leur création en 2019, les Maisons Sport-Santé constituent un instrument majeur de lutte contre l'inactivité physique. Leur déploiement rapide, **532 MSS habilitées en 2025**, illustre la volonté de mailler le territoire en garantissant un accès de proximité aux parcours sport-santé.

Cette structuration donne à l'APA un rôle inédit : elle devient la **ressource centrale** de l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques, en perte d'autonomie ou éloignées de la pratique physique.

Le rapport indique en effet que **92 % des MSS** proposent un ou plusieurs programmes d'APA, et que les effecteurs encadrant ces activités constituent « **la colonne vertébrale du dispositif** ».

Pour la quasi-totalité des MSS, l'offre structurante n'est donc plus l'information ou l'orientation, mais bien la **mise en œuvre d'un programme d'APA**, qui matérialise la valeur ajoutée du dispositif.

Les chiffres confirment cette montée en charge :

- ◆ **872 000 personnes** accueillies depuis 2020 ;
- ◆ **655 000 personnes** malades ou éloignées de la pratique physique et sportive ont été prises en charge dont 445 786 en prévention primaire et 209 438 en prévention secondaire et tertiaire.

L'APA n'est plus une pratique périphérique, mais bien l'ossature du service rendu au public. Si le rapport ne rend pas obligatoire la présence d'un EAPA, **la mission considère néanmoins que les MSS devraient disposer d'un EAPA** pour être pleinement reconnues comme telles, notamment au regard des exigences de qualité et de coordination qui structurent le dispositif.

## 2. Une hétérogénéité structurelle révélatrice d'un champ encore instable

Le rapport identifie une diversité de situations locales marquée, tant dans la composition des équipes que dans les pratiques professionnelles. Les données nationales montrent :

- ◆ une quasi-parité entre **EAPA (789)<sup>22</sup>** et **éducateurs sportifs (688)**, dont une partie formée à l'APA (446 éducateurs sportifs formés à l'APA) ;
- ◆ **122 MSS** fonctionnant sans EAPA ni kinésithérapeute ;

---

<sup>22</sup> D'après le rapport, les 59 UFR STAPS ont formé quelque 20 000 EAPA. Principale voix discordante entendue par la mission, un médecin (spécialiste et conseiller en DRAJES) considère qu'une « formation générale hyper simple » suffirait : « pour une pathologie donnée connaître 3 mots clés, 3 choses à savoir : avoir une connaissance de la maladie très simple ». Il estime que 90h de formation par telle fédération après un brevet d'État, c'est « un peu costaud » et que cela pourrait être diminué. À l'inverse, des représentants de la C3D STAPS considèrent que les Éducateurs sportifs pourraient venir se former en STAPS, envisageant une année de formation, soit 500 heures, loin au-dessus du projet du ministère des sports avec ses 170 heures sur lequel ils disent ne pas avoir été consultés.

♦ des capacités très variables d'accès aux effecteurs selon les territoires.

? L'interrogation conjointe du MSJOP et du ministère de la Santé est la suivante : *faut-il intégrer les éducateurs sportifs parmi les praticiens de l'APA au-delà des seuls publics sans limitations fonctionnelles, et comment cette décision reconfigurerait-elle les ressources humaines comme le modèle économique des MSS ?*

Cette hétérogénéité s'explique en partie par l'historicité et les ressources des structures porteuses, mais elle reflète surtout une **incertitude professionnelle persistante**, renforcée par la coexistence de deux cadres institutionnels :

♦ celui du **Code de la santé publique (décret 2016)**, qui reconnaît EAPA, éducateurs sportifs et plusieurs professionnels paramédicaux comme effecteurs légitimes ;

♦ celui de la **Haute Autorité de Santé**, qui recommande un champ beaucoup plus restreint, excluant certains éducateurs sportifs pour les publics à limitations fonctionnelles.

Cette discordance ne constitue pas seulement un débat technique : elle fragilise l'unification du champ et questionne la légitimité des acteurs mobilisés dans les MSS.

### 3. L'APA thérapeutique : un besoin de normalisation

Face à l'extension rapide de l'offre et à la hausse des prescriptions, la mission estime nécessaire de normaliser l'APA thérapeutique. Elle propose un **protocole national minimal**, comprenant :

- ♦ trois bilans (initial, intermédiaire, final) ;
- ♦ un cycle de trois mois, renouvelable une fois ;
- ♦ deux séances hebdomadaires privilégiées ;
- ♦ des groupes limités à dix personnes ;
- ♦ une **fourchette tarifaire** encadrée.

Ces normes visent à :

1. **Réduire les disparités** de pratiques entre MSS.

2. Préparer une **éventuelle prise en charge par l'Assurance maladie**, qui nécessite un cadre homogène et juridiquement robuste.

Toutefois, la mission relève les **craintes de déqualification** si les EAPA devenaient assimilés à des auxiliaires médicaux. Elle avertit surtout qu'un tel statut risquerait de **les absorber dans le monde de la santé**, alors que leur force réside dans leur position d'**interface entre sport et santé**.

#### 4. Les MSS comme espace de mises à l'épreuve des identités professionnelles

Les MSS agissent comme un véritable laboratoire pour le champ de l'APA en exposant publiquement plusieurs tensions :

- ! ambiguïtés des frontières entre éducation, santé et sport ;
- ! coexistence de modèles professionnels divergents ;
- ! tension entre pratiques individualisées et logiques de santé publique ;
- ! concurrence symbolique et fonctionnelle entre EAPA, éducateurs sportifs et professions de santé.

La mission évoque explicitement l'hypothèse d'une **profession réglementée** pour les EAPA<sup>23</sup>, tout en soulignant les risques :

- ⚠ glissement vers un modèle d'**auxiliaires médicaux**,
- ⚠ perte potentielle de l'identité éducative et sociale du métier,
- ⚠ absorption possible dans les professions de santé au détriment d'une reconnaissance autonome.

Le rapport ne propose pas de scénario arrêté, mais insiste sur la nécessité de **clarifier l'architecture professionnelle**, d'autant plus que l'éventuelle prise en charge du « sport sur ordonnance » par l'Assurance maladie pourrait générer **des frictions**, notamment avec certaines fédérations sportives.

---

<sup>23</sup> Le rapport souligne les discordances réglementaires et les formations hétérogènes des effecteurs d'APA (annexe 3 du document).

## 5. Une terminologie instable, reflet d'un champ en recomposition

Le rapport insiste également sur l'instabilité sémantique entourant l'APA et le sport-santé :

- ▼ APA parfois réduite à l'APA-T ;
- ▼ flou du terme « sport-santé » ;
- ▼ intitulés rebutants ou non inclusifs : « *gym tonique* », « *cardio-training* », « *football* », « *renforcement musculaire* », « *HIIT léger* », « *sport pour tous* », « *remise en forme* » ;
- ▼ confusion possible entre « APA » et « allocation personnalisée d'autonomie » ;
- ▼ terme « APA » peu explicite pour certains publics.

Ces ambiguïtés révèlent un champ conceptuellement fragile où les catégories d'action publique peinent encore à s'arrimer aux catégories professionnelles et disciplinaires.

## 6. Un enjeu stratégique : clarifier l'APA pour consolider le dispositif

La pérennité des MSS repose sur une **clarification du périmètre et du sens de l'APA**. Cette clarification conditionne :

- 🎯 la distinction APA / sport-santé<sup>24</sup> ;
- 🎯 la cohérence nationale ;
- 🎯 la reconnaissance des effecteurs ;
- 🎯 l'équité territoriale ;
- 🎯 la structuration économique du dispositif ;
- 🎯 l'éventuelle prise en charge par l'Assurance maladie.

L'APA apparaît ainsi comme un enjeu majeur de gouvernance, au croisement des politiques de santé et des dynamiques professionnelles.

---

<sup>24</sup> Une discordance persiste entre le décret de 2016, qui définit l'APA de manière large, et la HAS, qui la restreint à une intervention exclusivement thérapeutique. La mission estime indispensable de **normer l'APA thérapeutique** et de **clarifier la répartition des rôles entre EAPA et éducateurs sportifs**, condition préalable à toute prise en charge future par l'Assurance maladie.

La mission préconise également d'élargir l'accès à la qualification via des **DU APA** pour les licences STAPS non APA-S et les éducateurs sportifs (DEJEPS) afin de répondre à la demande croissante.

## 7. Conclusion

L'examen des MSS à travers le rapport IGAS-IGÉSR révèle un paradoxe : l'APA n'a jamais été aussi centrale dans les politiques de santé, mais jamais son périmètre, ses compétences et ses effecteurs n'ont été autant discutés. La place incontournable de l'APA contraste avec l'instabilité institutionnelle qui continue d'en structurer le cadre d'exercice.

Cette tension témoigne d'un champ en recomposition, où les frontières entre prévention, soin et éducation restent mouvantes. Elle ouvre sur les enjeux traités dans les chapitres suivants : professionnalisation incertaine des EAPA, concurrence de légitimités, fragilité du cadre réglementaire de 2016 et effets ambivalents de l'intégration de l'APA dans les politiques publiques.

Les MSS apparaissent ainsi moins comme un modèle stabilisé que comme un **laboratoire de tensions structurelles**, invitant à interroger ce que signifie réellement « **adapter** » **l'activité physique** aujourd'hui : question centrale des analyses à venir.

**Tableau** : niveau de formation des EAPA et des éducateurs sportifs (rapport, p. 19)

Profession	Diplôme	Niveau de diplôme	Reconnaissance pour l'encadrement d'APA	Stock de diplômés	Remarques
enseignant en activité physique adaptée (EAPA)	licence STAPS APA-S	6	Code de la santé, Code du sport, HAS	20 000 env.	677 formés par an (2023)
EAPA coordinateur	master STAPS APA-S	7	Code de la santé, Code du sport, HAS		177 formés par an (2023)
éducateur sportif	BPJEPS DEJEPS	5 6	Code de la santé, Code du sport	203 000	Hétérogénéité, certifications complémentaires

### 💡 Principale voix discordante entendue par la mission

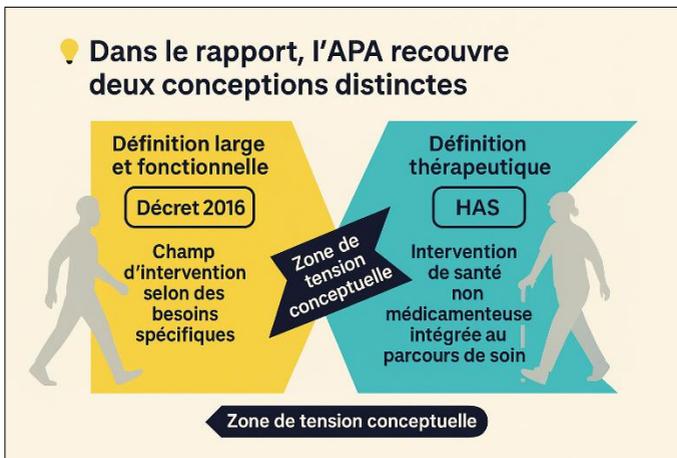
Un médecin (spécialiste et conseiller en DRAJES) estime qu'une « formation générale hyper simple » suffirait : « pour une pathologie donnée, connaître trois mots clés, trois éléments essentiels ; avoir une connaissance très simple de la maladie ». Selon lui, les **90 heures de formation** proposées par certaines fédérations après un brevet d'État sont déjà « un peu costaudes » et pourraient être réduites.

À l'inverse, les représentants de la **C3D STAPS** considèrent que les éducateurs sportifs devraient se former à l'université, envisageant **une année complète de formation**, soit environ **500 heures**, très au-dessus du projet du ministère des Sports (170 heures), sur lequel ils indiquent ne pas avoir été consultés.

📅 **À noter** : la spécialisation APA en licence STAPS représente entre 600 et 1 000 heures de formation, stages compris.

💡 Dans le rapport, l'APA recouvre deux conceptions distinctes : une définition **large et fonctionnelle** (décret 2016) ; une définition **strictement thérapeutique** (HAS).

Ces deux visions ne se superposent pas et alimentent la confusion actuelle.



## Synthèse de la 1<sup>ère</sup> partie

Cette première partie a mis en évidence l'émergence **du sport-santé comme réponse fédérale** aux enjeux contemporains de santé publique. Parallèlement, **la politique du sport à des fins de santé** s'est structurée à travers divers dispositifs nationaux et territoriaux. Progressivement, le sport-santé s'est imposé comme un levier de prévention et de lutte contre la sédentarité, mais au prix d'une réduction biomédicale de ses dimensions sociales et éducatives

**La distinction** initiale entre APA (champ scientifique et professionnel) et sport-santé (programmes fédéraux préventifs) tend à **s'estomper depuis 2016**. Cette hybridation alimente des **confusions conceptuelles et professionnelles**, révélatrices des rapports de pouvoir entre État, fédérations, professions de santé et universités, dans une gouvernance **complexe et à niveaux multiples**.

Comparée à d'autres pays (Québec, Royaume-Uni, pays nordiques), la singularité française réside dans l'imbrication étroite entre politiques sportives et sanitaires. Cette configuration accentue la tension entre une logique éducative inclusive et une logique biomédicale prescriptive. Elle nourrit des rivalités de légitimité entre acteurs, ainsi qu'une fragilisation conceptuelle de l'APA, trop souvent assimilée à une simple offre de pratiques à visée médicale.

En définitive, cette première partie montre que le sport-santé, au-delà d'une innovation lexicale, redéfinit les finalités, les acteurs et l'organisation du sport à des fins de santé. L'enjeu majeur reste de préserver l'identité scientifique et éducative de l'APA face à une normalisation sanitaire croissante.



## 2<sup>ème</sup> partie : De l'ancrage académique à la légitimation juridique (1992-2016)

Au-delà de la montée en puissance du sport-santé comme outil de prévention dans les politiques publiques, l'APA poursuit en France une trajectoire propre, marquée par une double dynamique de structuration académique et de reconnaissance socio-institutionnelle.

Cette deuxième partie propose d'analyser **l'évolution du concept APA** depuis son introduction sur le territoire national jusqu'à sa redéfinition contemporaine, à la croisée des champs de la santé, de l'éducation et du médico-social. Elle retrace les conditions d'émergence d'un parcours universitaire original, historiquement issu de l'EPS nord-américaine, avant d'en examiner les inflexions majeures liées à son investissement dans les dispositifs de santé publique.

Au fil de cette évolution, l'APA s'est progressivement dotée d'une épaisseur conceptuelle, d'un corpus de savoirs et de référentiels professionnels, tout en étant confrontée à des logiques d'hybridation, de standardisation et de prescription. Cette tension entre ancrage éducatif et requalification sanitaire constitue un axe central d'analyse, révélateur des recompositions à l'œuvre dans le champ.

L'objectif est ici de comprendre comment un domaine historiquement pensé pour répondre à des besoins spécifiques s'inscrit aujourd'hui dans des logiques d'action publique, au risque d'une dilution de ses fondements scientifiques, pédagogiques et professionnels.

✓ **Abrégé** : évolution du concept d'APA en France, entre ancrage universitaire et reconfiguration dans les politiques de santé.

# APA

## Définition sociohistorique de l'APA

L'APA désigne un champ de connaissances, de formation et d'intervention né en 1972 à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Construit autour de la compréhension fine des besoins des personnes présentant des vulnérabilités diverses, ce concept articule des savoirs scientifiques issus des STAPS, des sciences de la vie et des sciences sociales.

L'APA se caractérise par :

- une logique d'adaptation individualisée aux capacités, aspirations et contextes de vie ;
- la conception de modalités d'intervention mobilisant l'activité physique comme support d'autonomie, de participation et de santé ;
- la pluralité de ses registres d'action (éducatif, social, inclusif, préventif ou thérapeutique) dont l'agencement dépend des contextes institutionnels et des besoins des personnes.

Cette identité plurielle fait de l'APA un domaine transdisciplinaire dont la cohérence repose sur l'analyse contextualisée de la motricité humaine.

---

## UN CONCEPT À L'ÉPREUVE

## Chapitre 8 : L'APA orientée vers le handicap (1992-2000)

Comment l'institutionnalisation du parcours APA, officialisée en 1992, a-t-elle structuré une identité académique et professionnelle centrée sur le handicap et l'inadaptation, et en quoi cette orientation a-t-elle préparé ou limité son intégration ultérieure dans le champ de la santé publique ?

### 1. La formation universitaire française en APA

En 1992, Alain Hébrard, alors délégué à l'Éducation physique et sportive auprès du ministre de l'Éducation nationale (la discipline ayant été rattachée à l'Éducation nationale en 1981), valide la transformation de l'intitulé du parcours « Éducation posturale, réhabilitation, rééducation par le mouvement et le sport » (intitulé initial de l'option du CAPEPS) en celui de parcours « Activité Physique Adaptée » (APA). Inspirée du modèle québécois, cette évolution traduit une volonté d'approche inclusive en direction des « populations spéciales ».

Durant les années 1990, les cursus se diversifient : *DEUST, licence généraliste à mentions (réhabilitation, réadaptation, EP spécialisée, sports et handicaps...), licences professionnelles, maîtrises, etc.* Les formations sont majoritairement spécialisées dans l'intervention auprès de personnes en situation de handicap ou d'inadaptation sociale, en lien avec les politiques d'intégration (Revue EPS, 1996, p. 72). Elles concernent à la fois :

- ◆ les étudiants STAPS,
- ◆ les enseignants d'EPS confrontés au handicap,
- ◆ les professionnels du travail social ou du secteur paramédical.

#### Objectif des formations APA jusqu'à la fin des années 1990

« Les formations en APA en fonction des spécialisations et des niveaux de diplômes propres à chaque université ont pour finalité de rendre les étudiants capables d'exercer des responsabilités de

conception et d'animation d'activités physiques et sportives, pour des personnes en situation de handicap ». (Revue EPS, 1996, p.72).

Pour les promoteurs de ce parcours, il s'agit principalement d'identifier et de **traiter une demande sociale** dans quatre grandes directions :

1. **Gestion** de l'éducation physique dans les établissements spécialisés.
2. **Développement** de stratégies d'intervention en milieu ouvert.
3. **Mise en place de programmes** de réentraînement à l'effort pour déficiences fonctionnelles.
4. **Organisation** de loisirs sportifs adaptés.

Les diplômés sont appelés à intervenir dans une grande diversité de secteurs : médico-social, hospitalier, scolaire, collectivités locales, associations sportives, formation de cadres. Leur champ d'action couvre des publics variés : déficiences motrices, sensorielles, mentales, maladies chroniques, vieillissement, exclusion sociale.

 Les titulaires d'un diplôme APA (licence, maîtrise), formés à l'exercice du métier d'éducateur physique, acquièrent une identité de professionnels spécialisés, capables d'intervenir auprès de populations à besoins spécifiques dans une diversité d'emplois-types.

## 2. Le principe et l'orientation des formations APA

La pédagogie repose sur l'articulation entre **applications pratiques** et **validations théoriques** des effets produits<sup>25</sup>. L'année de maîtrise constitue une étape charnière, orientée vers des mémoires principalement pédagogiques :

**Flandin D.** (1982). *Approche d'une définition de la place de l'EPS travers le discours des intervenants des centres de handicapés mentaux (IME, IMP, CAT pour débiles mentaux moyens et profonds)*, Mémoire de maîtrise, Université de Montpellier 1.

---

<sup>25</sup> Voir sur ce sujet Varray A., Bilard J. & Ninot G. (2001). *Enseigner et animer les activités physiques adaptées*, Dossier ÉPS n° 55, Paris, Revue EPS).

Ce cursus débouche soit sur une insertion professionnelle, soit sur la poursuite d'un troisième cycle universitaire.

Au tournant des années 2000, la structuration du champ APA s'organise autour de secteurs privilégiant l'accompagnement des personnes présentant des déficiences mentales, motrices ou sensorielles, ainsi que des patients suivis en centres de rééducation fonctionnelle (troubles respiratoires, cardiovasculaires). À ces publics s'ajoutent les personnes âgées et les populations fragilisées par des difficultés d'adaptation sociale. Dans ce contexte, les universités orientent progressivement leurs formations et leurs recherches vers des spécialisations distinctes : Lille s'illustre dans le domaine du **handicap moteur**, Lyon se concentre sur **les problématiques liées à l'inadaptation sociale**, tandis que Montpellier se distingue dans **l'accompagnement du handicap mental**.

### 3. Les Journées universitaires d'études francophones en APA

Entre 1990 et 2000, les Journées universitaires d'études francophones en APA et divers colloques spécialisés contribuent à structurer un champ scientifique en consolidation. Ces manifestations consacrent l'ancrage de la recherche autour du handicap, de l'inadaptation et des politiques d'intégration.

1993	Lille	Sport et <b>handicap</b> moteur.
1994	Grenoble	<b>Déficience mentale</b> : la condition physique pour l'intégration sociale.
1994	Lille	Université d'été : intégration des <b>inaptes</b> partiels en cours d'EPS.
1995	Lyon	Pratiques physiques adaptées et <b>insertion</b> .
1996	Torino	<b>Handicap</b> et sport (tous types de handicaps).
1997	Poitiers	Activités physiques adaptées.
1998	Nancy	Les APS des personnes <b>handicapées</b> : une dimension européenne pour la formation et la recherche.
1998	Montpellier	Enseigner et animer les APA.
1999	St Geneviève des bois	Les APA en milieu <b>pénitentiaire</b> .

2000	Amiens	L'intervention en APS dans le secteur <b>médico-social</b> .
2000	Bordeaux	Les APS des personnes <b>handicapées</b> mentales : apprentissages et entraînements.
2001	Nanterre	Intégration par l'APA des personnes ayant des <b>besoins spécifiques</b> .
2002	Nice	<b>Déficiences mentales</b> et comportementales : actualités scientifiques et pédagogiques dans le secteur de l'APA.

 **À noter** : ce n'est qu'à **partir de 2006** que ces journées d'étude vont mettre en avant la question de la santé : Lyon, « Les APA et la santé ».

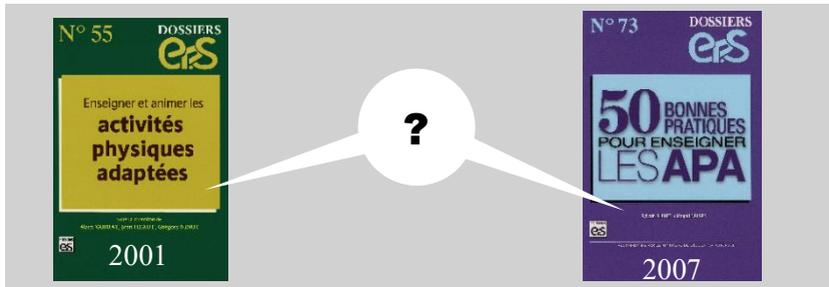
#### 4. Résumé

De 1992 à 2000, le parcours APA s'est institutionnalisé dans les formations STAPS en consolidant une identité professionnelle centrée sur le handicap et l'inadaptation sociale.

Il a permis l'émergence d'un corps de diplômés reconnus dans les secteurs éducatif, associatif et médico-social.

Les productions scientifiques de cette période portent majoritairement sur ces problématiques : sport, condition physique, inaptitudes, insertion, pratiques APA ou APS, enseignement, animation, apprentissage, entraînement, comportements. Elles témoignent d'un ancrage fort dans le champ du handicap.

Cette orientation va progressivement se réduire face à la promotion du sport à des fins de santé, à la montée des logiques de prescription médicale et aux tentatives de standardisation des interventions.



 L'orientation de la formation APA entre 1992 et 2000

## QUATRE ORIENTATIONS



**Gestion de l'éducation physique dans les établissements spécialisés**

**Développement de stratégie d'intervention sportive en milieu ouvert**



**Mise en place de programme de réentraînement à l'effort pour handicaps fonctionnels**

**Organisation de loisirs sportifs**



## Chapitre 9 : L'APA orientée vers la santé (2000-2010)

Au début des années 2000, le parcours APA demeure largement centré sur l'éducation physique adaptée, l'intervention en milieu ouvert, le réentrainement à l'effort et les loisirs sportifs. Cette orientation est confirmée par de nombreux médecins qui soulignent que la formation universitaire reste essentiellement arrimée au champ du handicap (cf rapport INSERM, 2008).

Ce n'est qu'à partir de 2005 qu'une inflexion, d'une partie du parcours, vers le domaine de la santé se dessine avant d'être consolidée en 2008 avec la publication du rapport Toussaint, qui officialise la reconnaissance de l'APA comme pratique à visée thérapeutique.

### 1. Vers un changement de paradigme<sup>26</sup> ?

Pour accompagner cette évolution vers une politique du sport au service de la santé, les acteurs du parcours APA décident de repenser une partie des formations, notamment **la licence généraliste APA** avec mention qui devient une **licence APA-santé** sans mention.

Leur objectif est double : affirmer la légitimité universitaire de ce cursus face à la montée des formations non universitaires, et consolider ses bases scientifiques dans un contexte où les interventions en activité physique menées par les professionnels de santé reposent encore souvent sur des pratiques empiriques (Livre blanc, 2008).

Cette dynamique se formalise en janvier 2005, lors de la 4<sup>e</sup> journée thématique « Activité physique liée à la santé » (Nanterre), où l'appellation APA-santé est adoptée. Officialisé par arrêté en 2006, ce sigle distingue clairement ce parcours des formations historiques (DEUST et licences professionnelles).

---

<sup>26</sup> Un paradigme est un cadre de référence, une manière de voir, de penser et de comprendre le monde qui influence les comportements, les idées et les pratiques dans un domaine donné.

## Le parcours APA après 2006

◆ **Formations APA orientées vers la santé (2006) :** licence généraliste APA-santé, master et doctorat.

◆ **Formations APA historiques orientées vers la demande sociale (1976 à 1992 à aujourd'hui) :** trois DEUST et deux licences professionnelles.

Avec ce nouveau parcours et la réforme des niveaux de formations universitaires (LMD), les promoteurs universitaires visent à structurer trois métiers génériques autour de l'éducation à la santé par les APS (agent, développeur, chercheur).

Plus précisément, il s'agirait de mettre en place un nouveau statut spécifique pour qualifier un nouvel emploi-métier d'éducateur physique « intervenant en activité physique-santé » (Actiphysicien), mais non paramédical (ce qui n'apparaît plus consensuel), organisé autour de la prescription médicale » (Livre blanc de Malte, 2008).

**Alors que la licence est un grade universitaire, la licence APAS** est conçue comme un diplôme professionnalisant avec néanmoins un faible volume d'heures de stage (250 h), ouvrant à l'exercice d'éducateur physique.

En parallèle, les promoteurs proposent :

- **un dispositif de formation continue** destiné à différents publics (éducateurs médico-sportifs, médecins du sport, professions paramédicales utilisant l'AP en réadaptation ou rééducation) ;
- la création d'une **structure nationale de recherche APA-santé**, chargée de garantir des contenus actualisés, fondés sur la preuve et intégrés aux pratiques de réadaptation, de rééducation et d'entretien physique,

## 2. Le projet APA-santé en 2008

*Le Livre blanc de Malte*, impulsé et coordonné par le professeur Jean Bertsch<sup>27</sup>, président de la Conférence des directeurs des UFR STAPS entre 2003 et 2008, souligne que « progressivement l'APA prend en compte les aspects santé, bien-être, qualité de vie de toutes les populations à besoins spécifiques : inadaptées, déficitaires, porteuses de handicaps sédentaires, y compris dans les maladies organiques transitoires ou permanentes afin d'éviter le cercle vicieux du déconditionnement physique ».

La notion d'**adapter** est centrale. Elle consiste à « modifier, ajuster ou accommoder, programmer, individualiser, etc. suivant des données contrôlées, les aptitudes fonctionnelles restantes ou saines de la personne malade. » L'APA s'oriente principalement vers le malade.

Les promoteurs universitaires insistent sur la nécessité de :

- ◆ **fonder** le parcours APA-S sur des bases scientifiques et médicales ;
- ◆ **harmoniser** les formations autour de pôles d'excellence ;
- ◆ **créer des réseaux** « sport-Santé » articulant intervenants APA-Santé, professionnels médicaux et médico-sociaux ;
- ◆ **développer** des compétences transversales avec les filières paramédicales ;
- ◆ **Valider** les pratiques par une recherche nationale coordonnée.

Cette dynamique doit aboutir à des **États généraux sport-santé**, rassemblant l'ensemble des acteurs concernés pour affirmer le rôle de l'APA-S dans le champ de la santé publique.

Cependant, l'usage du terme « sport-santé » par ces promoteurs universitaires va contribuer à entretenir une ambiguïté conceptuelle, en brouillant les frontières entre l'APA, discipline universitaire à visée éducative et scientifique, et le sport-santé, dispositif institutionnel à finalité préventive et thérapeutique.

---

<sup>27</sup> *Le Livre blanc* est présenté comme un outil stratégique quadriennal (2008–2011) visant à orienter les actions futures de la C3D.

 **Résumé du projet APA-S dans la politique de santé (2008)**

Le Livre Blanc de Malte souligne que l'APA évolue vers une approche **centrée sur la santé, le bien-être et la qualité de vie** des personnes à besoins spécifiques, en s'appuyant sur l'adaptation individualisée des activités aux capacités restantes. Il appelle à structurer le parcours APA-S autour de **bases scientifiques et médicales**, via une formation harmonisée, des réseaux « sport-santé », des partenariats paramédicaux et une recherche nationale coordonnée pour renforcer **son rôle en santé publique**.

**3. Les nouvelles thématiques des JEFAPA**

L'évolution du parcours APA vers le champ de la santé se reflète également dans les thématiques successives des Journées d'études francophones en APA (JEFAPA), qui, à partir de 2006, intègrent de manière croissante la dimension santé dans leurs problématiques scientifiques et professionnelles.

2006	Lyon	Les APA et la <b>santé</b>
2008	Cergy-Pontoise	Entre sport, éducation et <b>santé</b> : quelles perspectives et quels territoires pour les APA
2010	Orléans	APA : effets sur la <b>santé</b>
2012	Orsay	La formation et la recherche en <b>APA-santé</b> : quels enjeux pour quelles populations
2014	Besançon	Implication et spécificité en APA dans le domaine de la <b>santé</b>
2016	Amiens	L'activité physique au service de la <b>santé</b> des publics à besoins spécifiques
2018	Toulon	APA dans une optique de <b>santé</b> ou de performance : de l'identification des besoins à la prise en charge individualisée
2021	Caen	Prévention, insertion et réhabilitation par l'APA.
2023	Nantes	Résultats scientifiques et de pratiques émergentes dans le domaine des APA et de la <b>santé</b> .

2024	Besançon	Regards croisés sur l'APA-S : au-delà de la <b>prescription !</b>
------	----------	---

#### 4. Résumé

Jusqu'au début des années 2000, le parcours APA restait centré sur le handicap et l'inadaptation. À partir de 2005, il s'oriente vers la santé, une évolution consolidée par le rapport Toussaint (2008).

Cette transformation vise à : structurer un parcours APA-santé légitimé auprès du ministère de la Santé ; répondre à la concurrence des formations non universitaires ; instaurer un cadre scientifique solide pour les interventions en réadaptation et en prévention.

Dès lors, le domaine APA se décline **en deux axes** :

- l'un répondant aux besoins sociaux,
- l'autre centré sur les problématiques de santé.

#### La situation actuelle de la formation universitaire APA

##### **Formations APA (depuis 1992)**

*Gestion de projets  
selon demande  
sociale*

- ◆ **Publics déficients**
- ◆ **Publics malades mentaux**
- ◆ **Publics seniors**
- ◆ **Publics inadaptés**

##### **Formations APA-santé (depuis 2006)**

*Optimisation de la  
santé physique et  
mentale*

- ◆ Tous publics à besoins spécifiques
- ◆ **Patients** sur prescription

## Chapitre 10 : Absente des premiers rapports (2002-2007)

Au début des années 2000, les pouvoirs publics français et européens s’emparent de la question du **sport à des fins de santé** à travers la publication de rapports et de plans stratégiques. Ces documents visent principalement à lutter contre la sédentarité et à inscrire l’activité physique dans une logique de prévention des maladies chroniques. Toutefois, l’APA, bien que déjà institutionnalisée, reste largement **absente** de ces premiers textes, révélant un décalage entre le développement académique et les orientations politiques.

### 1. Rapport « Saillant » de 2002 : la prévention par les APS

◆ **Contexte** : ce rapport est élaboré dans le cadre des **États généraux du sport** (2002), moment clé de réflexion sur la place du sport dans la société française, sous l’égide du CNOSF et du ministère de la Jeunesse et des Sports.

◆ **Acteurs** : rapport piloté par **Gérard Saillant** (médecin du sport), avec la participation d’un comité dominé par des médecins et des représentants du mouvement sportif.

◆ **Contenu** :

- mise en garde contre les dangers de la **sédentarité**, qualifiée de « fléau moderne » ;
- affirmation du rôle du sport comme **outil de prévention primaire et secondaire** (amélioration cardio-respiratoire, prévention du diabète, équilibre mental) ;
- alerte sur les **dérives de la pratique sportive** (dopage, risques liés à un encadrement inadapté) ;
- recommandations : création d’un **auxiliaire médical à double compétence APS/santé**, développement d’un **réseau médico-sportif** intégré aux CHU, création de **maisons du sport-santé**. Le rapport précise : « *c’est au corps médical, compétent et formé à la pratique sportive, de déterminer les activités adaptées pour les personnes en situation de handicap* ».

◆ **APA** : totalement absente. Le rapport adopte une perspective **médico-centrée**, réduisant l'encadrement à une compétence subordonnée au corps médical et invisibilisant le champ professionnel et scientifique APA.

## 2. Livre blanc de la Commission européenne (2007) : sport, santé et lutte contre la sédentarité

◆ **Contexte** : publié en juillet 2007, le *Livre blanc sur le sport* constitue la **première initiative de la Commission européenne spécifiquement consacrée au sport**, jusqu'alors abordé seulement par des politiques connexes (jeunesse, santé, éducation). Il s'inscrit dans un contexte marqué par la montée en puissance des débats sur l'**obésité** et la **sédentarité** comme enjeux de santé publique.

◆ **Acteurs** : porté par la Direction générale Éducation et Culture de la Commission européenne, ce document stratégique se veut un cadre de référence pour les États membres, dans la perspective d'une politique européenne de soutien au sport.

### ◆ **Contenu** :

- alerte sur l'impact du **manque d'activité physique** dans le développement de la surcharge pondérale, de l'obésité et des maladies chroniques (cardiovasculaires, diabète de type 2, cancers) ;
- reconnaissance que ces affections réduisent la qualité de vie, accroissent les inégalités sociales et pèsent lourdement sur les systèmes de santé ;
- reprise des recommandations de l'OMS : **au moins 30 minutes d'AP modérée par jour pour les adultes, 60 minutes pour les enfants** ;
- propositions : élaboration de **lignes directrices européennes sur l'activité physique bénéfique pour la santé** (avant fin 2008), création d'un **réseau européen d'experts**, intégration de l'AP dans les politiques éducatives, sociales et sanitaires des États membres.
- le document qualifie l'activité physique de « **pièce angulaire** » de ses actions en matière de sport.

◆ **APA** : totalement absente. L'approche défendue est **universelle et populationnelle**, centrée sur la promotion massive de l'activité physique pour tous, sans distinction de publics ni reconnaissance d'une spécialisation professionnelle. Aucune référence n'est faite aux filières universitaires ou aux diplômés APA. Cette omission révèle la difficulté, au niveau européen, à reconnaître l'APA comme champ spécifique d'intervention.

### 3. Plans nationaux de 2007 : « maladies chroniques et vieillissement »

#### Plan « maladies chroniques » (2007-2011)

◆ **Contexte** : élaboré par le ministère de la Jeunesse et des Sports, ce plan s'inscrit dans une politique nationale visant à répondre à un enjeu majeur de santé publique : près de **15 millions de Français** sont alors concernés par des maladies chroniques, soit environ 20 % de la population.

◆ **acteurs** : le pilotage est interministériel, associant les ministères de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, ainsi que plusieurs agences et institutions médico-sociales. Cette gouvernance traduit la volonté d'une approche intégrée des maladies chroniques.

◆ **Contenu** : le plan comporte quinze mesures opérationnelles, articulées autour de trois axes :

1. Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes et réduire les complications ;
2. Renforcer la prévention et développer l'éducation thérapeutique des patients ;
3. Favoriser la réinsertion sociale et la coordination entre les dispositifs hospitaliers, médico-sociaux et associatifs.

◆ **APA** : le plan ne la mentionne pas. Cette absence s'explique par la configuration du champ à cette époque : l'APA demeure alors principalement associée à l'éducation physique adaptée au handicap et aux publics en difficulté, plutôt qu'à la prévention ou à la prise en charge des maladies chroniques. Le plan traduit ainsi moins un oubli qu'un décalage historique entre la montée des politiques de santé

publique et la reconnaissance différée de l'APA comme levier de santé.

### Plan « Bien vieillir » (2007-2009)

◆ **Contexte** : plan conjointement lancé par le **ministère de la Santé** et le **ministère de la Jeunesse et des Sports**, face au vieillissement démographique et à la volonté de promouvoir une prévention active pour les 50-70 ans, notamment autour du passage à la retraite.

◆ **acteurs** : démarche interministérielle associant les politiques de santé publique, de sport et de cohésion sociale.

#### ◆ **Contenu** :

- 9 axes stratégiques : alimentation, prévention des chutes, activité physique, insertion sociale, etc. ;

- objectif : maintenir les capacités fonctionnelles des seniors au meilleur niveau possible afin de prévenir ou retarder l'apparition de pathologies ou de situations de dépendance ;

- mesures : création d'un **annuaire national des associations sportives** proposant des activités adaptées aux seniors ; mise en place de **formations spécialisées** intégrées aux diplômes existants ou à de nouvelles certifications délivrées par le MJS ; élaboration d'**outils standardisés de tests physiques** utilisables en médecine de ville.

◆ **APA** : elle n'est pas mentionnée. La priorité est donnée aux réseaux sportifs associatifs et aux certifications fédérales, au détriment d'une reconnaissance des parcours universitaires APA. Ce silence confirme la **faible visibilité institutionnelle** de l'APA dans les politiques publiques liées au vieillissement.

## 4. Résumé

Entre 2002 et 2007, les rapports et plans stratégiques soulignent les bénéfices de l'activité physique et encouragent le développement du sport-santé. Toutefois, l'APA demeure totalement absente : aucune mention des formations universitaires en STAPS ni des professionnels spécialisés. À cette époque, elle n'est pas encore identifiée comme un acteur pertinent des politiques de santé publique.

## Chapitre 11 : Premières reconnaissances (2008)

L'année 2008 marque un moment charnière pour l'APA : pour la première fois, elle apparaît explicitement dans des rapports officiels nationaux. Cette visibilité nouvelle, initiée par l'INSERM et amplifiée par le rapport Toussaint, confère à l'APA une légitimité institutionnelle. Toutefois, cette reconnaissance s'accompagne d'une réorientation restrictive : l'APA est intégrée dans le cadre médical et réduite au **parcours de soins**.

### 1. Rapport INSERM (2008) : première mention de l'APA

◆ **Contexte** : publié en 2008, le rapport « *Activité physique : contextes et effets sur la santé* », constitue une **expertise collective** conduite par l'INSERM. Commandité par les pouvoirs publics, il répond à la nécessité de documenter scientifiquement les effets de l'activité physique sur la santé, dans un contexte marqué par la montée des maladies chroniques.

◆ **Acteurs** : le groupe pluridisciplinaire est composé d'experts en sciences biomédicales, en santé publique et en sciences sociales, mobilisant environ 2 000 articles scientifiques et l'expérience de praticiens.

◆ **Contenu** :

- mise en évidence des **effets bénéfiques de l'activité physique** sur la mortalité, la qualité de vie, les fonctions physiologiques (musculaires, osseuses, immunitaires, cérébrales), ainsi que sur la prévention et l'accompagnement de multiples pathologies (maladies cardiovasculaires, cancers, obésité, diabète, troubles mentaux, addictions) ;
- identification de **lacunes méthodologiques**, notamment le manque de protocoles standardisés permettant d'évaluer l'efficacité et la dose-réponse des programmes d'activité physique selon les populations.

◆ **Recommandations :**

- développer des **protocoles adaptés** pour les personnes handicapées (motrices, mentales) et les publics vulnérables (personnes âgées, patients souffrant de troubles psychiques) ;
- renforcer la **formation initiale** des étudiants en filières paramédicales, en éducation sportive (brevet d'État) et en STAPS sur l'AP et la santé ;
- le concept de sport-santé correspond à une pratique accessible à tous ;
- créer des **masters et diplômes universitaires spécialisés** ;
- renforcer le réseau territorial d'experts référents pour le programme « Activité physique et santé ».

◆ **APA** : le rapport mentionne explicitement l'**activité physique adaptée**, mais dans une acception très limitée. Les professionnels issus du parcours APA ne sont pas identifiés comme des intervenants de santé auprès des patients. Le texte précise que « les étudiants de la filière APA sont formés à l'encadrement des personnes handicapées, des personnes âgées (y compris celles qui résident en maison de retraite), des jeunes désocialisés (dans les quartiers sensibles) ». Ils sont jugés compétents pour exercer des fonctions d'**incitateurs, d'éducateurs, de personnes-ressources et de coordination**, en relation avec les professionnels de santé, mais non comme acteurs autonomes de la prise en charge.

Les experts insistent également sur le **manque de protocoles précis** en APA, notamment pour les personnes handicapées (mentales et motrices), ce qui limite la réponse aux besoins exprimés par les patients.)

## 2. Rapport « Toussaint » (2008) : l'APA orientée vers la prévention

◆ **Contexte** : dans le prolongement du rapport INSERM, le ministère de la Santé commande en 2008 un rapport préparatoire au **Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive (PNPAPS)**. Ce document constitue un jalon stratégique : il consacre, pour la première fois, un chapitre complet (44 pages) à l'APA,

marquant ainsi son entrée officielle dans le champ des politiques de santé publique.

♦ **Acteurs** : le rapport est dirigé par **Jean-François Toussaint** (médecin et professeur de physiologie), et s'appuie sur une commission ayant auditionné plusieurs figures majeures du champ APA : Yves Eberhard (AFAPA), Paul Delamarche (C3D), Claire Perrin (Université Lyon 1) et Franck Laureyns (Association des éducateurs Médico-Sportifs).

♦ **Contenu** :

- seule la thématique « *Activité physique et sportive en prévention* » aborde explicitement l'APA, en lien avec les maladies chroniques, rares et le handicap ;
- l'APA est redéfinie comme **outil thérapeutique intégré au parcours de soin**, conférant une **reconnaissance institutionnelle nouvelle** ;
- l'éducateur APA, désigné sous les termes de « *professeur d'APA* » ou « *concepteur-actiphysicien* », est présenté comme un **acteur de l'éducation thérapeutique du patient (ETP)**, chargé de favoriser une pratique régulière et autonome d'activité physique ;
- le rapport distingue clairement l'**APA** (intervention professionnelle fondée sur une formation universitaire, à visée éducative, préventive et thérapeutique) du **sport-santé** (ensemble de pratiques fédérales ou associatives à visée de bien-être).
- l'APA est intégrée au cadre de l'**Éducation thérapeutique du patient**, telle que définie par l'OMS (1998), soulignant sa contribution à l'autonomie et à la compréhension du patient dans la gestion de sa maladie.

**PNAPS**  
**Plan National de prévention**  
**par l'Activité Physique ou Sportive**

**Jean-François Toussaint**

Le rapport Toussaint marque un tournant. L'APA est définie comme :

- 🎯 une **pratique professionnelle** exercée par les titulaires d'un diplôme universitaire APA-santé (licence ou master STAPS) ;
- 🎯 une **activité physique adaptée prescrite** en prévention tertiaire, destinée aux personnes atteintes de maladies chroniques, de maladies rares ou en situation de handicap ;
- 🎯 une **intervention à visée thérapeutique, préventive et éducative**, mise en œuvre dans les services de réadaptation, les plateformes hospitalières d'ETP, les établissements spécialisés et les réseaux de santé ;
- 🎯 un **accompagnement** vers la pratique autonome et durable d'activités physiques à visée de santé (*sport-santé*).

👉 Pour la première fois, l'APA est institutionnellement reconnue comme outil thérapeutique et éducatif.

Cependant, cette légitimation s'accompagne d'une réduction de son champ : l'APA est pensée presque exclusivement dans un cadre médical, au détriment de ses dimensions sociales, éducatives et inclusives. Par ailleurs, seuls les diplômes APA-santé sont reconnus au détriment des autres diplômes APA.

### 3. Résumé

En 2008, l'APA accède à une **visibilité officielle**. Le rapport INSERM en propose une première mention, encore subordonnée, tandis que le rapport Toussaint consacre son intégration au parcours de soins. Cette reconnaissance constitue une avancée majeure, mais elle **réduit l'APA à une fonction thérapeutique** auprès des patients, en occultant ses dimensions éducatives et sociales.



## Les définitions présentées dans le rapport Toussaint

### L'APA

« L'APA correspond à une intervention professionnelle qui relève d'une formation universitaire spécifique (filières APA et Santé des UFR STAPS, niveau licence et maîtrise). Elle mobilise des connaissances scientifiques pluridisciplinaires pour 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 » (p. 60).

### Le Sport-santé

« Le Sport-santé correspond aux pratiques sportives proposées par les clubs et les associations sportives ayant obtenu un label « Sport-Santé » dans le cadre d'un réseau, du fait de leur engagement à accueillir, en toute sécurité, des personnes atteintes d'une maladie chronique ou rare ou les personnes en situation de handicap. Ceci suppose un projet, une formation des éducateurs sportifs et un investissement matériel » (p. 60).

### L'éducation thérapeutique du patient

D'après OMS 1998, « **l'ETP ou éducation du patient** vise à l'aider à acquérir ou maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre le patient conscient et informé de sa maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de l'aider (ainsi que sa famille) à comprendre sa maladie et son traitement, collaborer et assumer ses responsabilités dans sa propre prise en charge, dans le but de l'aider à maintenir et à améliorer sa qualité de vie » (p. 130).

## Chapitre 12 : Légitimité limitée (2008 - 2010)

Si les rapports INSERM et Toussaint marquent une reconnaissance nationale de l'APA, les autres documents publiés à la même période en soulignent les **limites** : absence de citation explicite dans le rapport Flajolet, invisibilisation totale dans les recommandations mondiales de l'OMS. Cela montre que la légitimité de l'APA demeure essentiellement **française et académique**, sans véritable reconnaissance internationale sur ce sujet.

### 1. Rapport « Flajolet » (2008) : prévention et nouveau métier de santé

◆ **Contexte** : : confié par le Premier ministre à André Flajolet, député du Pas-de-Calais, ce rapport est publié en 2008 avec l'appui de la Direction générale de la santé (DGS) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Il vise à dresser un bilan des politiques de prévention et à identifier les disparités territoriales.

◆ **Acteurs** : rapport parlementaire associant des responsables politiques, des institutions sanitaires et sociales, ainsi que des représentants territoriaux impliqués dans la prévention.

◆ **Contenu** :

- constat d'un déficit de coordination et d'une grande hétérogénéité des politiques de prévention entre les territoires ;
- recommandations pour renforcer la gouvernance et structurer des actions locales de prévention plus efficaces ;
- mise en avant de la nécessité de **faire émerger de nouveaux métiers de « l'éducateur santé »**, mentionnant notamment les filières STAPS comme vivier potentiel.

◆ **APA** : l'APA et le sport-santé ne sont pas explicitement cités. Toutefois, il est indiqué qui faut faire émerger les nouveaux métiers **d'éducateur santé**.

## 2. Rapport OMS (2010) : recommandations mondiales sur l'AP et la santé

◆ **Contexte** : en 2010, l'OMS publie ses *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*. Ce document s'inscrit dans l'urgence de lutter contre la sédentarité, identifiée comme le 4<sup>ème</sup> facteur de risque de mortalité mondiale.

◆ **Acteurs** : pilotage par l'OMS, avec la participation d'experts internationaux en santé publique, en épidémiologie et en sciences de l'activité physique.

◆ **Contenu** :

- mise en évidence du rôle central de l'activité physique dans la **prévention primaire** des maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, cancers, obésité) ;
- fixation de recommandations selon les tranches d'âge :
  - ▶ **5 à 17 ans** : au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à soutenue par jour ;
  - ▶ **18 à 64 ans** : au moins 150 minutes d'activité modérée (ou 75 minutes soutenue) par semaine ;
  - ▶ **65 ans et plus** : mêmes recommandations, en y ajoutant des activités de renforcement musculaire et de prévention des chutes ;
- on note aucune indication opérationnelle sur les modalités de mise en œuvre ou sur l'articulation avec les systèmes de santé et les politiques nationales.

◆ **APA** : totalement absente. Le rapport adopte une logique **populationnelle universelle**, centrée sur les recommandations quantitatives, sans référence à l'APA comme champ professionnel. Cela confirme que sa reconnaissance institutionnelle reste alors strictement nationale.

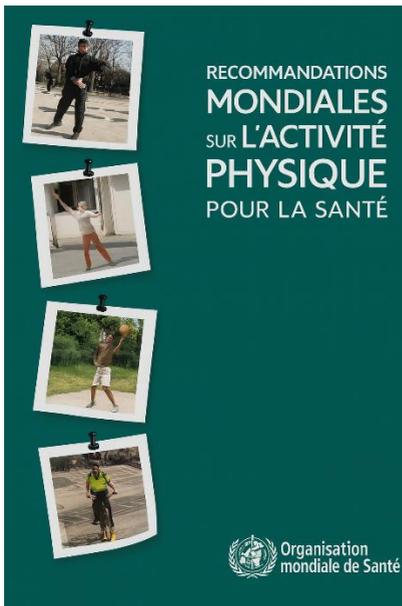
## 3. Résumé

Ainsi, entre 2008 et 2010, l'APA franchit un cap décisif : elle est enfin reconnue dans les politiques publiques françaises, mais dans une

perspective résolument **médicalisée et thérapeutique**, réduite à l'accompagnement des patients. Cette reconnaissance demeure toutefois **fragile et incomplète** : absente des grandes orientations internationales (OMS, Commission européenne) et peu prise en compte dans les rapports nationaux périphériques (Flajolet), elle ne bénéficie pas encore d'un cadre réglementaire stabilisé.

C'est dans ce contexte d'ambiguïté que s'inscrit la période suivante.

Dès 2010, de nouveaux rapports, en particulier celui piloté par Xavier Bigard, vont chercher à consolider et clarifier le rôle de l'APA dans le champ du sport à des fins de santé. Ces travaux préparent l'étape décisive de 2016, marquée par la publication d'un décret reconnaissant officiellement l'APA comme une pratique de mouvements à visée de santé pouvant être prescrite et redéfinissant les contours de l'intervention professionnelle des éducateurs en APA.



## Chapitre 13 : Le rapport préalable au décret de 2016

Avant la publication du décret du 30 décembre 2016, l'intégration de l'activité physique dans le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques résulte d'un important travail d'expertise mené entre 2015 et 2016 sous pilotage du ministère de la Santé. Ce processus accompagne la reconnaissance légale de l'APA dans l'article L.1172-1 du Code de la santé publique, issu de la loi de modernisation de notre système de santé (2016).

### 1. Un cadrage sanitaire de l'activité physique

Au milieu des années 2010, l'activité physique est progressivement intégrée aux politiques de prévention des maladies chroniques.

Le Directeur général de la Santé mandate alors un groupe de travail interministériel chargé de définir les conditions d'une intégration sécurisée, lisible et cohérente de l'activité physique dans le système de soins.

Les orientations répondent à deux objectifs majeurs :

- ◆ **identifier les compétences mobilisables selon les profils de patients,**
- ◆ **clarifier les exigences de formation nécessaires à la qualité et à la sécurité des interventions.**

Ces travaux prolongent les plans nationaux (PNNS, PSSBE) qui appellent à structurer une offre d'activités physiques adaptées aux publics chroniques.

### 2. Une expertise collective pour un cadrage national lisible

Présidé par le professeur Xavier Bigard, le groupe de travail réunit universitaires, représentants des professions de santé, associations de patients et administrations. Cette composition plurielle permet de dresser un état des lieux précis des pratiques existantes et de mettre en évidence une forte hétérogénéité territoriale, marquée par la coexistence parfois peu coordonnée de plusieurs intervenants :

masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, enseignants en APA et éducateurs sportifs.

Comme le souligne Clément Perrier<sup>28</sup>, les échanges au sein du groupe se transforment rapidement en un **espace de confrontation professionnelle**. Des tensions importantes opposent masseurs-kinésithérapeutes et enseignants en APA, chacun cherchant à défendre son périmètre d'intervention, notamment autour du tableau des domaines de compétences destiné à structurer l'architecture du futur décret.

La composition du groupe devient elle aussi un enjeu politique : certains acteurs jugent les kinésithérapeutes surreprésentés. La présence de la Conférence des directeurs et doyens de STAPS, plutôt que celle des associations professionnelles APA, est interprétée comme un compromis visant à réduire les conflits ouverts.

La politique publique du sport à des fins de santé apparaît profondément structurée par le corporatisme, où la définition même du « sport-santé » devient l'objet d'une lutte de pouvoir plus que d'un consensus scientifique. Les conflits ne traduisent pas seulement des divergences professionnelles : ils incarnent une compétition pour l'accès aux ressources, à la légitimité et au contrôle des publics vulnérables.

Entre 2015 et 2016, ces travaux accompagnent l'inscription de l'APA dans le Code de la santé publique, qui autorise déjà les médecins à la prescrire dans le cadre du parcours ALD.

### 3. Vers un continuum interprofessionnel

Pour structurer un champ marqué par la dispersion, le rapport Bigard propose un tableau fonctionnel organisant les patients selon quatre niveaux de limitations. À chaque niveau correspondent des professionnels jugés légitimes :

◆ **Masseurs-kinésithérapeutes** : prise en charge des **limitations sévères**, relevant de la rééducation ;

---

<sup>28</sup> Perrier Cl. (2022). *L'État actif. Une analyse de l'activité physique comme nouvelle catégorie d'action publique (2001-2017)*, thèse de doctorat en science politique, Université Grenoble Alpes.

- ◆ **Ergothérapeutes** : intervention auprès des personnes présentant des **limitations sévères** dans les activités de la vie quotidienne ;
- ◆ **Enseignants en APA-S** : prise en charge prioritaire des personnes ayant des **limitations modérées**, dans une logique de reprise d'activité adaptée ;
- ◆ **Éducateurs sportifs** : encadrement des publics **sans limitation ou présentant une limitation minime**.

Afin de sécuriser ce continuum, le rapport identifie **sept compétences communes**, allant de l'évaluation initiale à la gestion de la sécurité et à l'adaptation continue des programmes.

Ce modèle, présenté comme technique et consensuel, est en réalité l'aboutissement de négociations serrées. Pour les représentants de l'APA comme pour les kinésithérapeutes, le rapport devait fixer des frontières professionnelles claires et faire office de véritable avant-projet de décret. Xavier Bigard lui-même confie qu'il pensait que son « *rapport deviendrait le décret* », révélant la portée quasi normative que ses auteurs attribuaient à l'époque au document<sup>29</sup>.

### **Les sept compétences requises pour intervenir auprès de patients**

-  Assurer **l'éducation** pour la santé et/ou participer à une **éducation thérapeutique**.
-  Savoir réaliser **l'évaluation** initiale de la situation du patient, en incluant l'identification de freins, leviers et de facteurs motivationnels.
-  Être capable de **concevoir**, co-construire et planifier un programme d'AP individualisé et pertinent qui soit adapté à l'état de santé de la personne.
-  Savoir **mettre en oeuvre** un programme (conduite du programme, évaluation de la pratique, détection des signes d'intolérance et retour vers le prescripteur, savoir individualiser la pratique).

---

<sup>29</sup> Perrier Cl. (2022). *Opus cité*, p. 287.

🎯 Savoir **évaluer** à moyen terme un programme (disposer des capacités à dialoguer entre les acteurs, évaluer les bénéfices attendus du programme, retour vers le patient et les autres professionnels).

🎯 Savoir **réagir** face à un accident au cours de la pratique.

🎯 **Connaître** les caractéristiques très générales des principales **pathologies chroniques**.

(Rapport Bigard, 2016, p. 17.)

#### 4. Une définition encore instable de l'APA

Le rapport met en lumière une tension structurante entre :

► **l'APA au singulier**, envisagée comme une discipline professionnalisée adossée à un cursus universitaire et à un référentiel RNCP ;

► **les APA au pluriel**, renvoyant à une diversité de pratiques ajustées aux besoins des personnes.

Cette ambivalence reflète un compromis : affirmer une expertise universitaire tout en préservant une marge d'action pour les autres professions. Ce flou conceptuel pèsera directement dans l'écriture du décret.

#### 5. Une étape décisive dans la requalification de l'APA

L'ensemble des contributions converge vers une orientation commune qui consiste à faire de l'APA un **outil régulé du système de soins** organisé autour :

🎯 d'une approche graduée du risque,

🎯 d'un recentrage sur la sécurité des parcours,

🎯 d'une clarification des périmètres professionnels,

🎯 d'une coordination nationale des dispositifs.

Le passage à la norme réglementaire opère une **neutralisation politique** de ces distinctions. Alors que le rapport visait à stabiliser les

frontières professionnelles, la reformulation réglementaire atténue ces lignes de partage.

! Publié six mois plus tard, le décret du 30 décembre 2016 s’inscrit dans la continuité de ce travail préparatoire. Toutefois, tout en entérinant l’architecture d’intervention proposée, **il efface les frontières** entre les catégories professionnelles et bouscule l’équilibre initialement défini entre les champs.

Pour plusieurs membres du groupe, cet écart entre expertise et norme suscite un **sentiment d’inutilité**, tant le décret apparaît avoir neutralisé des arbitrages patiemment négociés (Perrier, 2022). Si l’expertise a orienté la décision, la norme finale procède surtout d’un **compromis visant à apaiser les tensions professionnelles**, plutôt qu’à consolider les frontières élaborées collectivement<sup>30</sup>.

### **Le contenu du rapport Bigard de juin 2016**

Le rapport Bigard propose plusieurs éléments structurants visant à organiser l’intégration de l’activité physique dans le parcours ALD.

◆ Il établit d’abord une **graduation en quatre niveaux de limitations fonctionnelles**, permettant d’orienter les patients selon leur degré de vulnérabilité.

◆ Il définit ensuite une **répartition professionnelle** entre masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, enseignants en APA et éducateurs sportifs, chacun intervenant à un niveau spécifique du continuum.

◆ Le rapport identifie également un **socle commun de sept compétences transversales**, allant de l’évaluation initiale à la gestion de la sécurité, destiné à garantir la qualité et la cohérence des pratiques.

---

<sup>30</sup> À l’époque, l’AFAPA a choisi de déposer un recours devant le Conseil d’État contre ce décret. La C3D, pour sa part, ne s’est pas associée à cette démarche. Elle estimait, d’une part, que les chances de succès étaient limitées et, d’autre part, qu’une éventuelle réécriture du texte pouvait aboutir à une version encore plus défavorable pour les enseignants en APA. D’après Delignières D. (2019). *Bilan d’un long mandat à la tête de la C3D STAPS (2013-2019)*, c3d-stap.fr

- ◆ Il contribue par ailleurs à renforcer le **positionnement de l'APA comme une intervention à finalité santé**, adossée à une expertise universitaire reconnue.
- ◆ Enfin, il met en lumière une **limite conceptuelle majeure** : l'ambiguïté persistante entre l'APA entendue comme discipline professionnelle (au singulier) et les APA comme ensemble de pratiques (au pluriel), source d'un flou qui fragilise la lisibilité du champ et l'identité des enseignants en APA.

## 6. Résumé

Entre 2015 et 2016, l'État structure les conditions d'intégration de l'activité physique dans le parcours ALD à travers le rapport Bigard, qui propose une graduation en quatre niveaux, un continuum interprofessionnel et un socle commun de compétences. Ce travail prépare la reconnaissance juridique de l'APA et la publication du décret du 30 décembre 2016, même si la traduction réglementaire réintroduit une ambiguïté entre discipline professionnelle et catégorie fonctionnelle. Cette dynamique éclaire les tensions constitutives du champ et ouvre vers les chapitres suivants, consacrés à l'analyse de l'écriture réglementaire de l'APA et de ses effets sur la structuration des professions.

### L'usage flou du sigle APA

**Le sigle APA** est utilisé dans des acceptions multiples qui contribuent à entretenir un certain flou conceptuel.

- ◆ **Au singulier**, il renvoie à un champ universitaire et à une profession structurée autour d'un cursus dédié et d'un diplôme adossé à un référentiel RNCP, renforçant l'idée d'une identité professionnelle instituée.
- ◆ **Au pluriel**, l'APA désigne un ensemble d'activités physiques ordinaires (Caspersen et al., 1985) ajustées aux besoins des personnes. Ce principe d'adaptation met en évidence un invariant pédagogique au fondement de toute intervention éducative, tout en contribuant paradoxalement à l'effacement du concept.

- ◆ **L'usage du titre d'EAPA** clarifie la référence au métier d'enseignant en APA, tout en maintenant une ambiguïté entre profession et catégorie d'activités.
- ◆ Lorsqu'il désigne des pratiques physiques, sportives, ludiques ou artistiques, le terme APA met l'accent sur **les effets fonctionnels recherchés**, au risque de réduire l'APA à un simple moyen d'action.
- ◆ Dans les politiques publiques, enfin, l'APA devient **une catégorie opérationnelle** utilisée pour organiser l'intervention selon les niveaux de limitations fonctionnelles, recentrant le champ sur une logique sanitaire parfois détachée de sa dimension éducative.

 **Illustration** : continuum des trois des domaines d'intervention auprès de patients (Rapport Bigard)

Pratiques d'exercices physiques de rééducation	Pratiques d'APS relevant du domaine APA	Pratiques d'activités sportives relevant du domaine fédéral
Gymnastique médicale	Techniques d'APS	Techniques d'AS
<i>Traiter</i>	<i>Éduquer</i>	<i>Éduquer</i>
Rééducateurs	Éducateurs APA	Éducateurs sport-santé
Spécialiste en kinésithérapie...	Spécialistes au titre de l'APA	Spécialistes d'une ou plusieurs AS
		
Rétablir des fonctions	Optimiser la santé	Favoriser la pratique régulière

## Chapitre 14 : La reconfiguration de l'APA par l'État

Le décret du 30 décembre 2016 constitue un moment de basculement. Il ne se limite pas à organiser la prescription d'activité physique : **il redéfinit l'APA** en l'inscrivant dans une architecture sanitaire où l'activité physique devient un instrument de prise en charge des patients. Ce chapitre analyse cette formalisation réglementaire, ses choix conceptuels et la structure d'intervention qu'elle produit.

### 1. Une requalification inscrite dans une histoire longue

L'usage des exercices corporels à des fins de santé n'est pas nouveau. Dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, médecins, philosophes et savants mobilisent la *gymnastique*<sup>31</sup> pour prévenir ou traiter diverses déficiences et pathologies.

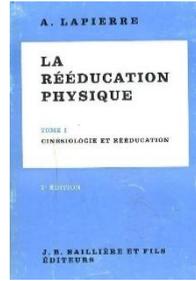
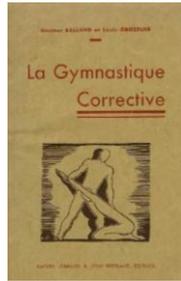
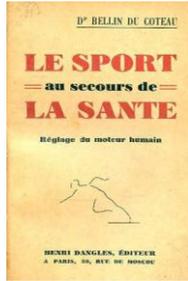
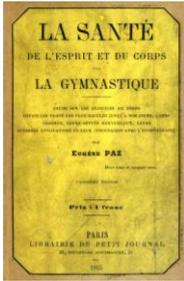
Lorsqu'elle s'adresse à des personnes malades ou en situation de handicap, cette gymnastique se décline sous des formes spécialisées, médicale, orthopédique, médico-pédagogique, préfigurant les premières tentatives de structuration du mouvement à visée thérapeutique (Brier, 2019).

Cette tradition hygiéniste, rééducative et normalisatrice constitue le socle sur lequel s'inscrivent les politiques contemporaines.

---

<sup>31</sup> la gymnastique est définie comme « un art de soumettre l'appareil locomoteur à des fonctions réglées, dans le but de donner plus de force et de précision aux mouvements, d'en perfectionner les organes, qui forment presque à eux seuls les formes extérieures du corps ; de remédier aux difformités, de contribuer à la santé générale et de concourir à son rétablissement [...]. La gymnastique devient une branche spéciale de l'hygiène, quand elle a pour objet de perfectionner le système locomoteur et de prévenir les dérangements de la santé ; elle devient une branche de la thérapeutique lorsqu'elle remédie aux difformités ou lorsqu'elle concourt à la cure de quelques affections morbides ». Bouvier H. (1834). « Gymnastique », in *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. 9, Paris, Méquignon-Marvis, J.-B. Baillière, Crochard, p. 327.

Le décret de 2016 ne crée donc pas une idée nouvelle : il **réactualise** une pratique ancienne et l'institutionnalise comme **offre non médicamenteuse**, intégrée au système de santé.



## 2. Une définition fonctionnelle centrée sur les patients

La définition officielle de l'APA semble avoir été rédigée par la DGS, sous l'autorité du Directeur général de la santé Benoît Vallet<sup>32</sup>. Elle apparaît pour la première fois dans la rédaction interne du décret produite par la DGS, juste avant novembre–décembre 2016. Les groupes d'experts, dont Xavier Bigard, n'ont, semble-t-il, pas rédigé cette définition, et leur version a été largement modifiée puis abandonnée (Perrier, 2022). La définition retenue par l'État ne reprend donc pas les fondements universitaires de l'APA. Elle repose sur une logique strictement sanitaire :

- ◆ l'APA devient une **modalité d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques**,
- ◆ elle est mobilisable sur prescription,
- ◆ elle est intégrée au **parcours de soins**.

Il s'agit d'une définition **opérationnelle**, pensée pour être utilisable par les médecins, les ARS et les structures de prise en charge, et non

<sup>32</sup> Benoît Vallet défend une conception strictement sanitaire de l'APA, qu'il inscrit dans un modèle biomédical où l'adaptation relève d'une fonction thérapeutique plutôt que d'une pédagogie du mouvement. In Perrin Cl., Perrier Cl. & Issanchou D. (2022), *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*, Grenoble, PUG, p. 11 à 14.

pour refléter l'hétérogénéité des pratiques éducatives, sociales ou inclusives historiquement associées à l'APA.

### 3. Une architecture graduée selon des limitations

Le décret organise l'intervention à partir d'un **principe de gradation clinique** inspiré du rapport Bigard, mais dans une version politiquement amendée et moins prescriptive :

- ◆ **limitations sévères** : prise en charge par les professionnels de santé,
- ◆ **limitations modérées** : intervention possible **des professionnels formés en APA**,
- ◆ **limitations légères** : accompagnement possible par des éducateurs sportifs certifiés.

Cette architecture vise à sécuriser les pratiques, mais elle hiérarchise les compétences selon le niveau de vulnérabilité et inscrit l'APA dans un système piloté par la gestion du risque.

### 4. Une hiérarchisation des intervenants structurée par la logique sanitaire

Le texte réglementaire établit une distribution claire des rôles :

- 🎯 le **médecin** prescrit et oriente,
- 🎯 les **professionnels de santé** sécurisent les situations les plus sensibles,
- 🎯 les **professionnels de l'APA** interviennent sur les limitations modérées,
- 🎯 les **éducateurs sportifs** prennent en charge les publics les moins vulnérables.

Cette hiérarchie reflète moins l'identité originelle du champ APA (analyse, adaptation, accompagnement) qu'une volonté étatique d'ordonner un paysage professionnel jugé hétérogène.

## 5. Une redéfinition qui transforme la signification de l'APA

Avec le décret, l'APA devient avant tout une **catégorie juridique et sanitaire**, destinée à ordonner un champ d'acteurs, de pratiques et de niveaux d'intervention.

L'APA :

- ◆ elle **n'est pas érigée en catégorie juridique autonome** ;
- ◆ elle devient une **notion opératoire**, utilisée par l'État pour structurer l'action sanitaire ;
- ◆ elle organise **un champ d'acteurs** selon des niveaux de risque ;
- ◆ elle conforte l'activité physique comme **instrument de politique de santé**.

Ce déplacement produit une transformation majeure : la dimension éducative, sociale ou inclusive, centrale dans les formations APA-STAPS, passe au second plan au profit d'une lecture biomédicale centrée sur la pathologie, le contrôle des risques et l'efficacité des parcours.

## 6. Résumé

Le décret du 30 décembre 2016 formalise institutionnellement l'intégration de l'activité physique dans les instruments de politique sanitaire.

En redéfinissant l'APA comme modalité thérapeutique et en structurant l'intervention selon une gradation clinique, l'État reconfigure profondément le champ : l'APA devient un outil régulé du système de soins, piloté par la prescription médicale et l'évaluation des limitations fonctionnelles.

Cette requalification marque un tournant : **l'APA n'est plus pensée d'abord comme un champ scientifique et professionnel structuré, mais comme une notion fonctionnelle au service de la régulation sanitaire.**

Les chapitres suivants analyseront les tensions conceptuelles et professionnelles suscitées par cette redéfinition, notamment juridiques, ainsi que ses effets sur les identités et les pratiques des intervenants.

## Synthèse de la 2<sup>ème</sup> partie

De son inscription académique au début des années 1990 à sa consécration juridique en 2016, l'APA a connu un processus progressif de reconnaissance marqué par trois étapes principales.

D'abord orientée **vers le handicap**, elle s'élargit dans les années 2000 **à la santé publique**, renforçant son ancrage universitaire par la création d'un parcours spécialisé (licence et master APA-santé).

Dans les rapports institutionnels, l'APA apparaît tardivement : absente des premiers textes (2002-2007), elle est reconnue pour la première fois en 2008 dans le rapport Toussaint, mais dans une définition encore floue, oscillant entre APA et APS adaptées.

Le rapport Bigard de 2016 marque une étape fondatrice : il propose un continuum d'interventions graduées, un socle de compétences professionnelles et une répartition claire des rôles entre acteurs.

Mais le décret du 30 décembre 2016 reconfigure cette perspective : l'APA devient **une appellation générique** intégrée aux soins non médicamenteux, ouverte à des professionnels diversifiés et pilotée par le système de santé.

Cette reconnaissance institutionnelle, bien qu'elle constitue un tournant majeur, fragilise l'identité académique et éducative du champ, désormais subordonné à une logique biomédicale.

Ces tensions entre légitimité politique et fragilisation scientifique ouvrent la réflexion de la troisième partie, consacrée aux débats post-2016 **sur la professionnalisation et la redéfinition épistémologique du champ**.



## 3<sup>ème</sup> partie : 2016, le tournant politique de l'APA

Le décret du 30 décembre 2016 constitue un **moment décisif** dans l'histoire du champ APA.

Il entérine la **transformation d'un concept universitaire**, fondé sur l'éducation, l'inclusion et l'adaptation, en un **instrument de politique de santé publique**, désormais inscrit dans le Code de la santé publique.

Sous l'impulsion du **rapport Bigard (2015)**, l'APA s'oriente vers une logique préventive et thérapeutique, ouvrant son encadrement à de nouveaux professionnels et redéfinissant ses finalités.

Ce tournant, s'il consacre une reconnaissance institutionnelle majeure, introduit une **tension durable** entre rationalité éducative et rationalité biomédicale, au cœur des débats actuels sur la professionnalisation du champ.

✓ **Abrégé** : reconnaissance institutionnelle et ouverture interprofessionnelle de l'APA, mais au prix d'une **médicalisation croissante** et d'une **fragilisation de son identité éducative et scientifique**.

# **APA**

**Un instrument  
de politique  
publique**

## Chapitre 15 : La nouvelle définition de l'APA

Après avoir analysé le processus de reconfiguration étatique de l'APA, ce chapitre examine le produit final de cette intervention : la définition juridique entérinée par le décret de 2016.

Le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 introduit une inflexion majeure : l'APA n'est plus seulement un concept structurant un champ scientifique et professionnel, mais devient une **catégorie générique** englobant toute pratique physique encadrée destinée à des personnes présentant des besoins spécifiques.

L'article D. 1172-1 du Code de la santé publique (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017) définit ainsi l'APA :

« 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 ».

**Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives** et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences. »

Cette définition installe immédiatement une tension structurante : les APA relèvent à la fois des techniques d'APS et des pratiques historiquement associées à la rééducation, brouillant la frontière entre soin et éducation.

### 1. Analyse juridique et fonctionnelle de la définition

L'analyse qui suit, porte sur la définition juridique et fonctionnelle de l'activité physique adaptée, afin d'en souligner les apports tout en mettant en évidence les limites d'une approche essentiellement biomédicale.

► **Une pratique désormais arrimée au cadre biomédical**

Le décret inscrit l'APA dans un registre explicitement sanitaire, centré sur la réduction des limitations fonctionnelles et l'adoption d'un mode de vie physiquement actif.

« [...] afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont la personne est atteinte. »

Ce cadrage renforce la légitimité de l'APA dans le système de soins, mais tend à réduire la portée éducative, sociale et inclusive de la discipline au profit d'une logique de reconditionnement.

### **Finalités des APA (Article D. 1172-1 du CSP)**

« Une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte ».

#### **► Une reconnaissance explicite du public cible**

Le décret identifie les publics à besoins spécifiques comme les bénéficiaires naturels de l'APA. Cette ouverture dépasse les seuls patients ALD, mais laisse dans l'ombre les personnes en situation de handicap intégrées dans des dispositifs de droit commun. Cette omission interroge la cohérence avec les politiques d'inclusion et brouille les frontières entre intervention éducative et accompagnement sanitaire.

L'adaptation aux aptitudes et aux motivations constitue un pilier de la pédagogie en APA, mais ce principe relève aussi du travail éducatif de nombreux intervenants physiques et sportifs, alimentant un flou sur la spécificité professionnelle.

#### **► Une pratique multiforme à l'interface du soin et de l'éducation**

Le décret élargit le registre des activités mobilisables : toute activité physique adaptée à une situation particulière peut relever de l'APA, y compris des exercices historiquement proches de la rééducation. Cette transformation **étend le champ**, mais **accentue la zone de recouvrement** avec les professions de santé.

Elle crée aussi une dynamique concurrentielle entre les spécialistes de gymnastique médicale et les professionnels formés à la conception d'APA.

### ► Une ouverture à une pluralité de contextes

L'APA peut désormais être mise en œuvre dans des contextes très variés : vie quotidienne, loisirs, sport, exercices programmés. Cette transversalité inscrit l'APA dans les logiques contemporaines de santé publique et d'inclusion, mais **accroît la porosité des frontières professionnelles**, rendant plus difficile la délimitation des compétences.

## 2. Tensions internes et ambivalences conceptuelles

La définition légale révèle plusieurs tensions majeures :

→ **Entre biomédical et éducatif** : la finalité est sanitaire, mais les références aux motivations et aux contextes sociaux suggèrent une dimension éducative peu valorisée par le texte.

→ **Entre identification et flou professionnel** : la distinction avec les professionnels de santé est posée, mais aucun ancrage explicite dans la formation universitaire STAPS-APA n'est mentionné.

→ **Entre diversité des pratiques et réduction fonctionnelle** : l'ouverture des pratiques contraste avec la réduction de leur finalité à la diminution des limitations.

Ces ambivalences modifient profondément la façon dont l'APA est comprise et légitimée.

## 3. Enjeux professionnels et épistémologiques

Le décret produit des effets à deux niveaux : sur le **plan formel**, en modifiant le cadre réglementaire, et sur le **plan conceptuel**, en redéfinissant le statut même de l'APA.

**Ce qui change :**

- 🌀 Inscription de l'APA dans le Code de la santé publique.
- 🌀 Possibilité explicite de prescription médicale pour les publics chroniques, vieillissants ou en situation de handicap.
- 🌀 Élargissement des profils autorisés : enseignants APA, éducateurs sportifs qualifiés, certains paramédicaux.

### Ce qui se joue :

- ◆ **Reconnaissance réglementaire** au prix d'un risque de dénaturation conceptuelle.
- ◆ **Fragmentation professionnelle**, fragilisant la place des enseignants APA.
- ◆ **Instrumentalisation sanitaire**, où l'APA devient un outil d'efficience plus qu'un projet émancipateur, éducatif ou citoyen.

## 4. Résumé

Le décret du 30 décembre 2016 requalifie profondément l'APA : il lui confère une véritable reconnaissance institutionnelle, mais au prix d'une transformation conceptuelle majeure.

L'APA devient une catégorie d'action centrée sur la réduction des limitations fonctionnelles et l'organisation sanitaire des parcours, brouillant les frontières entre soin, éducation et intervention sociale.

Cette nouvelle définition inaugure une lutte symbolique autour du sens des pratiques corporelles, de leurs finalités et des professions légitimes pour les incarner, dynamique qui nourrira les évolutions analysées dans les chapitres suivants.



## Chapitre 16 : L'APA, fiction du droit à la santé

L'inscription de l'appellation APA dans le Code de la santé publique consacre son utilité en matière de santé, tout en laissant dans l'ombre ses contours réels. Le droit reconnaît sans définir, produisant une fiction normative où la valeur politique de l'APA supplante sa consistance conceptuelle<sup>33</sup>.

### 1. Une consécration juridique sans assise conceptuelle

L'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 introduit la possibilité pour les médecins de prescrire une APA aux patients atteints d'une affection de longue durée. L'article L. 1172-1 du Code de la santé publique autorise ainsi la prescription « d'une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ».

Si cette reconnaissance institutionnelle marque une évolution importante, elle repose sur une définition lacunaire. Le texte ne précise ni la nature de l'APA, ni ses modalités, ni son périmètre fonctionnel. Il substitue à la « gymnastique médicale » un terme issu des sciences du sport, davantage porteur d'actualisation lexicale que de construction normative<sup>34</sup>.

L'APA apparaît dès lors comme une modalité de politique sanitaire, introduite non pas comme une catégorie juridique autonome, mais comme un instrument destiné à légitimer l'usage du mouvement corporel dans le soin. Elle possède avant tout une portée réglementaire, davantage qu'une assise véritablement scientifique ou professionnelle.

---

<sup>33</sup> Brin É. (2021). *La profession de masseur-kinésithérapeute : évolutions et perspectives*, Thèse de doctorat en Sciences juridiques - Droit privé, Université Paris Cité, p. 115 à 223.

<sup>34</sup> Voir tableau ci-après : appellations et titres, p. 206.

## **2. Une définition descriptive, sans véritable portée juridique**

L'article D.1172-1 du Code de la santé publique définit l'APA 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...* ».

Cette définition, directement inspirée de Caspersen, Powell et Christenson (1985) et reprise par l'OMS (2004), repose sur une logique de dépense énergétique plutôt que sur un cadre normatif.

Elle ne permet pas de distinguer juridiquement l'APA de l'activité physique ordinaire : les déterminants physiologiques sont identiques, et toute activité physique est, par nature, « adaptée » aux capacités du pratiquant pour éviter le risque.

Cette indétermination juridique fragilise la spécificité professionnelle des EAPA, réduisant leur champ d'action à une continuité de la pratique ordinaire.

Le qualificatif « adaptée » n'introduit donc aucune spécificité réglementaire supplémentaire, d'autant que l'exigence de certificat médical dans les pratiques sportives rend la mention redondante. Les contextes listés recouvrent l'intégralité du champ des pratiques physiques, sans critère discriminant. La référence aux aptitudes et motivations relève davantage de l'action éducative de tout éducateur, que de la norme juridique.

Ainsi, le droit consacre l'APA sans en stabiliser les contours, instituant une pratique dont il ne précise ni les modalités concrètes ni les limites professionnelles.

## **3. L'APA comme fiction juridique à visée fonctionnelle**

Faute de pouvoir la définir par sa nature ou ses modalités, l'APA est caractérisée par ses finalités. L'Instruction interministérielle du 3 mars 2017 indique que l'objectif de l'APA est de favoriser un mode de vie physiquement actif, afin de réduire les risques et limitations fonctionnelles liés aux affections chroniques.

Le droit ne construit donc pas une notion autonome, mais une fiction fonctionnelle destinée à promouvoir une thérapeutique non médicamenteuse intégrée au parcours de soins coordonné. Cette

juridicisation du mouvement illustre une logique utilitariste : ce qui compte n'est pas l'activité elle-même, mais l'effet sanitaire qu'elle produit.

#### **4. La finalité comme unique critère opératoire**

L'article D.1172-4 du CSP impose une prise en charge « personnalisée et progressive », tandis que l'article D.1172-5 prévoit un retour d'information régulier au médecin prescripteur. La prescription se situe dans une logique de prévention, de stabilisation ou de compensation des affections chroniques.

L'APA devient ainsi une pratique fonctionnelle, articulée entre soin, éducation et réadaptation, mais sans identité juridique propre.

#### **5. Une concurrence interprofessionnelle institutionnalisée**

L'Instruction interministérielle de 2017 précise l'organisation interprofessionnelle, sans toutefois résoudre les tensions.

Quatre catégories d'intervenants peuvent dispenser l'APA : professionnels de santé, enseignants en APA, éducateurs sportifs et fédéraux.

L'article D.1172-3 réserve cependant les limitations sévères aux professionnels de santé, tandis que les enseignants en APA interviennent prioritairement auprès des limitations modérées. Les éducateurs sportifs peuvent être associés pour les limitations faibles.

Ce dispositif introduit une hiérarchie fonctionnelle sans hiérarchie statutaire. Les frontières restent poreuses, reflétant une hybridation institutionnelle entre soin, éducation et sport. L'APA, censée clarifier le rôle du mouvement dans la santé, multiplie en réalité les acteurs et entretient l'ambivalence professionnelle.

#### **6. Une réforme incomplète et juridiquement fragile**

L'instruction interministérielle rappelle que la dispensation d'APA n'ouvre droit à aucun remboursement par l'Assurance maladie, une différence notable avec la gymnastique médicale.

Comme l'a démontré Brin (2020), cette absence de financement public traduit moins une négligence administrative qu'une incomplétude normative de la réforme, qui place la charge financière sur le patient ou sa mutuelle, limitant l'effectivité sociale du dispositif.

L'APA ne dispose donc pas d'une autonomie juridique véritable : elle relève davantage d'une requalification fonctionnelle du mouvement corporel que d'une catégorie de droit. Une clarification demeure nécessaire pour :

- ◆ définir les compétences et qualifications des intervenants ;
- ◆ préciser l'articulation entre logiques médicales, éducatives et sociales ;
- ◆ garantir la sécurité juridique du dispositif.

Le droit, en consacrant sans définir, crée un espace d'intervention partagé, mais incertain, laissant les enseignants en APA sans reconnaissance statutaire claire.

## 7. Résumé

La juridicisation de l'APA illustre les paradoxes d'une consécration sans conceptualisation. L'APA apparaît moins comme une catégorie juridique stabilisée que comme un instrument fonctionnel de politique sanitaire. Si cette reconnaissance légitime l'usage thérapeutique du mouvement, elle ne sécurise ni le métier d'EAPA, ni les frontières professionnelles.

L'APA demeure une fiction normative, fondée sur la finalité de santé plutôt que sur la définition de l'activité elle-même. Sa consolidation dépendra d'une clarification juridique, d'une structuration des compétences et d'une reconnaissance statutaire pleine et entière.



## Chapitre 17 : L'APA une thérapeutique ?

La pratique d'une **APA**, comme toute AP, est aujourd'hui reconnue comme **une thérapeutique non médicamenteuse** (TNM) dont l'efficacité est établie dans un large spectre de maladies chroniques (HAS, 2011 ; INSERM, 2019 ; OMS, 2020).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2022), l'APA prescrit s'adresse prioritairement aux patients présentant des limitations fonctionnelles modérées à sévères, et s'inscrit dans une visée de traitement, d'accompagnement ou de compensation.

Toutefois, qualifier l'APA de « thérapeutique » appelle une analyse. Relève-t-elle d'un soin médical, inscrit dans le champ du traitement ? Ou s'agit-il d'une **éducation à la santé**, centrée sur l'expérience corporelle, l'autonomie et la participation sociale ?

### 1. Les thérapeutiques : définitions et distinctions

Le terme **thérapeutique** désigne **l'ensemble des moyens, méthodes ou pratiques visant à traiter, soulager ou prévenir une maladie, un trouble ou une déficience**, dans le but de restaurer ou d'améliorer la santé d'un individu (Dictionnaire médical de l'Académie de médecine, 2022).

Selon la HAS (2011, p. 5 et 6), la prescription d'une thérapeutique non médicamenteuse suppose une **participation active du patient**, en interaction ou non avec un professionnel spécialisé.

Elle précise que les pratiques thérapeutiques se déclinent en plusieurs formes :

- ◆ **les règles hygiéno-diététiques** : ensemble des comportements favorables à la santé, relevant de la prévention (alimentation équilibrée, **activité physique**, hygiène de vie, etc.).

- ◆ **les traitements psychologiques** : interventions visant à agir sur les processus mentaux et comportementaux, comme les thérapies cognitivo-comportementales ou d'inspiration analytique, etc.

- ◆ **les thérapeutiques physiques** : techniques de **rééducation fonctionnelle** mises en œuvre dans une démarche de soin prescrit, à l'exemple de la kinésithérapie ou de l'ergothérapie.

Ces distinctions révèlent d'emblée que, **sur le plan strictement médical**, l'APA ne relève pas des thérapeutiques physiques, mais des **règles hygiéno-diététiques**, puisqu'elle n'agit pas directement sur la cause organique d'une maladie.

 **Tableau** : les formes de pratiques thérapeutiques

Formes	Les règles hygiéno-diététiques	Les thérapeutiques physiques
<b>Définition</b>	ensemble des <b>comportements favorables à la santé</b> , relevant de la <b>prévention</b> .	Techniques de soin prescrites visant à restaurer une fonction altérée après maladie, traumatisme ou handicap.
<b>Finalité</b>	Prévenir et maintenir la santé.	Restaurer une fonction altérée.
<b>Nature</b>	Éducative et préventive.	Médicale et curative
<b>Cadre d'action</b>	Libre ou sur prescription.	Sous prescription médicale obligatoire (soin réglementé).
<b>Professionnels</b>	Éducateurs APA, éducateurs sportifs, enseignants EPS...	Rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens).

## 2. La place de l'APA dans le champ des thérapeutiques

Les bénéfices de l'AP et de l'APA sont démontrés dans de nombreuses pathologies (cardio-métaboliques, cancers, maladies neurodégénératives, troubles musculo-squelettiques ou psychiques).

Mais cette validation scientifique ne suffit pas à classer l'APA comme thérapeutique « médicale ».

Deux logiques coexistent :

◆ **Une logique rééducative** (professionnels de santé) : restauration d'une fonction altérée → soin prescrit.

◆ **Une logique éducative** (professionnels APA / éducateurs physiques) centrée sur l'accompagnement vers : l'autonomie corporelle, la capacité d'agir, la participation sociale et un mode de vie actif durable.

L'intervention APA se situe ainsi à **l'interface du soin et de l'éducation** : elle mobilise des techniques proches du soin, mais pour une intention première éducative.

Cette hybridation est essentielle : elle permet de comprendre pourquoi l'APA est qualifiée de thérapeutique dans les politiques de santé, tout en restant extérieure au champ du soin médical.

### 3. Les éducateurs physiques : des acteurs du soin éducatif

L'ÉAPA comme tout éducateur n'est pas un soignant au sens médical ou paramédical du Code de la santé publique. Son action relève :

- ◆ du **prendre soin par l'éducation motrice**,
- ◆ d'une approche centrée sur la personne,
- ◆ d'un accompagnement vers l'autonomie et la confiance corporelle.

Sa mission consiste à :

- ▶ restaurer la capacité d'agir d'un sujet fragilisé,
- ▶ soutenir la réappropriation du corps et du mouvement,
- ▶ faciliter la participation sociale et la qualité de vie.

Cette pratique ne vise pas la guérison au sens biomédical, mais une **transformation de la relation au corps**, incluant les dimensions fonctionnelles, symboliques et sociales.

### 4. L'APA une thérapeutique des conséquences, non des causes

Les données scientifiques sont claires : l'APA n'agit pas sur la cause organique d'une maladie (INSERM, 2019).

 **Tableau de synthèse : niveau d'action et effets de l'APA**

Niveau d'action	Effet de l'APA thérapeutique	Statut du traitement
<b>Biologique</b>	Ne modifie pas la cause organique de la maladie.	Ne traite pas directement la maladie.
<b>Fonctionnel</b>	Améliore les capacités, réduit les limitations, prévient les rechutes, favorise l'adaptation à la maladie chronique.	Traite les effets et conséquences de la pathologie.
<b>Éducatif psychosocial</b>	Restaure le rapport au corps, le sens, l'autonomie, l'estime de soi, le pouvoir d'agir	Soigne la personne dans sa globalité.

L'APA opère donc une **restauration indirecte de la santé**, sans passer par la guérison, mais par l'amélioration des conditions de vie.

## 5. Résumé

L'APA est qualifiée de thérapeutique, mais :

- ◆ elle ne traite pas la cause médicale,
- ◆ elle ne relève pas des actes de soin réglementés,
- ◆ elle agit sur les conséquences, l'adaptation et les capacités,
- ◆ elle mobilise le mouvement comme vecteur d'autonomisation.

L'APA constitue une **pédagogie du vivant**, une forme de soin éducatif où :

- le corps en mouvement devient support d'apprentissage,
- la santé se reconstruit dans l'action,
- la maladie est apprivoisée plutôt que « traitée » au sens biomédical.

Dire que l'APA « soigne » est inexact si l'on parle de guérison ; dire qu'elle « ne soigne pas » l'est tout autant, si l'on reconnaît la valeur éducative, fonctionnelle et psychosociale de ses effets.

L'APA ouvre ainsi la voie à une compréhension renouvelée du soin, où la thérapeutique n'a plus pour finalité la disparition du mal, mais **la reconstruction de la santé en acte.**

## L'APA : une thérapeutique?

### Niveau biologique

- Ne guérit pas la maladie
- Agit sur les conséquences, pas sur la cause



### Niveau fonctionnel

- Améliore les capacités
- Réduit les limitations
- Prévient les rechutes



### Niveau éducatif et psychosocial

- Restructure le rapport au corps
- Renforce l'autonomie
- Permet la réappropriation du mouvement



### Reconstruire la santé en acte

## Chapitre 18 : Deux logiques d'intervention

L'extension progressive du champ des APA, désormais inscrit dans le Code de la santé publique, a fait émerger deux logiques d'intervention qui coexistent sans toujours se distinguer clairement : une logique **sanitaire**, orientée vers la réponse aux limitations fonctionnelles, et une logique **éducative**, centrée sur l'accompagnement des personnes dans la construction d'un rapport actif, autonome et durable au mouvement.

Ces deux registres ne s'opposent pas ; ils structurent les pratiques en fonction des situations, des publics et des intentions attribuées à l'intervention. Leur articulation constitue aujourd'hui l'un des enjeux majeurs de l'APA, tant sur le plan professionnel que sur le plan conceptuel.

### 1. Une logique sanitaire : agir sur les limitations et sécuriser la pratique

Dans certaines situations, l'intervention en APA est sollicitée pour répondre à une problématique de santé identifiée : limitation fonctionnelle, risque médical associé à la sédentarité, ou nécessité de maintenir des capacités réduites par une maladie chronique.

L'enjeu est alors d'assurer un cadre sécurisé, structuré et ajusté aux capacités du sujet, en tenant compte de son état clinique.

**Cette logique s'inscrit dans le parcours de santé du patient**, sans s'y confondre : elle vise l'amélioration des capacités, la réduction ou la stabilisation des limitations, et la prévention des aggravations.

Elle mobilise des outils pédagogiques, mais son point d'ancrage demeure la gestion du risque et la réponse à une situation de santé particulière. L'enseignant en APA intervient alors en articulation avec les professionnels du soin, sans pour autant se substituer aux thérapeutes réglementés.

## 2. Une logique éducative : autonomie, participation et transformation des modes de vie

À la différence d'une approche centrée sur la limitation, l'intervention peut se déployer dans une perspective résolument **éducative**. L'objectif n'est pas seulement de proposer une activité sécurisée, mais de favoriser une appropriation durable du mouvement, au service de l'autonomie et de la participation sociale.

**Cette logique s'appuie** sur l'expérience vécue du corps, la construction de compétences motrices, sociales et organisationnelles, l'accompagnement des transitions de vie (reprise d'activité, inclusion, vieillissement actif), et la transformation des habitudes quotidiennes.

Elle dépasse la réponse à un symptôme ou à une limitation pour s'inscrire dans un véritable **processus de capacitation**. La pratique devient alors un espace d'émancipation corporelle, et non un simple outil de stabilisation fonctionnelle.

## 3. Deux registres en tension, mais complémentaires

Si la logique sanitaire et la logique éducative structurent deux manières différentes d'intervenir, aucune ne suffit à définir l'APA.

Dans la pratique, les situations réelles imposent le plus souvent une combinaison : l'intervention doit être **sécurisée**, mais également **porteuse de sens**, orientée vers l'autonomie et la participation.

La tension entre soin et éducation ne doit pas être perçue comme une ambiguïté, mais comme une **caractéristique structurante** du champ. C'est précisément dans cette hybridation que l'APA trouve sa singularité : concevoir des situations motrices qui prennent soin tout en formant, qui stabilisent tout en ouvrant des possibles.

## 4. Résumé

Les interventions en APA se déploient selon deux logiques distinctes, mais complémentaires :

- une logique **sanitaire**, centrée sur la gestion des limitations fonctionnelles et la sécurisation de la pratique ;

- une logique **éducative**, orientée vers l'autonomie, la participation sociale et la transformation durable des modes de vie.

L'enjeu professionnel n'est pas de choisir entre ces deux registres, mais de les articuler pour construire des interventions cohérentes, ajustées aux besoins, aux capacités et aux projets des personnes accompagnées.

 **Tableau** : comparatif des logiques

<b>Dimension</b>	<b>Logique biomédicale (thérapeutique)</b>	<b>Logique éducative (pédagogique)</b>
<b>Finalité principale</b>	Soigner, corriger, réduire une déficience ou un trouble.	Développer des compétences et favoriser autonomie et participation.
<b>Public cible</b>	Patients atteints de pathologies ou limitations nécessitant un suivi médical.	Personnes à besoins spécifiques souhaitant pratiquer une activité physique adaptée.
<b>Professionnels concernés</b>	Kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens.	Educateur APA (STAPS), éducateurs sportifs habilités.
<b>Type d'intervention</b>	Actes médicaux, rééducation, réadaptation fonctionnelle.	Accompagnement éducatif, apprentissage moteur, développement de la pratique régulière.
<b>Cadre de référence</b>	Code de la santé publique, actes de rééducation.	Sciences du mouvement humain, pédagogie de l'AP, promotion de la santé
<b>Risques associés</b>	Surmédicalisation, réduction fonctionnelle du champ	Flou professionnel, manque de reconnaissance institutionnelle

 **À retenir** : ces deux logiques sont complémentaires, mais distinctes. La confusion entre elles entretient des tensions identitaires et fragilise la spécificité professionnelle des éducateurs APA.

## Chapitre 19 : Les pratiques des rééducateurs

Les interventions de rééducation visent prioritairement la **restauration**, l'**amélioration** ou la **compensation** d'une fonction altérée à la suite d'une pathologie, d'un traumatisme, d'un handicap ou d'un trouble du développement.

Elles reposent systématiquement sur :

- 🎯 **une prescription médicale obligatoire,**
- 🎯 **une évaluation clinique préalable,**
- 🎯 **un cadre juridique strict** défini par le Code de la santé publique.

La rééducation se concentre ainsi sur la **fonction diminuée**, dans une logique thérapeutique et biomédicale clairement délimitée, distincte de l'action éducative propre à l'APA.

### 1. Les objectifs spécifiques des rééducateurs :

Les professionnels de rééducation interviennent selon trois finalités principales :

- ◆ **Récupérer** une capacité physique, sensorielle ou psychique altérée ;
- ◆ **Prévenir** l'aggravation d'un déficit ou d'une incapacité ;
- ◆ **Favoriser** l'adaptation fonctionnelle en vue de la réinsertion ou de l'autonomisation.

Ces objectifs s'inscrivent dans une logique de **soin prescrit** : le rééducateur traite le trouble ou en compense les effets pour restaurer une fonctionnalité mesurable.



## Les principales techniques des rééducateurs

**Le masseur-kinésithérapeute** : restauration biomécanique et fonctionnelle



- ◆ Exercices de posture ;
- ◆ Mobilisations : passive, active, aidée...
- ◆ Étirements musculo-tendineux ;
- ◆ Relaxation neuromusculaire ;
- ◆ Kiné-balnéothérapie ;
- ◆ Hydrothérapie...

→ Une approche centrée sur les mécanismes bio moteurs et leur récupération.

**L'ergothérapeute** : autonomie fonctionnelle dans les actes quotidiens



- ◆ Motricité fine ;
- ◆ Coordination œil-main ;
- ◆ Gestes fonctionnels simulés ou réels ;
- ◆ Endurance adaptée ;
- ◆ Travail postural ;
- ◆ Activités occupationnelles ou expressives.

→ Une intervention tournée vers la participation, l'environnement et l'usage fonctionnel du corps.

**Le psychomotricien** : dimensions sensorielles, psychocorporelles et développementales



- ◆ Relaxation dynamique ;
- ◆ Éducation gestuelle et expression corporelle ;
- ◆ Activités rythmiques ;
- ◆ Jeux d'équilibre et de coordination ;
- ◆ Structuration spatio-temporelle.

→ Une prise en charge orientée vers les régulations tonico-émotionnelles et les processus développementaux.

**● Critères de légitimité d'intervention des rééducateurs**

Limitation	Aucune	Minime	Modérée	Sévère
<b>Priorité</b>	+/- Si besoin	+ Si besoin	++ Si besoin	+++ Prioritaire

Ce tableau illustre la **gradation clinique** qui organise le champ de la rééducation : plus les limitations sont sévères, plus l'intervention des rééducateurs est prioritaire et indispensable.

**2. Résumé**

La rééducation constitue un **pilier fondamental du parcours de soins**, caractérisé par :

- ▶ un **ancrage médical fort**,
- ▶ une **prise en charge centrée sur la fonction déficitaire**,  
une **démarche thérapeutique réglementée**,
- ▶ des **protocoles techniques spécifiques** aux professions de santé.

Si ses effets peuvent croiser ceux des APA, la rééducation ne recouvre ni leur finalité éducative, ni leur rôle dans l'accompagnement global du sujet.

Clarifier les frontières entre ces deux registres, **rééducation** et **éducation à la santé par l'APA**, reste essentiel afin d'éviter une assimilation réductrice qui gommerait la spécificité pédagogique, sociale et inclusive du champ universitaire des APA.

**Les APA relevant d'actes de rééducation**



Masseur-kinésithérapeute



Ergothérapeute



Psychomotricien

## Chapitre 20 : Les APA relevant de techniques d'APS

Le Code de la santé publique (art. D.1172-1-1) distingue deux formes d'APA :

- ◆ celles relevant des **actes de rééducation**, strictement réservées aux professionnels de santé ;
- ◆ celles issues des **activités physiques et sportives (APS)**, qui relèvent d'une logique éducative, même lorsqu'elles s'insèrent dans un protocole de soins.

Cette clarification invite à examiner ce que recouvre précisément le terme APS, puisque celles-ci constituent le socle des APA non rééducatives.

### 1. Les activités physiques et sportives : un socle éducatif, culturel et social

Introduite au début des années 1960, dans le champ éducatif, la notion d'APS désigne l'ensemble des pratiques corporelles considérées comme vecteurs de formation globale (Circulaire n° 2833 EPS/3 du 5.12.1962 et circulaire du 30.10.1967 sur l'EPS).

Les lois Mazeaud (1975) et Avice (1984) élargissent cette reconnaissance, en affirmant l'utilité des APS dans les domaines de l'éducation, de la culture, de l'intégration sociale et de la santé<sup>35</sup>.

La création de la filière universitaire **STAPS** (1975) consacre les APS comme objet scientifique et support de formation académique. En parallèle, les diplômes professionnels du sport (BPJEPS, DEJEPS, CQP, etc.) attestent de la capacité à encadrer une diversité d'APS en

---

<sup>35</sup> Art. 1 de la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 : « Les activités physiques et sportives constituent un élément important de l'éducation, de la culture, de l'intégration et de la vie sociale. Elles contribuent également à la santé. Leur promotion et leur développement sont d'intérêt général. » ; Art. L101-1 du CS : « La promotion et le développement des activités physiques et sportives pour tous, notamment pour les personnes handicapées, sont d'intérêt général. »

fonction des publics et des contextes : BPJEPS Basket, CQP instructeur de fitness, DE JEPS athlétisme et disciplines associées...

Les APS couvrent ainsi plusieurs registres :

🎯 **Compétitif** : sports institutionnels et pratiques orientées performance ;

🎯 **Récréatif** : loisir, exploration, détente ;

🎯 **Sanitaire** : entretien, amélioration de la condition physique et de la santé ;

🎯 **Éducatif** : développement moteur, autonomie, socialisation, culture sportive.

Le Code du sport reconnaît par ailleurs les **APS adaptées (APSA)**, destinées aux publics à besoins spécifiques et encadrées par des éducateurs qualifiés du domaine APA ou du parasport.

Les APS ne se limitent donc pas au sport institutionnel : elles constituent un répertoire de techniques et de situation, mobilisables dans des finalités éducatives, sociales ou de santé publique.

## 2. Les éducateurs APA sur prescription médicale

Lorsque les APS sont mobilisées sur prescription, elles deviennent des **APA ou des APSA** conduites à partir d'un diagnostic pluridisciplinaire par :

🎯 des **éducateurs APA** (DEUST, Licence APAS, Licence pro APA), spécialistes de l'adaptation des APS ;

🎯 des **éducateurs sport-santé**, disposant des **prérogatives pour dispenser** des APA, titulaires de **diplômes, titres ou certificats de qualification** inscrits au code du sport<sup>36</sup> et au RNCP ou disposant

---

<sup>36</sup> 235 diplômes, répartis dans 85 rubriques du Code du sport, permettent d'encadrer une ou plusieurs APS : mentions complémentaires, TFP, CQP, BPJEPS, DEJEPS, DESJEPS, DEUG, DEUST, licences classiques, licences professionnelles, diplômes d'État spécifiques, diplômes fédéraux. Certains de ces diplômes disposent de prérogatives pour encadrer les APSA sans certification complémentaire.

d'une certification délivrée par une fédération agréée et figurant sur une liste officielle<sup>37</sup>.

Bien qu'ils interviennent dans une démarche pouvant être thérapeutique, ces professionnels **n'appartiennent pas aux professions de santé**. Leur action se situe à l'interface du soin et de l'éducation : amélioration de la condition physique, autonomie, insertion, préparation à une pratique durable dans des structures de droit commun.

### 💡 Critères de légitimité d'intervention des éducateurs APA

Limitation	Aucune	Minime	Modérée	Sévère
<b>Priorité</b>	+/- Exceptionnel	++ Possible	+++ Prioritaire	++ Conditionnel

### 💡 Critères de légitimité d'intervention des éducateurs sportifs

Limitation	Aucune	Minime	Modérée	Sévère
<b>Priorité</b>	+++ Prioritaire	+++ Recommandé <sup>1</sup> Possiblement <sup>2</sup>	+ Exceptionnel	Exclus

1- Pour les titulaires d'un diplôme du code du sport et inscrit au RNCP.

2- Pour les titulaires d'un CQP ou d'un titre fédéral agréé.

## 3. Les éducateurs sport-santé

Les éducateurs sport-santé interviennent principalement dans :

- ◆ des associations sportives,
- ◆ des clubs de fitness ou de structures sportives locales,
- ◆ des organisations fédérales (FFEPGV, UFOLEP, etc.).

Leur expertise est **centrée**, le plus souvent, **sur une discipline unique** (fitness, marche nordique, natation, rugby adapté, etc.), qu'ils adaptent selon les besoins du public.

<sup>37</sup> À ce jour aucun TFP n'est mentionné sur une liste permettant d'encadrer des APSA ; seuls 28 CQP sont autorisés dont certains ne figurent pas dans le code du sport ; 42 diplômes fédéraux inscrits sur une liste par arrêté autorisent l'encadrement d'APSA.

Ils interviennent auprès de pratiquants ne présentant **aucune limitation ou des limitations minimales**.

#### 4. Résumé

Les APA issues des APS constituent le champ des **interventions non rééducatives**, centrées sur :

- ◆ l'adaptation des pratiques sportives,
- ◆ le développement des capacités physiques, psychosociales et motrices,
- ◆ l'autonomie et la participation sociale.

L'enjeu central est de **préserver les frontières** entre rééducation, APA universitaire et sport-santé, afin :

- ! d'éviter l'assimilation abusive de l'APA à une rééducation,
- ! de protéger l'identité éducative et scientifique du champ universitaire,
- ! de clarifier les missions des professionnels intervenant sur prescription.



## Les éducateurs APA (sur prescription médicale)

Ces professionnels sont des spécialistes de la conception, de la planification et de l'encadrement de programmes d'APA, élaborés à partir d'un diagnostic pluridisciplinaire et s'appuyant sur une maîtrise technique diversifiée des activités physiques et sportives (APS).

Ils exercent majoritairement au sein de **structures de santé**, services de soins de suite et de réadaptation (SSR), services d'oncologie, réseaux de santé... sur des **interventions de durée limitée** (3 à 6 mois, renouvelables). Leur public principal est constitué de **patients présentant des limitations fonctionnelles modérées à sévères**, inscrits dans un **parcours de soins**.

Leur mission consiste à mobiliser des APA ou APSA, à des fins de **prévention**, de **maintien** et de **développement** des capacités physiques, psychologiques, cognitives et sociales.

Les techniques mobilisées ne se limitent pas à une liste d'activités : elles répondent à des objectifs différenciés selon les besoins, les contraintes médicales et les aspirations de la personne. Ainsi, les pratiques comme la gymnastique douce ou les étirements favorisent la mobilisation articulaire et la conscience corporelle, tandis que les activités aquatiques ou le vélo adapté sollicitent plus spécifiquement l'endurance cardiovasculaire dans un environnement sécurisé.

Elles sont également choisies dans perspective d'intégration durable dans une pratique autonome, notamment au sein de clubs ou associations de droit commun.



## Les éducateurs sport-santé (sur prescription médicale)

Ces professionnels sont spécialisés dans l'enseignement technique et l'animation d'activités physiques et sportives (APS), le plus souvent dans une discipline unique en lien avec leur formation initiale.

Ils exercent majoritairement dans des associations sportives ou au sein de structures privées orientées vers le sport-santé : clubs affiliés à la (FFEPGV, associations sportives de l'UFOLEP, dispositifs locaux comme Cap Form' Senior Montpellier, réseaux privés tels qu'Élancia, ou encore des sections sport-santé d'associations fédérales, etc.

Leur intervention s'adresse à des patients, licenciés ou adhérents, **justifiant d'une prescription** (3 à 6 mois, renouvelables) ne présentant aucune limitation fonctionnelle significative ou seulement des limitations mineures, et souhaitant s'engager dans une pratique régulière de leur discipline à des fins de prévention et de développement des capacités physiques, psychologiques, cognitives et sociales.

Chaque éducateur sport-santé mobilise sa discipline (gymnastique volontaire, marche nordique, fitness, natation, rugby adapté, etc.) et l'adapte, dans la mesure de ses compétences, aux besoins et aux préférences des pratiquants orientés sur prescription médicale.



### Exemple comparatif

Une même activité, trois logiques différentes, mais générant néanmoins de la confusion.



**En cabinet de kinésithérapie :** associé dans un protocole de rééducation prescrit médicalement, le Pilates est utilisé pour restaurer la mobilité et la force du tronc après une lombalgie chronique. L'accent est mis sur la progression clinique et la prévention des récurrences, sous contrôle thérapeutique.



**En dispositif de soin avec un éducateur APA :** le Pilates est adapté à un groupe de patients atteints de pathologies chroniques (BPCO, diabète, cancer en rémission) dans une optique éducative. L'objectif est d'améliorer la conscience corporelle, la posture et l'endurance musculaire pour favoriser l'autonomie et préparer à une éventuelle pratique régulière dans un dispositif de droit commun.



**En association sportive « sport-santé » :** pratiqué de façon régulière par des adhérents sans limitation fonctionnelle majeure, dans un but de bien-être, de maintien de la condition physique et de socialisation. L'adaptation porte surtout sur le rythme, l'intensité et les exercices choisis pour éviter les contraintes excessives.

## Synthèse de la 3<sup>ème</sup> partie

Le décret du 30 décembre 2016 consacre juridiquement **l'APA comme appellation générique** intégrée au Code de la santé publique. Elle devient un soin non médicamenteux destiné aux personnes à besoins spécifiques, mais son ancrage se déplace : d'une logique éducative héritée des STAPS, elle bascule vers une logique biomédicale centrée sur l'efficacité sanitaire.

Deux formes sont distinguées : les APA de soins rééducatifs, relevant de la rééducation assurée par les auxiliaires médicaux, et les APA éducatives, confiées aux éducateurs APA et aux éducateurs sportifs.

Si leurs finalités sont communes, leurs logiques d'action diffèrent, générant des complémentarités, mais aussi des confusions.

Cette recomposition fragilise l'identité des éducateurs APA, dont la spécificité se dilue au profit d'une ouverture professionnelle élargie.

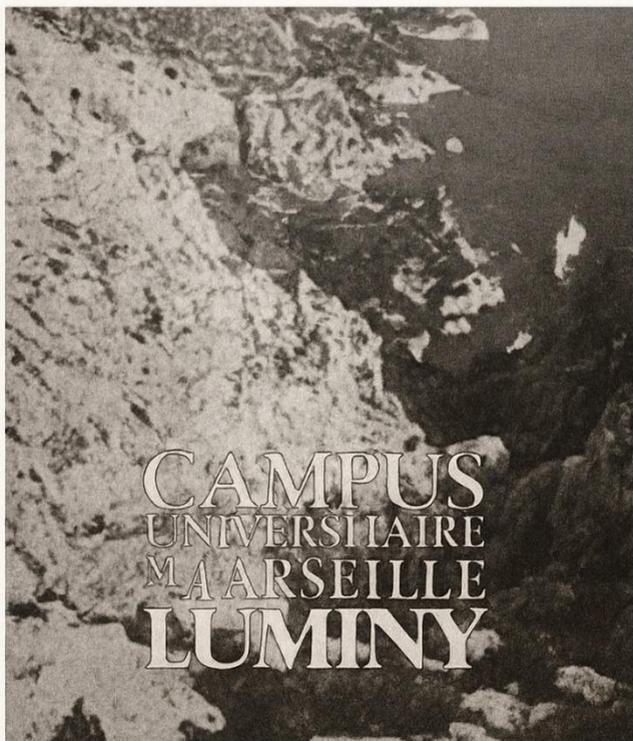
L'enjeu réside désormais dans la capacité à préserver la dimension éducative et scientifique du champ, tout en clarifiant ses articulations avec le secteur sanitaire et le sport-santé.

Cette dynamique marque l'entrée dans une nouvelle phase : celle des débats contemporains autour de **la professionnalisation**, de la reconnaissance institutionnelle et de **l'avenir épistémologique de l'APA**.



# **COMPTE-RENDU du STAGE INTER U.E.R.E.P.S.**

**‘Les activités physiques et sportives dans le  
domaine de l'enfance et de l'adolescence  
Handicapées et Inadaptées’**



**U.E.R.E.P.S AIX-MARSEILLE II**

**14 et 15 Novembre 1985**

**coordonné par Pierre THERME.**

## 4<sup>ème</sup> partie : L'intervention par les APA

Le décret du 30 décembre 2016 marque un tournant majeur : il inscrit l'APA dans une logique réglementaire et sanitaire, transformant un concept universitaire en **outil normatif de santé publique**.

Dès les années 2000, une distinction s'était esquissée entre l'**APA** « **historique** », issue du champ éducatif, et l'**APA-santé**, centrée sur la prévention et la prescription.

Le rapport Bigard (2015) puis le décret de 2016 amplifient ce mouvement, en instaurant une **coopération interprofessionnelle** qui redéfinit les frontières d'intervention.

Cette partie analyse les effets de cette reconfiguration :

- à travers les référentiels et prescriptions institutionnelles qui encadrent l'intervention ;
- à travers les espaces et dispositifs de mise en œuvre (santé, social, associatif, territorial) ;
- et à travers les logiques professionnelles et tensions identitaires générées par la pluralité des acteurs.

En somme, l'intervention par les APA s'inscrit aujourd'hui dans un **continuum de pratiques** allant du soin à l'éducation, du médical au social, du prescrit au choisi, un espace d'action élargie, mais traversée par des enjeux de pouvoir, de reconnaissance et de sens.

✓ **Abrégé** : le décret de 2016 transforme l'APA en dispositif normatif de santé publique, élargissant ses usages et ses acteurs dans un continuum allant de la prescription médicale à la demande sociale.

# **APA**

**Un continuum  
d'interventions**

## Chapitre 21 : L'APA éducative et sociale

Depuis le décret de 2016, le sigle APA désigne l'ensemble des activités physiques et sportives adaptées à des personnes présentant des besoins spécifiques. Celles-ci peuvent être prescrites médicalement, mais elles se pratiquent aussi hors prescription, dans des contextes éducatifs, sociaux ou médico-sociaux.

Lorsqu'elles ne relèvent pas d'un protocole médical, ces pratiques sont le plus souvent désignées comme **APS adaptées (APSA)**. Elles s'adressent à des publics divers (élèves, usagers, résidents, licenciés ou clients) et s'exercent dans des structures sanitaires, sociales, médico-sociales, éducatives et autres dispositifs.

Fondée sur le concept APA élaboré à l'université, cette logique non prescrite repose sur une intervention **éducative et sociale**, centrée sur la personne, visant l'autonomie, la participation sociale et l'inclusion.

Elle valorise l'adaptation pédagogique, la co-construction du sens et le refus de la standardisation. Le décret en rappelle la diversité : *activités de la vie quotidienne, loisirs, sports (Parasport, sport-santé), exercices programmés ou encore EPS.*

Nous proposons d'analyser cette logique dans deux contextes emblématiques.

### 1. L'APA dans le contexte EPS auprès d'élèves déficients relevant des annexes XXIV

L'éducation physique pour enfants et adolescents déficients est officiellement reconnue depuis 1948<sup>38</sup>. L'analyse diachronique des textes réglementaires révèle une référence constante au ministère de l'Éducation nationale, traduisant une volonté d'harmonisation avec l'école ordinaire.

---

<sup>38</sup> Circulaire n° 22 SS du 27 janvier 1948 relative aux conditions d'agrément des établissements de soin, modifiée par la circulaire n° 271 SS du 8 septembre 1948.

Les textes officiels parlent d'**éducation physique et sportive (EPS)** ou d'**activités physiques et sportives (APS)**, mais jamais d'APA. À ce stade, l'APA relève du concept et non d'une discipline ou pratique physique.

Ce choix terminologique d'EPS manifeste une intention politique : inscrire ces élèves dans **le droit commun** éducatif, garantir l'égalité d'accès et favoriser l'intégration, l'inclusion et la citoyenneté.<sup>39</sup>

Les contenus d'enseignement s'alignent sur les programmes nationaux, adaptés selon les potentialités des élèves. Les objectifs sont éducatifs (développement de compétences, formation citoyenne, participation sociale, éducation à la santé...) et non thérapeutiques.

Aujourd'hui encore, les enseignants intervenant dans les **instituts spécialisés (IME, ITEP, IEM, etc.)** restent désignés comme professeurs d'EPS, même si la pratique exige une expertise spécifique APA (peu développée au sein des formations APA). La nécessité d'une formation spécialisée équivalente à celle requise dans l'Éducation nationale est largement admise par les acteurs du secteur.

Les annexes XXIV précisent que l'enseignement doit être assuré par des professeurs diplômés, dans plus de **2 220 instituts**, principalement privés, accueillant des élèves déficients (IME, ITEP, EEAP, IEM, IDV, IDA, IESSA). Depuis 2005, cette mission relève des **Unités d'enseignement** rattachées à chaque institut.

Le professeur d'EPS intervient dans un cadre disciplinaire obligatoire visant la réussite de tous les élèves, selon les finalités communes à l'école et aux instituts :

 « Former un citoyen cultivé, lucide, autonome, physiquement et socialement éduqué ».

L'enseignement<sup>40</sup> s'appuie sur les programmes de l'Éducation nationale, tous cycles confondus, avec toutes les adaptations

---

<sup>39</sup> Voir sur ce sujet Brier P. (2020). *L'éducation physique et sportive dans les instituts médico-éducatifs*, tome 1, le cadre réglementaire, Toulouse, CoolLibri.

<sup>40</sup> La notion d'enseignement renvoie à une discipline qui vise à transmettre des compétences (savoirs et connaissances) en référence à un programme identifié (sous la forme d'un contenu structuré et hiérarchisé en fonction de

nécessaires (principe pédagogique de tout éducateur). Cette EPS est principalement à visée d’instruction : acquisition de savoirs, de savoir-faire, de capacités et de méthodes de travail. Elle contribue à une culture commune par la pratique d’APS et d’activités artistiques.

La progression est adaptée à l’âge, au développement et aux potentialités des élèves, indépendamment de leur âge chronologique. Les contenus sont organisés en modules d’apprentissage (10 à 15 h), comprenant plusieurs séances hebdomadaires d’1 à 3 h.

Enfin, l’évaluation, obligatoire, repose sur les attendus de cycle, les paliers et les attestations prévues par les programmes, avec des dispositifs aménagés permettant de valider et capitaliser les acquis dans chaque activité enseignée.



---

niveaux attendus) à destination d’une catégorie d’apprenant ; avec des AP et/ou sportives qui sont mises en œuvre pour atteindre les finalités et objectifs fixés ; ce programme s’adresse donc à des apprenants (élèves, étudiants, apprentis, stagiaires...) en situation d’apprentissage dans des établissements à vocation éducative ou d’enseignement ou d’instruction ; des évaluations certificatives (attestations, diplômes) attestent de leur niveau de compétences (savoirs et connaissances). Voir sur ce sujet, Pradère F. & Tricot A. (2012). *Comment concevoir un enseignement*, Bruxelles, De Boeck ; Dessus Ph. (2008). « *Qu’est-ce que l’enseignement ? Quelques conditions nécessaires et suffisantes de cette activité* », Revue française de pédagogie, n° 164, p. 139 à 158.

## Illustration d'une EPS dans un IME



Dominique est professeur d'EPS à temps plein dans un institut médico-éducatif, conformément aux dispositions de la CCNT de son secteur d'activité. Il est titulaire d'une licence Éducation et motricité, d'une maîtrise APA, d'un BEES option APSA et de plusieurs diplômes d'État et fédéraux.

Il enseigne auprès de cent enfants et adolescents âgés de 8 à 16 ans, présentant une déficience intellectuelle et/ou des troubles psychiques. Son projet pédagogique couvre l'ensemble des cycles de l'école primaire au collège et à la voie professionnelle, en référence aux programmes nationaux. Après une phase d'évaluation initiale, il **situe chaque groupe sur un cycle hypothétique de progression.**

L'année scolaire est structurée en plusieurs cycles d'activités physiques et sportives (APS) de douze séances, intégrant des adaptations spécifiques : adaptation des situations, aides humaines et techniques, supports visuels, fiches d'observation, apprentissage par imitation, expérimentation ou résolution de problèmes...

L'évaluation, adossée aux attendus de cycle et aux dispositifs aménagés, permet de valider et de capitaliser les acquis dans chaque activité enseignée. Dominique assure également la réalisation de bilans individuels et propose des objectifs adaptés, qui sont intégrés dans le projet personnalisé d'accompagnement (PPA) de chaque élève.

## 2. Résumé

Ce portrait illustre la complexité et la richesse de l'emploi spécifique de professeur EPS en milieu médico-éducatif : *polyvalence de la formation, nécessité d'adaptations pédagogiques, tension entre recommandations nationales et réalités spécifiques des publics.*

La référence aux programmes scolaires, droit commun de l'EPS, exige une adaptation contextualisée. Encore faut-il que la formation prépare ces enseignants à aménager les APS au plus près des référentiels. Or, dans le contexte actuel, **les formations APA demeurent relativement éloignées** de cette demande institutionnelle.

### 3. L'APA dans le contexte d'activités programmées auprès d'adultes et seniors en situation de handicap

En 2020, l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) recense plus de 8 000 établissements et services accueillant des adultes et seniors en situation de handicap (hors entreprises adaptées et établissements expérimentaux), représentant plus de 340 000 places. L'orientation vers ces structures dépend du niveau d'autonomie et des besoins spécifiques des personnes<sup>41</sup>.

✦ **Adultes et seniors handicapés dépendants** : maisons d'accueil spécialisé (MAS), foyers d'accueil médicalisé (FAM), établissements d'accueil médicalisé (EAM)...

✦ **Adultes handicapés non dépendants** : foyers de vie (FO) ou foyers occupationnels, foyers d'hébergement pour adultes handicapés (FHAH), établissement d'accueil non médicalisé (EANM) et autres structures y compris celles destinées à une activité professionnelle, type établissements et services d'aide par le travail...

#### Les modèles de mise en œuvre des AP

Les programmes d'activités physiques destinés à ces publics peuvent être organisés selon plusieurs modalités voire se combiner :

🎯 **Encadrement interne** : un éducateur physique ou sportif **salarié** de l'établissement conçoit un projet d'activités adapté aux souhaits, besoins et capacités des résidents, avec l'appui du personnel éducatif.

🎯 **Prestations externes** : un intervenant extérieur assure la mise en œuvre du programme au sein de l'établissement, seul ou en collaboration avec l'équipe interne.

🎯 **Pratique en structure sportive** : les résidents pratiquent une activité physique dans des structures extérieures (associations Paraspport, clubs sport-santé, associations affiliées à une fédération sportive, clubs de remise en forme), en tant qu'adhérents, licenciés ou clients.

---

<sup>41</sup> Bohic N. & Morvan F. (2021). *Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap. Des outils pour la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Rapport IGAS, Direction générale des Affaires sociales, p. 19.

Les finalités poursuivies sont multiples : prévention de la sédentarité, maintien des acquis fonctionnels, développement de la condition physique, pratique de loisir, voire entraînement ou compétition.

### **Illustration dans un contexte de Maison d'accueil spécialisé**



Flavien est éducateur sportif (CCNT de 1951) à temps plein dans une MAS accueillant 48 résidents adultes présentant principalement une infirmité motrice cérébrale. Il est titulaire d'une licence APA.

Il conçoit et met en œuvre un projet d'activités physiques validé par la direction, à visée de prévention : lutter contre la sédentarité, maintenir les acquis, favoriser les relations sociales...

Les activités, adaptées aux besoins des groupes, sont programmées par cycles trimestriels ou à l'année : balnéothérapie, tennis de table (initiation, perfectionnement, compétition), canoë-kayak, sarbacane, fléchettes pendulaires, musculation, escalade. Flavien organise également des séjours sportifs (montagne) et participe, en réseau avec d'autres MAS, à des rencontres et compétitions inter-établissements.

La pédagogie est centrée sur la personne, avec un ratio d'encadrement ajusté (un intervenant pour un à deux résidents, jamais plus de six par séance). Des évaluations régulières, intégrées aux projets personnalisés d'accompagnement, permettent d'objectiver les évolutions individuelles et d'ajuster les objectifs du PPA.

## **4. Résumé**

Le contexte des MAS et structures assimilées met en évidence un positionnement singulier de l'APA, à l'intersection de logiques éducative, préventive et parfois compétitive. La professionnalité des éducateurs s'y construit dans une tension permanente entre prescriptions institutionnelles, attentes des familles, aspirations des usagers et référentiels universitaires.

## Chapitre 22 : L'APA prescrite

Lorsqu'une APA est prescrite par un médecin, sa mise en œuvre s'inscrit dans un cadre réglementaire précis, fixé par le décret relatif à l'activité physique à des fins de santé. Ce dispositif soulève toutefois une double interrogation : comment concilier la logique médicale de la prescription avec la logique éducative propre à l'APA, et dans quelle mesure les professionnels, formés à l'APA disposent-ils des moyens et de la reconnaissance nécessaires pour assurer ce rôle au sein du système de santé ?

### 1. Le cadre général de l'APA prescrite

#### Définition réglementaire

« Le médecin intervenant dans la prise en charge d'un patient atteint d'une affection de longue durée, d'une maladie chronique, présentant des facteurs de risque ou en situation de perte d'autonomie, pour lesquels l'activité physique adaptée a démontré des effets bénéfiques, peut lui prescrire une activité physique adaptée, avec son accord et au vu de sa pathologie ainsi que de sa situation, de ses capacités physiques et du risque médical qu'il présente. » (Art. D.1172-2, CSP)

#### Conditions cumulatives

La prescription d'APA suppose quatre conditions :

- 🎯 Le patient a **une maladie** et/ou un état fonctionnel pour lequel la pratique d'une APA a démontré un bénéfice avéré ;
- 🎯 Le patient a un **niveau d'AP inférieur** aux recommandations de l'OMS ;
- 🎯 Le patient ne peut pas **augmenter son niveau** d'AP en autonomie, de façon adaptée et de façon sécuritaire ;
- 🎯 Le patient **accepte de s'engager** dans un programme structuré et progresser vers un mode de vie plus actif.

### **Finalité préventive et de reconditionnement** (Art. D.1172-1-1)

Le décret précise que l'APA prescrite relève d'une visée **préventive**. Elle poursuit trois objectifs principaux, modulés selon la situation du patient :

- ➔ **Favoriser un mode de vie physiquement actif et durable** (dimension éducative) ;
- ➔ **Réduire les facteurs de risque associés aux maladies chroniques et à la sédentarité** (éducation à la santé, accompagnement individualisé) ;
- ➔ **Limiter les pertes fonctionnelles liées à l'évolution de la maladie ou à la perte d'autonomie** (maintien et développement de la condition physique).

### **Accompagnement éducatif au changement**

Le Guide HAS (2022) souligne :

- ✦ « L'observance de la prescription est le premier enjeu. »
- ✦ « Un changement de mode de vie ne se prescrit pas : il suppose motivation, éducation et accompagnement progressif. »

## **2. Les patients concernés**

✦ **Les maladies chroniques**, ayant un retentissement sur la vie quotidienne et susceptibles de générer des incapacités, voire des complications graves, et nécessitant une prise en charge au long cours.

✦ **Les facteurs de risque** tels qu'une condition, une pathologie ou un comportement augmentant la probabilité de développer ou d'aggraver une maladie ou bien de souffrir d'un traumatisme, notamment le surpoids, l'obésité, l'hypertension artérielle, la dénutrition, la sédentarité, les dyslipidémies, et les conduites addictives.

✦ **Les situations de perte d'autonomie** dues au handicap ou au vieillissement suivants :

- a) La personne est bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) mentionnée à l'article L.232-1 du code de l'action sociale et des familles (personnes âgées) ;
- b) La personne est bénéficiaire de l'aide à domicile mentionnée à l'article L.231-1 du même code ;
- c) La personne est bénéficiaire d'un droit attribué par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L.146-9 du même code ;
- d) La personne est titulaire de la carte « mobilité inclusion » mentionnée à l'article L.241-3 du même code

❖ **Les patients n'ayant pas un niveau régulier** d'AP égal ou supérieur aux recommandations de l'OMS et qui ne peuvent augmenter leur niveau d'AP en autonomie, de façon adaptée et sécurisée.

### 3. Les niveaux de limitations fonctionnelles

L'instruction (annexe 2 du décret) fixe un tableau des phénotypes fonctionnels (fonctions locomotrices, cérébrales, sensorielles et perception de la douleurs) selon quatre niveaux de limitations :

Aucune limitation	Limitations minimales	Limitations modérées	Limitations sévères
-------------------	-----------------------	----------------------	---------------------

### 4. Particularités des patients aux limitations sévères

Pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères telles que qualifiées par le médecin prescripteur, seuls les professionnels de santé mentionnés sont habilités à leur dispenser des **actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie**, à la situation, aux capacités physiques et au risque médical (Art. D.1172-3 du code de la santé). Toutefois, ces formes d'APA rééducatives ne relèvent pas de techniques d'APS.

Lorsque les patients ont atteint **une autonomie suffisante** et présentent une atténuation des altérations relative aux limitations fonctionnelles sévères, les professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée délivré par l'enseignement

supérieur (Art. L.613-1 du code de l'Éducation), 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 (Art. D.1172-3 du code de l'éducation).

## 5. Résumé

Le cadre réglementaire de l'APA prescrit une avancée en santé publique, en la reconnaissant comme outil préventif complémentaire aux soins.

Mais cette légitimité sanitaire s'accompagne d'une médicalisation qui tend à réduire sa portée éducative et sociale.

La segmentation des compétences entre professionnels de santé et intervenants en APA sécurise la prise en charge, tout en complexifiant les coopérations et en limitant la lisibilité du dispositif.

### Les quatre niveaux de l'APA prescrite

<p><b>Niveau 1</b></p> 	<p>Patients en phase aiguë d'une maladie ou d'une blessure nécessitant un programme structuré de rééducation intégrant, si nécessaire, de l'APA, et encadré par des professionnels de la rééducation.</p>
<p><b>Niveau 2</b></p> 	<p>Patients présentant une maladie chronique et/ou des limitations fonctionnelles évaluées justifiant un programme « APA thérapeutique » supervisé par des éducateurs du domaine APA.</p>
<p><b>Niveau 3</b></p> 	<p>Patients en capacité de participer à des activités physiques ou sportives régulières dites de « sport-santé spécifique », encadrées par des éducateurs sport-santé.</p>
<p><b>Niveau 4</b></p> 	<p>Patients capables de suivre de manière autonome ou encadrés par des éducateurs sport-santé, un programme régulier d'activités physiques ou sportives dites de « sport-santé pour tous ».</p>

## Chapitre 23 : Modalités de l'APA prescrite

Le décret de 2016 précise les conditions de la mise en œuvre de la prescription médicale d'activité physique adaptée (APA) et de sa dispensation encadrée.

### 1. La prescription médicale de l'APA

La prescription du médecin s'effectue sur un formulaire spécifique défini par arrêté ministériel et mentionne : le type d'activité, sa durée, sa fréquence et son intensité.

Elle ouvre droit, pour le patient, à la réalisation :

- d'un **bilan d'évaluation** de sa condition physique et de ses capacités fonctionnelles,
- d'un **bilan motivationnel**, réalisé par une personne qualifiée.

La durée de la prescription varie, de **3 à 6 mois** renouvelables.

 **À noter** : le terme « dispensation », hérité de la médecine et de la pharmacie, désigne l'ensemble des actes par lesquels un professionnel délivre **un traitement** à un patient. Par analogie, la dispensation d'une APA comprend :

- 1- L'analyse de l'ordonnance et de sa conformité,
- 2- L'élaboration et mise en œuvre du programme adapté,
- 3- Le suivi et évaluation du programme (effets, ajustements, tolérance).

### 2. Exemple d'une prescription aux patients de niveau 2

Le décret (2016) rappelle que l'APA relève d'une **finalité préventive** : elle ne possède pas en soi **le statut de thérapeutique**.

En revanche, depuis 2011, la HAS reconnaît l'activité physique, et en particulier l'APA, comme une **intervention thérapeutique non médicamenteuse (TNM)**, mais seulement aux **patients de niveau 2** : personnes atteintes de pathologies chroniques ou d'ALD, présentant

des limitations fonctionnelles nécessitant une prise en charge adaptée et coordonnée (Guide HAS, 2022).

Dans ce cadre, l'APA prescrite est encadrée par des éducateurs physiques diplômés en APA. Certains acteurs du champ militent pour leur reconnaissance comme **auxiliaires médicaux**.

Le programme est conçu en complément des activités physiques spontanées ou sportives du patient. Il est adapté à la pathologie, aux capacités fonctionnelles, aux limitations, au degré d'autonomie et aux risques liés à la pratique.

Sa mise en œuvre repose sur une progression individualisée (formes, intensité, durée), dans une visée éducative **favorisant l'adoption durable d'un mode de vie physiquement actif** et facilitant la **réduction des facteurs de risque**. Pour limiter les pertes fonctionnelles, l'éducateur APA développe un programme permettant le maintien et le développement de la condition physique.

### 3. Résumé

La formalisation d'un protocole type pour l'APA prescrite traduit une volonté de structurer la prise en charge et d'assurer un cadre sécurisé et homogène. Elle clarifie les paramètres essentiels (durée, fréquence, intensité), mais soulève plusieurs limites.

Cependant, cette standardisation comporte deux limites majeures. D'une part, elle risque d'induire une uniformisation excessive qui ne rend pas pleinement compte de la singularité des patients, de leurs contextes de vie et de leur motivation réelle. D'autre part, elle traduit une logique médicale de protocolisation, qui peut réduire l'APA à une fonction de « technique de soin », en minorant sa dimension éducative, sociale et inclusive.

Enfin, la mise en œuvre effective de ces protocoles dépend des ressources disponibles, de la formation des professionnels et de leur reconnaissance institutionnelle. Se pose alors une question centrale : *les intervenants en APA doivent-ils être considérés comme des éducateurs spécialisés de l'activité physique, inscrits dans une logique éducative, ou comme de véritables auxiliaires médicaux, intégrés au champ sanitaire ?*

## Synthèse d'un programme APA thérapeutique (N2)

(encadré par un auxiliaire santé APA ?)

Cette prescription ouvre droit à la réalisation d'un bilan d'évaluation de la condition physique, des capacités fonctionnelles et motivationnelles.

Éléments clés	Détails
 Durée totale	3 mois renouvelables
 Séances	48 séances
 Répartition	2 à 3 séances par semaine
 Repos	Un jour minimum entre deux séances
 Durée	45 à 60 minutes
 Format	En groupe ou en individuel : en présentiel ou à distance
 Structure d'une séance	Échauffement / AP principale / récupération
 Contenu principal	Activités d'endurance aérobie et de renforcement musculaire
 Activités complémentaires : des exercices	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Équilibre</b> (personnes âgées, Parkinson)</li> <li>- <b>Coordination</b> (Parkinson)</li> <li>- <b>Assouplissement</b> (arthrose, lombalgie)</li> <li>- <b>Respiratoires</b> (asthme, BPCO)</li> </ul>
 Autres activités	Les patients doivent pratiquer quotidiennement une AP régulière
 Renouvellement	Possible selon évolution clinique

Guide HAS, p. 47, 2022

## Chapitre 24 : Les professionnels de l'APA prescrite

La mise en œuvre d'une APA prescrite ne relève pas d'un acteur unique, mais d'un ensemble de professionnels issus du champ **sanitaire, de l'activité physique adaptée et du mouvement sportif**.

Cette diversité traduit la volonté réglementaire d'élargir l'offre, mais elle soulève en retour des questions de légitimité, de compétences et de coordination. Le décret encadre ainsi les profils habilités à intervenir, en distinguant clairement les missions des rééducateurs et celles des éducateurs physiques.

En conséquence, une APA prescrite doit être dispensée<sup>42</sup> soit par des professionnels de santé, soit par des professionnels de l'activité physique.

### 1. Les professionnels habilités à dispenser l'APA prescrite

Selon l'article **D.1172-2 du Code de la santé publique (CSP)**, quatre catégories de professionnels sont habilitées :

#### Les professionnels de santé

- **Masseurs-kinésithérapeutes** : rééducation fonctionnelle, reprise du mouvement.
- **Ergothérapeutes** : restauration de l'autonomie dans la vie quotidienne.
- **Psychomotriciens** : rééducation gestuelle, coordination, équilibre.

#### Les professionnels titulaires universitaires en APA (art. L.613-1 du code de l'éducation) :

---

<sup>42</sup> Le verbe dispenser (dispensation), utilisé dans ce texte, relève du champ lexical de la médecine. Il désigne un acte en plusieurs étapes : analyser la prescription, préparer le programme prescrit et le mettre en œuvre avec des conseils d'éducation thérapeutique ainsi qu'une évaluation de son efficacité thérapeutique.

- **Ancienne maîtrise** APA (plus délivrée) ;
- **Licence professionnelle** mention « santé, vieillissement et activités physiques adaptées » ;
- **Licence généraliste** « APAS » ;
- **DEUST** spécialisés « activités physiques et sportives adaptées - déficiences intellectuelles, troubles psychiques » ; « activités physiques et sportives et inadaptations sociales » ; « pratique et gestion des activités physiques et sportives et de loisirs pour les publics seniors ».

 **Les éducateurs physiques ou sportifs** (disposant des prérogatives pour dispenser une APA)

- **Diplômes du Code du sport, enregistrés au RNCP** : DEUG, DEUST, licences pro et généralistes, BPJEPS (38 mentions), DEJEPS (71 mentions), DESJEPS (44 mentions), diplômes spécifiques (6).
- **Fonctionnaires** : lorsqu'ils interviennent en dehors des structures de leur fonction publique (école, armée...) considérée doivent justifier d'un diplôme du code du sport figurant dans le RNCP qui les autorise à exercer en dehors sous réserve de justifier de prérogatives ou d'une certification pour dispenser une « AP aux patients » considérés ;
- **Militaires** autorisés sous conditions de diplômes sportifs inscrits au RNCP ou de TFP/CQP. Les militaires disposent seulement de TFP (à ce jour, sans liste d'aptitude validée).
- **Éducateurs titulaires** d'un Titre à finalité professionnelle (TFP) et certificats de qualification professionnelle (CQP). À ce jour, seuls 28 CQP sont autorisés dont certains ne figurent pas dans le code du sport à l'exemple du moniteur d'escrime... : exemple, CQP *animateur escalade*, CQP *moniteur de rollers*, CQP *moniteur en sport adapté*, CQP *moniteur escrime*. À ce jour aucun TFP n'est mentionné sur une liste (voir arrêté du 19 juillet 2019).

 **Les personnes qualifiées par certification fédérale** (disposant des prérogatives pour dispenser une APA)

- **Diplômes fédéraux listés** par arrêté ministériel conjoint (sports/santé).
- **34 fédérations sportives** reconnues (arrêté du 8 novembre 2018, actualisé 2019-2020).
- Exemples : *Coach Athlé Santé, Animateur Basket Santé.*

## 2. Les tâches de tout dispensateur d'APA

La personne qualifiée dispensant une ou plusieurs APA sur prescription doit réaliser plusieurs formes d'évaluation (Art. D.1172-5 du code de l'éducation) :

✦ Au début de la prise en charge du patient, un **bilan d'évaluation** de la **condition physique** et des **capacités fonctionnelles** ainsi qu'un **bilan motivationnel** doit être réalisés. Il sert à définir un programme adapté au patient précisant le type d'activité, d'intensité, de fréquence et le nombre de séances ou la durée de cette activité ;

✦ Périodiquement, un **compte-rendu** doit être rédigé sur le déroulement du programme, les effets sur la condition physique et l'état fonctionnel du patient ;

✦ À l'issue du programme, un **bilan comparatif d'évaluation** de la condition physique et des capacités fonctionnelles ainsi qu'un bilan motivationnel du patient sont de nouveau rédigés. Il doit permettre d'apprécier les progrès et les bienfaits pour le patient. Il doit également faire état de propositions de poursuite de ce programme avec des recommandations quant au type d'activité à poursuivre, leur fréquence et leur intensité. Il peut être proposé une sortie du programme si le patient a acquis une autonomie suffisante ou que son état de santé paraît ne plus le nécessiter.

Ces documents sont transmis au patient et, avec son accord, au médecin prescripteur et au médecin traitant.

 **À noter** : au titre des pratiques APA, seules la condition physique et les capacités fonctionnelles sont évaluées.

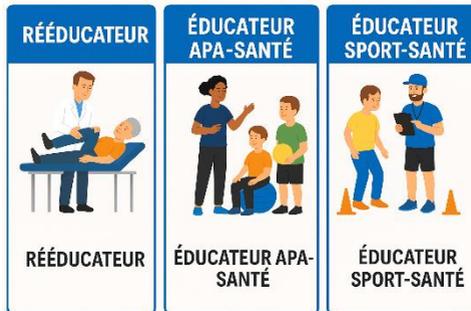
### 3. Des rééducateurs APA pour les patients aux limitations sévères

Pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères telles que qualifiées par le médecin prescripteur, seuls les professionnels de santé mentionnés sont habilités à leur dispenser des **actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie**, à la situation, aux capacités physiques et au risque médical (Art. D.1172-3 du code de la santé). Toutefois, ces formes d'APA rééducatives ne relèvent pas de techniques d'APS.

Lorsque les patients ont atteint **une autonomie suffisante** et présentent une atténuation des altérations relative aux limitations fonctionnelles sévères, les professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée délivré par l'enseignement supérieur (Art. L.613-1 du code de l'Éducation), 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 (Art. D.1172-3 du code de l'éducation).

### 4. Résumé

La diversité des professionnels traduit une volonté d'accessibilité, mais elle engendre des tensions : dilution des compétences, lisibilité réduite du dispositif et ambiguïté statutaire des EAPA entre logique éducative et logique sanitaire. Cet enjeu interroge la reconnaissance institutionnelle et l'articulation durable entre le champ médical, éducatif et sportif.



## Chapitre 25 : Mise en cohérence du continuum APA

Les chapitres précédents ont analysé séparément les différentes formes d'intervention mobilisées au titre de l'APA, en distinguant leurs logiques d'action, leurs cadres institutionnels et leurs finalités.

Le présent chapitre ne revient pas sur ces descriptions et ne propose pas de nouvelle typologie. Il opère un changement de focale en offrant **une lecture transversale** visant à articuler les formes d'APA identifiées au sein d'un continuum.

Cette mise en cohérence permet de rendre intelligible la circulation des pratiques et des professionnels entre des registres d'intervention souvent segmentés, et prépare l'analyse du métier développée dans la partie suivante.

	Aucune limitation	Minimes	Modérées	Sévères
<b>Auxiliaires médicaux</b> <b>AP-rééducation</b>	Très exceptionnel (+/-) <i>Si besoin</i>	Exceptionnel (+) <i>Si besoin</i>	Possiblement (++)	<b>Prioritaires</b> (+++)

### Les éducateurs encadrent des AP relevant de techniques d'APS

<b>Educateurs APA STAPS</b> <b>APA-thérapeutique</b>	Très exceptionnel (+/-) <i>Si besoin</i>	Possiblement (++) <i>Si besoin</i>	<b>Principalement</b> (+++)	Possiblement Si autonomie (++)
---	---	---------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

<b>Educateurs sportifs J &amp; S</b> <b>AP-sport-santé</b>	<b>Principalement</b> (+++) S-S pour tous	<b>Principalement</b> (+++) S-S spécifique	Exceptionnel (+) à défaut APA-T	<b>Non autorisé</b>
---	---	--	---------------------------------------	---------------------

<b>Educateurs sportifs fédéraux CPNEF</b> <b>AP-sport-santé</b>	<b>Principalement</b> (+++) S-S pour tous (Souvent animateurs occasionnels)	<b>Principalement</b> (++) S-S spécifique (Souvent animateurs occasionnels)	Exceptionnel (+) En équipe pluridisciplinaire	<b>Non autorisé</b>
--	--	--	---	---------------------

<b>Educateurs sportifs fédéraux (bénévoles)</b> <b>AP-sport-santé</b>	<b>Principalement</b> (+++) S-S pour tous	Possiblement (++) S-S spécifique	Exceptionnel (+) En équipe pluridisciplinaire	<b>Non autorisé</b>
--	---	--	--	---------------------

Dans ce cadre, si le décret définit l'APA comme *toute forme de mouvements corporels*, la HAS ne reconnaît formellement l'APA prescrite que pour le **niveau 2** (Guide HAS, 2022, p. 14 et 15).

## 1. Le continuum d'intervention

Lorsque l'APA est prescrite, les quatre niveaux de limitations fonctionnelles décrivent quatre types d'intervention prioritaires.

Limitation	Niv.	Type de programme	Encadrement
<b>Aucune limitation</b>	<b>N4</b>	Techniques d'APS type « <b>Sport-santé pour tous</b> »	Dispensée par des éducateurs sport-santé
<b>Limitations minimales</b>	<b>N3</b>	Techniques d'APS type « <b>Sport-santé spécifique</b> »	Dispensée par des éducateurs sport-santé
<b>Limitations modérées</b>	<b>N2</b>	Techniques d'APS type « <b>APA thérapeutique</b> »	Dispensée par des éducateurs APA
<b>Limitations sévères</b>	<b>N1</b>	Pas de techniques d'APS « <b>APA de rééducation</b> »	Dispensée par des professionnels de santé

 **À noter** : ces programmes peuvent être proposés **en complément** d'une rééducation si celle-ci reste nécessaire. Par ailleurs, les bénéfices d'une prescription APA cessent rapidement en cas d'arrêt, d'où la nécessité d'un relais vers des pratiques autonomes.

## 2. Les quatre étapes d'intervention

Ces quatre étapes décrivent la progression des interventions en APA prescrite, depuis la rééducation initiale jusqu'au sport-santé en autonomie.

## 1- APA de rééducation : remise en mouvement



Elle est destinée aux patients présentant des limitations sévères (niveau 1 HAS), souffrant d'une maladie ou d'une blessure avérée, et/ou dont l'état fonctionnel, évalué par un médecin, justifie **un programme de rééducation**.

Ce programme est exclusivement encadré par des professionnels de santé :

- **Les masseurs-kinésithérapeutes**, en référence à une anomalie fonctionnelle d'une pathologie, traitent et facilitent la reprise du mouvement grâce à des techniques manuelles ou instrumentales.
- **Les ergothérapeutes**, dont l'objectif est de restaurer l'autonomie du patient dans ses activités quotidiennes en tenant compte de son environnement.
- **Les psychomotriciens**, qui interviennent sur les troubles du mouvement et du geste via des techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle et d'activités de coordination et d'équilibration.

 **À noter** : si l'autonomie progresse, les éducateurs APA peuvent intervenir en complément (art. D.1172-3).

## 2- APA thérapeutique (réadaptation et reconditionnement physique) : reprise d'une pratique physique régulière



Elle cible prioritairement les patients présentant des limitations fonctionnelles modérées (niveau 2 selon la classification de la HAS), pour lesquels l'état de santé et/ou le niveau de capacité physique justifie la mise en œuvre d'un programme d'APA sur prescription médicale.

La HAS indique que « le patient est adressé sur ordonnance pour un programme d'APA à un professionnel de l'APA : professionnel de santé paramédical ou enseignant en APA-S. » (HAS, *Guide*, 2022).

**Quatre conditions d'une prescription APA** : 1- Le patient a une maladie et/ou un état fonctionnel ; 2- Il n'a pas déjà un niveau d'AP régulière égal ou supérieur aux recommandations pour la santé de

l'OMS ; 3- Il ne peut pas augmenter son niveau d'AP en autonomie, de façon adaptée et de façon sécuritaire ; 4- Il accepte de suivre un programme d'APA et un changement de comportement plus actif est à terme envisageable.

Articulée à une démarche **d'éducation thérapeutique du patient**, cette 2<sup>ème</sup> phase **vis** à **consolider la reprise progressive du mouvement, en instaurant une pratique régulière et sécurisée d'activités physiques**, adaptée aux besoins spécifiques du patient.

Ce type de programme s'organise autour de deux à trois séances hebdomadaires d'activité physique sur une période de trois mois, avec une possibilité de renouvellement en fonction de l'évolution du patient. Fondé sur des approches méthodologiques issues des sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS), le programme combine systématiquement **des activités d'endurance aérobie et de renforcement musculaire**.

Sa construction repose sur une évaluation initiale comprenant **des tests fonctionnels** visant à objectiver les capacités du patient. Sur cette base, le professionnel planifie l'intervention (nombre de séances, durée unitaire, progressivité), détermine **les protocoles d'exercices**, fixe les objectifs à visée thérapeutiques ainsi que les résultats attendus. Un processus d'évaluation continue permet de mesurer les progrès réalisés en cohérence avec les axes définis initialement.

■ † En **parallèle de ce programme**, une prise en charge en rééducation peut être maintenue ou introduite, si l'état du patient le nécessite.



### 3- APA de sport-santé spécifique : poursuite d'une pratique régulière



Elle s'adresse aux patients présentant des limitations minimales (niveau 3 HAS), qui éprouvent des difficultés à suivre un programme d'activité physique de manière autonome, sans pour autant relever d'un programme d'APA thérapeutique.

Ces patients se voient prescrire un programme de type sport-santé spécifique<sup>43</sup> dans des dispositifs de droit commun aménagés permettant une pratique régulière adaptée à leurs besoins en individuel ou en groupe. Celui-ci est encadré par des éducateurs physiques ou sportifs disposant des qualifications requises et des prérogatives pour le mettre en place (BPJEPS, DEJEPS, Deust, licences...).

### 4- APA de sport-santé pour tous : poursuite d'une pratique régulière



Elle concerne les patients sans limitation (niveau 4 HAS) dont le médecin estime qu'ils sont capables (ayant les ressources psychiques suffisantes) d'augmenter et de maintenir effectivement et sans risque leur niveau d'AP par leurs propres moyens, dans des dispositifs de droit commun ou non et avec ou sans supervision.

La HAS précise qu'à ce stade, l'état de santé et les besoins (sociaux, émotifs, médicaux) du patient n'exigent pas un programme d'APA, ni un programme de rééducation/réadaptation.

Le médecin conseille et prescrit au patient des AP ou sportives sans supervision, à réaliser en autonomie, avec des AP quotidiennes en environnement (marche, pratique du vélo, jardinage, activités sportives de loisirs à la maison ou sur des aires résidentielles), ainsi

---

<sup>43</sup> Un sport-santé, supervisé par un éducateur sportif formé, selon des modalités définies par les fédérations sportives et répertoriées dans le Médicosport-santé édité par le CNOSF et porté par le Vidal et, pour les PSH par la plateforme digitale « Trouve ton Parasport » du CPSF.

que des recommandations de diminution du temps passé à des activités sédentaires.

Néanmoins, lorsque ce type de programme est supervisé, il est principalement encadré par des éducateurs physiques ou sportifs disposant des qualifications requises et des prérogatives pour dispenser une APA (BPJEPS, DEJEPS, Deust, licences...).



### 5- Toutes formes d'APA ou APSA : développement d'une pratique régulière d'AP en référence à une demande sociale

Cette cinquième forme d'intervention ne relève pas du continuum de l'APA prescrite, mais prolonge l'analyse en dehors du cadre médical.



Elle s'adresse aux personnes, ayant des besoins spécifiques, mais qui ne sont pas considérées comme des patients et n'ont donc **pas besoin d'une prescription médicale**. Les programmes proposés varient en fonction de leurs attentes et de leurs désirs.

Ces activités sont encadrées par des éducateurs physiques ou sportifs diplômés (code du sport) selon les qualifications reconnues par le Répertoire national des Certifications professionnelles (RNCP). Leur titre et leur fonction dépendent de l'organisme ou de l'entreprise qui les emploie.

## Les demandes sociales

L'EPS - Le loisir et le bien-être - Le sport-santé pour tous - La performance sportive - La remédiation - La prévention - Le Parasport santé...



### 3. Résumé

Le continuum, tel que défini par la HAS, a le mérite de clarifier les niveaux d'intervention et d'identifier les professionnels concernés. Mais il reste marqué par une tension : alors que le décret propose une définition large de l'APA, son encadrement est restreint par la HAS au seul niveau 2, créant un paradoxe entre vision éducative et logique médicale.

L'ajout d'un cinquième niveau, celui de la demande sociale, rappelle que l'APA ne se limite pas à la prescription médicale : elle s'inscrit dans un champ plus vaste, articulant santé, éducation, prévention et participation sociale.

## Les cinq catégories de professionnels de l'APA

Le décret relatif à l'APA identifie **cinq catégories de professionnels habilités** à dispenser ce type de pratiques. Cette classification met en lumière la diversité des acteurs concernés et invite, en miroir, à interroger la pertinence et l'adéquation des **parcours de formation** qui conduisent à l'exercice de ces métiers et emplois-métier.



## Synthèse de la 4<sup>ème</sup> partie

Cette quatrième partie a analysé la coexistence de deux modèles d'intervention.

D'un côté, l'**APA éducative et sociale**, issue de la tradition universitaire des STAPS, vise l'inclusion, la participation et l'autonomie des personnes à besoins spécifiques. Fondée sur l'adaptation pédagogique, la prise en compte du contexte social et la co-construction de sens, elle s'exerce dans des environnements variés, scolaires, médico-sociaux, associatifs ou territoriaux, et maintient une orientation éducative indépendante du système médical.

De l'autre, l'**APA prescrite**, inscrite depuis le décret de 2016 dans le champ du soin, est reconnue comme thérapeutique non médicamenteuse. Destinée aux patients atteints de maladies chroniques ou en perte d'autonomie, elle repose sur la prescription médicale, des protocoles de suivi et des référentiels standardisés. L'encadrement pluriel, éducateurs APA, éducateurs sportifs certifiés, auxiliaires médicaux, fragilise la spécificité universitaire et alimente une concurrence de compétences.

L'enjeu est double : préserver l'identité scientifique et éducative de l'APA face au risque de réduction biomédicale, et clarifier la reconnaissance professionnelle des éducateurs APA dans un champ en recomposition.

En définitive, l'APA oscille entre **logique éducative d'émancipation** et **logique biomédicale prescriptive**, révélant une tension structurante quant à son avenir comme champ autonome.



## 5<sup>ème</sup> partie : le métier d'éducateur physique

L'étude du métier d'éducateur physique ou sportif en France permet de comprendre comment une profession s'est construite à la croisée des champs éducatif, sportif et social.

Héritier d'une tradition républicaine de formation du corps et de la citoyenneté, cet éducateur a servi de matrice historique et culturelle à l'émergence de nombreux sous-statuts du métier, à l'exemple du professeur EPS.

L'enjeu n'est donc pas de substituer l'EAPA à l'éducateur physique, mais d'en analyser la filiation : ce dernier apparaît comme une déclinaison contemporaine du métier d'éducateur physique, adaptée aux mutations sociales, sanitaires et politiques du champ de l'activité physique.

Cette évolution marque le passage d'un modèle centré sur la performance et la normalisation à un modèle orienté vers l'accompagnement et l'émancipation par le mouvement.

Ainsi, cette partie met en évidence la continuité historique entre l'éducateur physique et l'éducateur APA, tout en soulignant la transformation des finalités du métier : d'une éducation du corps au service de la norme, vers une éducation du mouvement au service de la personne.

Cette filiation éclaire la spécialisation et l'identité professionnelle qui seront analysées dans la partie suivante.

✓ **Abrégé** : Entre sport, éducation et santé : qu'est-ce qui fait réellement métier, au-delà des titres et des diplômes ?

# **APA**

**Un métier  
d'éducateur aux  
multiples  
spécialisations**

## Chapitre 26 : Métier ou profession ?

La distinction entre *métier* et *profession* prend une acuité particulière lorsqu'on l'applique aux éducateurs APA. Dans les discours institutionnels comme dans les référentiels, en particulier le *Référentiel d'activité et de compétences de l'EAPA* (SFP-APA, 2015), **les termes métier, profession et emploi** sont mobilisés de manière interchangeable pour qualifier l'identité sociale et le périmètre d'action des EAPA. Cette indistinction, loin d'être anecdotique, traduit une difficulté structurelle à stabiliser les fondements d'une profession émergente.

Le référentiel cherche légitimement à consolider une **identité professionnelle**. Cependant, l'usage simultané de *métier*, *profession*, *emploi-type* et *situation-type* témoigne d'une oscillation constante entre deux registres :

- ◆ une **logique d'analyse du travail**, centrée sur la description des activités, issue notamment des approches du CEREQ (méthode ETED) ;
- ◆ une **logique de reconnaissance professionnelle**, visant à affirmer un statut, définir un périmètre et légitimer une expertise spécifique.

Cette hybridation conceptuelle, jamais explicitée, révèle les **tensions internes à la professionnalisation** du champ de l'APA : multiplicité des statuts (salarié, autoentrepreneur, libéral), hétérogénéité des structures (hôpital, médico-social, scolaire, sport, insertion), et proximité de métiers dont les prérogatives se chevauchent (kinésithérapeutes, éducateurs sportifs, professeurs d'EPS, coachs sportifs).

Le résultat est un référentiel à la fois riche empiriquement et **fragile conceptuellement**, car il rend difficile la délimitation précise du « périmètre professionnel » des EAPA.

Cette confusion témoigne également de l'évolution du **contenu réel du travail** : diversification des contextes d'intervention (rééducation, prévention, inclusion scolaire, santé publique, remobilisation sociale), recomposition des missions et redéfinition des frontières entre métiers éducatifs, soignants ou socio-sportifs.

Les transformations réglementaires successives, des anciennes nomenclatures professionnelles aux cadres plus récents comme le RNCP ou les recommandations HAS, participent-elles aussi à ces glissements conceptuels en modifiant les formes de légitimation.

Enfin, un phénomène plus large pèse sur cette indistinction : la tendance contemporaine à **confondre métier, qualification et compétence**. L'usage des *fiches compétences* des diplômes inscrits au RNCP comme substitut de définition du métier en est un exemple typique. Cette logique par compétences, centrée sur le *faire*, tend à réduire le métier à un inventaire de capacités opérationnelles, invisibilisant ses dimensions collectives (éthique, identité, autonomie, régulation, responsabilité). Elle accentue ainsi la difficulté pour les EAPA de revendiquer une reconnaissance professionnelle pleine et stable.

Dès lors, une double interrogation s'impose :

◆ **qu'entend-on par métier et par profession ?**

◆ Et surtout : les éducateurs APA exercent-ils aujourd'hui un **métier spécifique** ou sont-ils engagés dans un processus de professionnalisation les conduisant à constituer une profession à part entière ?

## 1. La notion de métier

Le terme « métier » recouvre plusieurs acceptions, oscillant entre l'appartenance à un groupe professionnel et l'exercice d'une activité spécifique. En France, il constitue un outil d'organisation du travail à travers des nomenclatures professionnelles régulièrement actualisées.

- Selon **Lescure (2013)**, trois niveaux se distinguent : l'occupation, le métier et la profession sont hiérarchisés. L'occupation implique une forte subordination et se distingue du « métier », qui nécessite la maîtrise d'un savoir-faire et offre une carrière distincte de celle de la

« profession », associée à une plus grande autonomie et à un certain prestige<sup>44</sup>.

- Pour Descolonges, le métier se définit comme l'exercice **d'un art** fondé sur **une technique spécifique** : façonner, cartographe, etc.<sup>45</sup>

- De son côté, Geneviève Latreille souligne que le métier repose sur un ensemble défini de connaissances et/ou de compétences qui rendent ceux qui l'exercent **non interchangeables**<sup>46</sup>.

- Pour Claire Tourmen, **le métier** émerge lorsque des acteurs se regroupent pour définir et défendre des savoir-faire spécifiques, une identité partagée et un espace de compétence reconnu alors que **la profession** représente un stade plus abouti<sup>47</sup>.

Ainsi, le métier dépasse l'idée d'une polyvalence indifférenciée : il désigne l'exercice d'un art singulier, non réductible à d'autres formes d'activité. Il constitue à la fois un **principe de différenciation** et un **instrument de structuration du marché du travail**, en régulant l'accès aux emplois et la reconnaissance des qualifications. S'il ouvre généralement à un emploi salarié, certaines professions, telles que celles de notaire ou d'artisan, relèvent d'une logique d'exercice autonome.



**Un métier** peut être défini comme une activité professionnelle socialement reconnue, structurée par des savoir-faire spécifiques, un corpus de connaissances partagées et des valeurs communes au sein d'un collectif.

**Un métier** se distingue par les savoirs mobilisés, les finalités sociales et le cadre institutionnel qui le reconnaît.

---

<sup>44</sup> Lescure E. (2013). « *Métiers et professions* », in Jorro A. (dir.), Dictionnaire des concepts de la professionnalisation, Paris, De Boeck Supérieur, p. 189.

<sup>45</sup> Descolonges M. (1996). *Qu'est-ce qu'un métier ?* Paris, PUF.

<sup>46</sup> Latreille G. (1980). *La naissance des métiers en France, 1950-1970*. Études psychosociales, PUL

<sup>47</sup> Tourmen C. 2007. *Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion*, Santé publique, Vol. 19.

## Les critères sociologiques de reconnaissance d'un métier

La qualification d'un métier suppose classiquement :

- ◆ un groupe professionnel doté d'une autonomie relative,
- ◆ une délimitation claire des compétences,
- ◆ une régulation collective,
- ◆ une reconnaissance institutionnelle stabilisée.

Or, comme l'a montré Claire Perrin dans son analyse du territoire professionnel des enseignants APA en contexte médical (Santé publique, Hors-série, 2016, pp. 141-151), les EAPA occupent une position « indéterminée », située entre l'exigence d'une spécialisation scientifique, héritée de la formation universitaire STAPS et l'absence d'un territoire professionnel clairement stabilisé. Cette indétermination explique la difficulté à les inscrire pleinement dans une définition classique du métier.

Cette situation intermédiaire montre que la seule notion de métier ne suffit pas à caractériser les EAPA. Pour comprendre les enjeux de reconnaissance, il convient désormais d'examiner la notion plus exigeante et institutionnalisée de profession.

## 2. La notion de profession

Cette notion a été largement explorée par les sociologues anglo-saxons, notamment Everett C. Hughes (1958, 1963), Harold Wilensky (1964), Éliot Freidson (1970, 1986, 2001) et Andrew Abbott (1988), qui en ont proposé des conceptualisations distinctes autour des processus de professionnalisation, des formes d'autonomie, des systèmes de juridiction et des rapports de force avec d'autres professions.

En France, des chercheurs tels que Jean-Michel Chapoulie (1969, 1973), Claude Dubar et Pierre Tripier (1998) ont prolongé ces analyses, en soulignant la dimension historique, identitaire et institutionnelle de la construction des professions.

Dans cette perspective, la notion de profession désigne **un groupe social** organisé de travailleurs exerçant un même métier et se réclamant d'une appellation commune (médecin, artisan...).

Ces groupes se structurent en corps professionnels, associations, sociétés savantes ou fédérations, afin de définir des droits, des normes et des règles spécifiques, à l'instar de la SFP-APA avec son Référentiel professionnel :

- ◆ la préservation de savoir-faire spécifiques et d'un monopole d'accès,
- ◆ la régulation des diplômes et des formations,
- ◆ l'élaboration de règles déontologiques,
- ◆ une reconnaissance juridique et institutionnelle.

Une profession tend également à exercer un contrôle exclusif sur son champ d'activité, en limitant l'accès au marché du travail, à l'instar de la fonction publique<sup>48</sup>. Sa légitimité repose souvent sur une réglementation étatique, comme en témoigne le cas des chirurgiens-dentistes, régis par le *Code de la santé publique*.

Ainsi, une profession peut être définie comme **un métier institutionnalisé**, bénéficiant d'une **reconnaissance juridique**, académique et sociale, fondée sur un corpus de savoirs, de diplômes et de règles formalisées.

 **Une profession** désigne un métier institutionnalisé, reconnu juridiquement, socialement et académiquement, fondé sur un corpus de savoirs formalisés et un encadrement collectif.

### 3. Résumé

**Le métier** désigne une activité structurée par des compétences et des savoir-faire : *c'est ce que l'on fait*.

**La profession** renvoie à la reconnaissance institutionnelle d'un métier régulé, légitimé et structuré : *c'est ce que l'on est autorisé et reconnu à faire*.

Dans le cas des éducateurs APA, la question demeure ouverte : leurs activités et compétences configurent-elles un métier spécifique ou les

---

<sup>48</sup> Dubar C., Tripier P. & Boussard V. *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, 2015.

EAPA se situent-ils déjà dans un processus de professionnalisation en cours, sans toutefois disposer d'un territoire stabilisé ?

Pour répondre à cette interrogation, les chapitres suivants analyseront plus précisément les emplois-types, l'identité professionnelle et les formes de structuration du métier dans les différents secteurs d'intervention.

#### 4. Commentaires

Nous considérons que les éducateurs APA ne disposent pas de savoirs exclusifs au sens où l'entend la sociologie des professions. Leur spécificité réside davantage dans une configuration singulière de compétences articulant sciences du sport (STAPS), pratiques éducatives et intervention dans les contextes de santé, d'inclusion et du médico-social.

Leur légitimité est donc moins fondée sur l'exclusivité d'un savoir que sur la reconnaissance institutionnelle d'un positionnement situé **entre rééducation, éducation physique et accompagnement social**. Cette position interstitielle explique la difficulté à stabiliser leur statut professionnel, mais elle constitue également la richesse d'un métier en construction, caractérisé par la pluralité des registres d'intervention et la diversité des contextes d'exercice.

Cette position interstitielle éclaire la fragilité d'un processus de professionnalisation encore inachevé, qui sera examinée plus en détail dans les chapitres consacrés à la définition des emplois-types et aux tensions identitaires du métier.



## Chapitre 27 : Qu'est-ce qu'un emploi-type ?

En France, la notion d'*emploi-type* s'inscrit dans une longue histoire de classification des activités professionnelles. Dès le XIX<sup>e</sup> siècle, face à l'incertitude et à la variabilité des appellations selon les entreprises, secteurs ou régions, une nomenclature des emplois a été instaurée.

À partir de 1945, ces classifications ont été intégrées dans les **conventions collectives nationales du travail (CCNT)** et dans les livrets de la fonction publique. Encadrées par des commissions paritaires réunissant syndicats et employeurs, elles régulent l'exercice professionnel dans les secteurs public et privé. C'est le cas par exemple, de **l'emploi d'EAPA**, créé en 2023, dans la fonction publique hospitalière.

### 1. La notion d'emploi

L'emploi est né de la division du travail : **un même métier de base peut correspondre à plusieurs emplois** ou postes-types.

Il vise à circonscrire des compétences en lien avec le marché du travail. Il traduit la spécialisation d'un métier et fixe les conditions d'exercice ainsi que le titre auquel un salarié peut prétendre.

En France, le métier reste l'unité structurante de l'emploi, organisée sous forme de nomenclatures, telles que :

- ◆ les **Familles professionnelles (FAP)** du ministère du Travail,
- ◆ le **Répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME)** de l'ANPE (aujourd'hui France travail).

Cependant, l'analyse de ces classifications révèle une distinction souvent floue entre *métier* et *emploi*.

### 2. Exemple : la fiche ROME K2107

La fiche **K2107** est rattachée à la famille des métiers des services à la personne et à la collectivité, plus précisément au sous-domaine « formation initiale ou continue ». Elle regroupe 13 métiers, dont celui de *professeur d'enseignement général du second degré*, et elle

identifie 43 emplois-types. Parmi eux figure le **professeur d'éducation physique et sportive (EPS)**, défini comme un enseignant chargé de transmettre une discipline en conformité avec les programmes nationaux.

 **Tableau** : synthétique de la fiche ROME K2107

Rubrique	Contenu
14 Domaines	Dont le domaine K : les métiers des services à la personne et à la collectivité
26 sous-domaines	Dont le 21 : les métiers de la formation initiale ou continue
13 métiers	Dont le 07 : « professeur d'enseignement général du second degré »
<b>43 emplois-types de ce métier</b>	Dont celui de <b>Professeur EPS</b>
Missions principales	Enseignement le discipline selon les programmes de l'Éducation nationale
Conditions d'accès	Master ou diplôme équivalent exigé ; accès généralement via le concours CAPEPS

En 1974, le Centre d'études et de recherches sur les qualifications (CEREQ) a publié un Répertoire français des emplois (emplois-types).

Ce centre d'études précise que l'emploi-type regroupe des situations de travail communes, un type d'établissements, un type de population, d'équipements, de documents, une spécialisation professionnelle et des modalités d'accès (CEREQ, cahier 8, 1978).

Pour « l'observatoire des métiers et qualifications », un emploi correspond à un ensemble de postes de travail très proches les uns des autres, du fait de finalités et d'activités communes et de compétences proches ou similaires.

L'emploi-type regroupe plusieurs emplois présentant des finalités ou missions, des activités principales et des compétences proches ou similaires. Dans ce cadre, le professeur d'EPS est un emploi spécifique d'enseignant.

### 3. L'emploi-métier dans les CCNT

Dans les CCNT, les fiches d'emplois décrivent avec plus ou moins de précision les contours d'un exercice professionnel : missions, responsabilités, conditions d'accès.

La lettre d'embauche, document contractuel essentiel, en fixe les éléments constitutifs : intitulé du poste, date de prise de fonction, nature des missions, responsabilités, lieu, période d'essai, rémunération, modalités de progression, règles de préavis, régimes de retraite complémentaire, etc.

👉 Le titre d'un emploi n'est donc pas une auto-désignation : il est défini par la convention collective et il figure sur la fiche de paie.

Les CCNT sont nombreuses : au moins une dizaine dans le secteur médico-social. Elles font état d'une diversité d'emplois et de titre dont certains sont rarement actualisés.

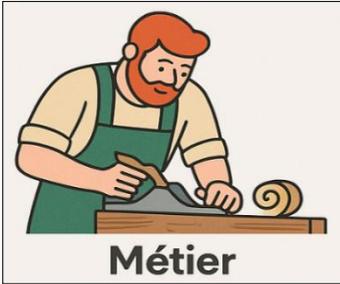
### 4. Résumé

Un **emploi-type** correspond à une situation concrète d'exercice professionnel définie par un ensemble précis de tâches, de compétences et de responsabilités spécifiques, identifié par une fiche métier ou un référentiel professionnel.

En l'absence de clarification des spécialisations professionnelles, les CCNT du secteur sanitaire, médico-social, social et associatif peinent à reconnaître et formaliser de nouveaux emplois-types décrivant l'exercice professionnel des éducateurs APA.

L'appellation d'EAPA, trop générique et focalisée sur la fonction d'enseignement, ne parvient pas à rendre compte de la diversité des emplois du métier d'éducateur physique réellement exercés, ce qui entretient une forme d'invisibilité institutionnelle et fragilise la reconnaissance.

🔍 Qu'est-ce qu'un métier, une profession, un emploi ?



Le **métier** désigne une activité dont l'art d'exercer est spécifique.



La **profession** regroupe des individus exerçant un même métier ou une spécialisation d'un métier.



L'**emploi** est le poste effectivement occupé par un travailleur dans une structure donnée.



L'**emploi-type** désigne une spécialisation du métier exercé, répertoriée dans une CCNT.

## Chapitre 28 : Un seul métier pour encadrer les AP

Au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, le renouveau de la gymnastique et l'apparition de formes modernes d'exercice physique (éducation physique, sport) créent les conditions d'émergence d'un métier dont l'art consiste à « professer » une éducation physique ou sportive. Ce métier se structure progressivement, à mesure que se développent les pratiques, les institutions et les premières régulations étatiques.

### 1. L'invention du métier d'éducateur physique

Dès le XIX<sup>e</sup> siècle apparaissent des désignations spécifiques d'enseignants ou de praticiens de l'éducation du physique :

- 1848 : maître de savate	- 1906 : maître-nageur
- 1869 : maître de gymnastique	- 1907 : professeur de gymnastique
-1882 : maître d'escrime sportive	-1933 : professeur d'éducation physique

Une première législation vient administrer l'enseignement de la gymnastique scolaire dès 1869.

Au XX<sup>e</sup> siècle, pour répondre aux risques liés à certaines pratiques ou environnements spécifiques, l'État légifère sur certains emplois du métier : maître d'escrime (1919), maître-nageur marinier (1923), moniteur de gymnastique médicale (1942), guide de haute montagne (1948), moniteur de ski (1948), maître-nageur sauveteur (1951), professeur de judo et jiu-jitsu (1955), etc.

### 2. Un seul métier : éducateur physique ou éducateur sportif

Face au développement rapide de ce métier, l'État décide en 1963 de réglementer « la profession d'éducateur physique ou sportif »<sup>49</sup>.

♦ **Rappel** : une profession regroupe des travailleurs exerçant un même métier sous une appellation commune, souvent structurés en

---

<sup>49</sup> Loi n° 63-807 du 6 août 1963 réglementant la profession d'éducateur physique ou sportif.

organisations visant à préserver leurs savoir-faire, encadrer la formation et restreindre l'accès à leur domaine.

Dès l'origine, le législateur précise que si les conditions d'exercice ne garantissent pas la sécurité ou la santé morale et physique des pratiquants, des mesures allant jusqu'à l'interdiction définitive peuvent être prises.



**À noter :** si certains discours opposent traditionnellement « éducateur sportif » et « éducateur en APA », cette distinction binaire, largement reprise dans les textes institutionnels et certaines analyses sociologiques, s'éloigne des réalités de terrain.

Dans les secteurs du sport-santé, de la prévention ou du loisir actif, les pratiques s'entrecroisent et mobilisent des compétences proches. Il est donc plus pertinent de penser une différenciation fonctionnelle fondée sur les contextes, les publics et les finalités, plutôt qu'une opposition artificielle entre deux métiers séparés.

### 3. Un art de professer réglementé

Le métier d'éducateur physique et sportif est défini comme **l'art de professer** l'éducation physique dans son acception la plus large, consistant à former et accompagner par le mouvement, au sein de dispositifs dépassant le seul cadre scolaire.



Titre 1<sup>er</sup> de la loi de 1963 : « profession d'éducateur physique et sportif » :

Art. 1<sup>er</sup>. — Nul ne peut professer contre rétribution l'éducation physique ou sportive, à titre d'occupation principale ou secondaire, de façon régulière, saisonnière ou accidentelle ni prendre le titre de professeur, de moniteur, d'aide moniteur ou de maître d'éducation physique ou sportive ou tout titre similaire s'il ne répond aux conditions suivantes :

- L'article 2 de la loi stipule que le métier doit s'exercer dans des conditions offrant des garanties suffisantes en matière de santé physique et morale, notamment pour les publics fragilisés par une infirmité ou un état pathologique.

● Titre 2 de la loi de 1963 : « établissements d'éducation physique ou sportive » :

Art. 4. — Nul ne peut exploiter à quelque titre que ce soit une salle, un gymnase, un cours et d'une manière générale un établissement d'éducation physique ou sportive où exercent une ou plusieurs personnes professant dans les conditions prévues à l'article 1<sup>er</sup>, s'il ne remplit pas les conditions prévues par le 1<sup>o</sup> de l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus et si l'établissement ne présente pas les garanties suffisantes d'hygiène, de technique et de sécurité définies par arrêté conjoint du ministre de l'éducation nationale et du ministre de la santé publique.

Pour compléter cette première législation, un arrêté, publié en 1965 réglemente l'usage des titres professionnels<sup>50</sup>.

◆ **Quatre titres** (d'emplois-métiers) **permettant d'exercer le métier d'éducateur physique** : professeur, maître, moniteur et aide-moniteur).

◆ Pour les **éducateurs sportifs**, le titre doit correspondre à leur discipline sportive, répertoriée (guide haute montagne, maître d'armes, moniteur de ski, maître-nageur sauveteur, professeur de tennis...).

Après la publication de ces deux premiers textes, des décrets sont régulièrement émis afin de préciser la liste des diplômes nécessaires pour exercer cette profession.

#### 4. Un métier protégé

Depuis 1989, tout professionnel rémunéré (salarié, travailleur indépendant...) qui met en œuvre des activités physiques doit se déclarer auprès de l'État.

► Il doit justifier d'une **carte professionnelle** « d'éducateur sportif » renouvelable tous les 5 ans (à l'exception des militaires et de certaines catégories de fonctionnaires).

► Il doit également attester, à tout moment, des compétences nécessaires pour encadrer les APS qu'il met en œuvre.

<sup>50</sup> Arrêté du 30 juillet 1965 fixant la liste des diplômes ouvrant droit à la profession d'éducateur physique ou sportif.

Par ailleurs, un **Répertoire national des Certifications professionnelles** (RNCP) recense, depuis 2002, tous les diplômes et certifications à finalité professionnelle de ce métier.

Enfin, un **Code du sport** (2004), régulièrement actualisé, identifie tous les diplômes permettant de l'exercer.

Des lois, décrets, arrêtés et circulaires définissent et précisent la réglementation de l'intervention par l'exercice physique.

## 5. Qui peut exercer le métier d'éducateur physique ou sportif

« Seuls peuvent, contre rémunération, enseigner, animer ou encadrer une activité physique ou sportive ou entraîner ses pratiquants, à titre d'occupation principale ou secondaire, de façon habituelle, saisonnière ou occasionnelle, les titulaires d'un diplôme, titre à finalité professionnelle ou certificat de qualification :

- ◆ garantissant la compétence de son titulaire en matière de sécurité des pratiquants et des tiers dans l'activité considérée ;
- ◆ et enregistré au répertoire national des certifications professionnelles ».

« Lorsque l'activité mentionnée s'exerce dans un environnement spécifique impliquant le respect de mesures de sécurité particulières, seule la détention d'un diplôme permet son exercice ».

Depuis mai 2024 (décret n° 2024-419), « l'obtention d'un certificat d'aptitude à l'encadrement en sécurité de certaines activités physiques ou sportives peut en outre être exigée afin de vérifier le maintien des compétences professionnelles en matière de sécurité des pratiquants et des tiers ».

## 6. Résumé

Le métier d'éducateur physique ou sportif, né au XIX<sup>e</sup> siècle avec la gymnastique et les premiers sports modernes, s'est progressivement structuré et institutionnalisé.

D'abord multiple (maîtres, moniteurs, professeurs), il est unifié par la loi de 1963 et fait depuis l'objet d'une réglementation stricte.

Son exercice exige aujourd'hui :

- ◆ un diplôme reconnu par le Code du sport et inscrit au RNCP,
- ◆ une carte professionnelle,
- ◆ le respect d'obligations de sécurité et de qualification,
- ◆ et, dans certains cas, un certificat d'aptitude spécifique.

Ce chapitre retrace ainsi l'émergence et la régulation de ce métier. Le chapitre suivant précise ce qui en constitue l'identité professionnelle, à travers ses missions, ses compétences et ses fonctions.

## Un seul métier pour encadrer les AP



**Éducateur physique ou éducateur sportif**



**Un art de professer réglementé**  
1963 : réglementation de profession



**Une carte professionnelle**  
À partir de 1989 : déclaration obligatoire



**Un diplôme homologué**  
Depuis 2002 : enregistrement des diplômes



**Qui peut exercer le métier d'éducateur physique ou sportif**

- Titulaire d'un diplôme ou titre
- Compétence en matière de sécurité

## Chapitre 29 : L'identité de ce métier

Définir l'identité du métier d'éducateur physique suppose d'en préciser les missions, les compétences, les fonctions et les cadres de référence, afin de mieux comprendre la diversité de ses pratiques et la cohérence de son rôle social.

### 1. Définition générale

Le métier d'éducateur physique ou sportif peut être défini comme l'art :

**d'éduquer, former, instruire, professer et accompagner** des publics de tous âges, y compris ceux en situation de vulnérabilité, dans la gestion active de leur corps (et pas seulement) et de leur santé par l'activité physique.

Cet éducateur mobilise des savoirs et des compétences visant à **transformer durablement les conduites motrices, méthodologiques et sociales**, au moyen d'interventions diversifiées (enseignement, entraînement, animation, accompagnement).

**Les visées de ses interventions** (découverte, perfectionnement, performance) et **les finalités** (loisir, entretien, prévention, réadaptation, compétition...) se déclinent selon des spécialisations professionnelles (emplois-types) : *professeur d'EPS, entraîneur, éducateur sportif, éducateur médico-sportif ou intervenant sport-santé*.



**À noter** : la plupart des fiches RNCP des diplômes du code du sport font référence au code ROME : « **éducation en activité sportive** ».



Au cœur de cette pluralité d'interventions et de finalités se trouve une constante : **la mission éducative constitue le socle identitaire de ce métier**.

## 2. Une mission d'éducation

La finalité première de l'éducateur physique est **d'éduquer**. Cet accompagnement intentionnel, explicite ou implicite, vise à soutenir les apprentissages et le développement global des individus. Il contribue à l'acquisition de connaissances, de compétences, d'attitudes et de valeurs favorisant l'épanouissement personnel, la santé, la culture et l'intégration sociale.

## 3. Les compétences clés

Trois compétences structurent l'identité de ce métier :

- ◆ **Techniques** : aptitude à sélectionner, adapter et sécuriser les activités physiques en fonction des caractéristiques des pratiquants.
- ◆ **Pédagogiques** : capacité à transmettre efficacement savoirs et savoir-faire en tenant compte des différences individuelles et des objectifs poursuivis.
- ◆ **Relationnelles** : habilité à instaurer une relation empathique et motivante, favorisant l'engagement actif des participants.

## 4. Les composantes de ce métier

L'analyse **des compétences attendues** telles qu'elles figurent dans le RNCP et dans le CS, mettent en évidence que ce métier consiste, à des degrés divers selon le niveau de qualification des éducateurs, à **concevoir, encadrer, conduire et évaluer** des actions<sup>51</sup>.

- ◆ **Encadrer** des activités physiques auprès de publics divers, en assurant la sécurité et l'intégrité des pratiquants, des tiers et des lieux de pratique.
- ◆ **Concevoir et coordonner** des projets d'intervention, en tenant compte des caractéristiques des publics, des objectifs fixés, des ressources disponibles et des modalités d'évaluation.
- ◆ **Conduire** ces projets en animant des séances adaptées, en mobilisant des techniques, des contenus culturels et des modèles

---

<sup>51</sup> Voir sur ce sujet Brier P. (Janvier 2025). *La fiche RNCP : un référentiel de compétences*, post publié sur la page LinkedIn de l'auteur.

pédagogiques pour transformer les conduites motrices, cognitives, sociales et affectives.

✦ **Évaluer** en permanence les apprentissages, les projets et les conduites, afin de rendre compte aux pratiquants et aux structures.

## 5. Les fonctions exercées

L'éducateur physique peut assumer plusieurs **fonctions**, principales ou secondaires. Le métier ne se réduit donc pas à l'une d'entre elles. Il s'inscrit de ce fait dans une pluralité de rôles et de responsabilités :

✦ **Enseignant** : permettre aux apprenants de s'approprier des savoirs et des savoir-faire à partir d'un programme et de contenus identifiés (discipline formalisée). Cette fonction implique : l'appui sur des contenus définis et pertinents ; la mise en œuvre de méthodes pédagogiques planifiées ; une évaluation régulière des apprentissages ; l'articulation entre la logique didactique (définition et organisation des contenus) et la logique pédagogique (modalités de transmission et d'accompagnement).

✦ **Animateur** : favoriser la participation et l'investissement des pratiquants en stimulant leur engagement, en suscitant le plaisir du jeu, de l'effort et de l'émulation, et en créant des situations éducatives inclusives et motivantes.

✦ **Entraîneur** : développer et perfectionner les habiletés techniques et tactiques des pratiquants en vue d'objectifs de performance. Cette fonction mobilise la planification de cycles d'entraînement, la répétition d'exercices spécifiques et l'ajustement progressif des charges de travail.

✦ **Accompagnateur** : guider les apprentissages dans des situations faiblement directives, souvent individualisées, en tenant compte des rythmes, besoins et caractéristiques propres de chaque pratiquant. Cette fonction met l'accent sur l'autonomie, la responsabilisation et la construction d'un projet personnel.

## 6. Le cadre déontologique

Tout professionnel justifiant des diplômes requis exerce ce métier en référence à des règles (morales, éthiques, juridiques...) inscrites dans la plupart des fiches RNCP : « exercer en autonomie son activité d'encadrement, en utilisant le support technique défini par la mention ; transmettre une technicité minimum indispensable à une mise en activité en sécurité et en adéquation avec le niveau du public visé ; garantir aux pratiquants et aux tiers des conditions de pratique sécuritaires dans l'environnement concerné ; faire découvrir l'activité et susciter l'envie de poursuivre en établissant une relation positive avec la pratique... »

## 7. L'inscription dans les politiques publiques

L'éducateur physique contribue activement aux orientations des politiques publiques :

- 🎯 Prévention et éducation à la santé,
- 🎯 Éducation à la citoyenneté et au développement durable,
- 🎯 Prévention des maltraitances,
- 🎯 Inclusion sociale et lutte contre les exclusions,
- 🎯 Égalité des droits et des chances.

## 8. Résumé

L'identité de l'éducateur physique se fonde sur une **mission éducative commune**, une combinaison de compétences, des fonctions multiples et un cadre éthique et institutionnel. Il ne se réduit pas à un technicien de l'exercice, mais se situe au croisement de l'**éducation**, de la **santé**, de la **citoyenneté** et du **lien social**.

Ce chapitre éclaire ainsi la **pluralité et la complexité** d'un métier dont l'unité éducative cohabite avec une diversité de pratiques et de spécialisations.

## Chapitre 30 : De nombreux diplômes pour un métier

L'exercice du métier d'éducateur physique ou sportif est conditionné par la possession d'un diplôme inscrit au Code du sport (CS) et au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP).

Le code du sport recense **11 catégories de diplômes**, représentant environ **235 titres**, répartis en **85 rubriques APS**, soit environ **500 combinaisons possibles**.

👉 **Exemple** : une même activité, comme le paddle, peut être encadrée par plus de **30 diplômes différents**.

### 1. Une pluralité de diplômes et de fonctions

L'analyse du CS et des fiches RNCP montre que la plupart de ces diplômes permettent d'encadrer une ou plusieurs APS sous différentes formes : initiation, enseignement et entraînement.

Cependant, la distinction entre ces fonctions est rarement précisée dans les textes.

◆ **Exemple 1** : le titulaire d'un DEJEPS APSA peut enseigner, entraîner, encadrer ou animer.

◆ **Exemple 2** : le titulaire d'une licence APAS peut intervenir en initiation, entretien ou loisir, mais non pour préparer la compétition, et son rôle auprès de publics spécifiques (santé, vieillissement, handicap) reste souvent flou. Il est seulement précisé qu'il peut exercer **un encadrement** des activités physiques ou sportives.

📄 **Remarque** : cette diversité constitue une richesse, mais elle engendre une fragmentation institutionnelle, une confusion des rôles et parfois une précarisation professionnelle.

### 2. Les onze catégories de diplômes

Afin de mieux comprendre la diversité et la complexité du paysage des certifications, il est nécessaire de distinguer les onze grandes catégories de diplômes recensées par le Code du sport, chacune

correspondant à des logiques de formation, de spécialisation et de reconnaissance professionnelle spécifique.

◆ **4 « mentions complémentaires »** « encadrement sportif » (MC) dans le champ de l'animation voire de l'enseignement sportif.

◆ **21 « titres à finalité professionnelle »** (TFP) d'animateur, enseignant ou entraîneur dans une discipline sportive.

◆ **35 « certificats de qualification professionnelle »** (CQP) d'animateur, accompagnant, voire enseignant ou entraîneur dans la discipline sportive de la mention.

◆ **38 « brevets professionnels de la jeunesse de l'éducation populaire et du sport »** (BPJEPS) d'animateur, enseignant ou entraîneur dans une discipline sportive à visée de découverte, d'initiation, de perfectionnement voire de préparation aux premiers niveaux de compétition dans un ou plusieurs des 45 sports.

◆ **71 « diplômes d'État de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport »** (DEJEPS) « perfectionnement sportif » pour l'enseignement, animation ou entraînement dans une perspective de perfectionnement sportif de l'activité visée par la mention considérée : activité exercée en qualité « d'entraîneur coordonnateur ».

◆ **44 « diplômes d'État supérieur de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport »** (DESJEPS) « performance sportive » pour l'enseignement, animation, encadrement ou entraînement dans une perspective de performance sportive de l'activité visée par la mention considérée : activité exercée en qualité de « directeur sportif ».

◆ **1 « diplôme d'études universitaires générales »** (DEUG) pour l'animation des APS à un niveau d'initiation, d'entretien ou de loisir à l'exclusion des pratiques compétitives.

◆ **7 « diplômes d'études universitaires scientifiques et techniques »** (DEUST) pour la découverte, l'animation et l'initiation des APS à l'exclusion des pratiques compétitives pour 2 mentions. Trois de ces DEUST permettent l'encadrement de toutes APS visant l'amélioration de l'intégration sociale ou la prévention du vieillissement et/ou à entretenir et à améliorer la condition physique d'un public spécifique de l'option considérée.

◆ **3 « licences généralistes ou classiques »** pour l'enseignement (réservé à la seule licence EM) et l'animation des APS à un niveau

d'initiation, d'entretien ou de loisir à l'exclusion des pratiques compétitives. La licence APAS permet également l'encadrement des APS 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.

◆ **6 « licences professionnelles »** pour l'animation d'une ou plusieurs APS à un niveau d'initiation, d'entretien ou de loisir à l'exclusion pour certaines des pratiques compétitives. Une de ces licences permet également l'encadrement de toutes APS adaptées à la prévention du vieillissement, visant à entretenir et à améliorer la condition physique des publics seniors.

◆ **6 « diplômes d'état spécifiques »** pour l'animation, l'enseignement ou l'entraînement dans la discipline de sa mention (ski, alpinisme) et l'encadrement de la pratique de la gymnastique hygiénique d'entretien ou préventive dans les établissements d'activités physiques et sportives.

### 3. Les indicateurs de différenciation de ces diplômes

Au-delà des intitulés, ces diplômes se différencient par leur niveau de qualification, leur organisme certificateur et le volume de formation requis.

► **La qualification** : ces diplômes, mentions, brevets et certificats se distinguent par un niveau de qualification qui va de sans niveau (certains CQP) à niveau 7 (masseur-kinésithérapeute).

► **L'organisme certificateur** : les MC relèvent du ministère de l'Éducation nationale ; les TPF et CQP sont certifiés par la Commission paritaire nationale emploi formation du sport (CNEPS sport) ; les BPJEPS, DEJEPS et DESJEPS, et les diplômes d'État de la montagne relèvent du contrôle du ministère de la Jeunesse et des Sports ; un diplôme d'État est certifié par le ministère de la Santé ; le DEUG, les DEUST et licences sont certifiés par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

► **Le volume formation** : ces diplômes se différencient également par le volume de formation spécifique lié à l'option considérée : de 80 h à 1700 h de théorie et de 20 h à 900 h de stage. **Toutefois, cette**

**différence n'est pas toujours significative du niveau de qualification.**

 **À noter** : à l'exception de certains CQP, TFP et des licences classiques, la plupart de ces formations justifient d'un volume de stage pratique important (300 h à 750 h). Ce volume souligne l'importance d'une connaissance du terrain et d'une expérience professionnelle pour exercer ce métier.

#### 4. Quelques exemples de niveaux et de volumes de formation

Pour illustrer cette diversité, quelques diplômes représentatifs montrent l'ampleur des différences de niveaux et de volumes de formation.

✦ **Le TFP « moniteur de padel » (N4)** : le postulant doit être licencié à FFT et justifier d'un niveau de jeu, avant d'entrée en formation, équivalent à celui des joueurs et joueuses du premier tiers du classement fédéral : 260 h de théorie et 100 h de stage.

✦ **Le CQP « enseignant-animateur d'équitation » (N4)** : le postulant doit justifier d'un niveau de capacité équestre (galop 6) avant d'entrée et la formation comprend 750 h de théorie et 750 h de stage.

✦ **Le BPJEPS « activités physiques pour tous » (N4)** : la formation comprend 630 h de théorie plus 650 h de stage.

✦ **La MC (N4)** c'est 400 h de théorie et 400 h sur le terrain.

✦ **Le DEJEPS APSA et handisport** : le postulant doit justifier d'une expérience significative d'encadrement du public considéré et suivre une formation de 520 h de théorie et 450 h de stage pour le premier et 700 h plus 580 h pour handisport.

✦ **Le DEJEPS escalade (N5)** : le postulant doit justifier d'un niveau d'escalade (6c/7a) avant d'entrée et suivre une formation de 806 h de théorie et 560 h de stage.

✦ **Le DEUST PGAPSS seniors**, c'est 1000 h de théorie et 300 h de stage (Université de Strasbourg). **Le DEUST AGAPSC option aquatique**, c'est 1130 h de théorie et 600 h de stage (Université Lyon).

✦ **Le DEUST APSA**, c'est 1120 h de théorie et 400 h de stage (Université de Strasbourg).

✦ **La licence professionnelle SV APA** (seniors) est proposée après une licence 2 (ou sur dossier) et l'année L3 comprend 550 h de théorie et 350 h de stage (Université Claude Bernard Lyon 1).

✦ **La licence APA-santé** : l'étudiant doit justifier d'une licence 1<sup>ère</sup> année ou autres dispositions. La spécialisation APA (tout sauf tronc commun aux licences) est comprise entre 600 et 1000 heures dont 250 heures de stage.

## 5. Les prérogatives et lieux d'exercices

Les diplômes ne définissent pas seulement un niveau de qualification : ils conditionnent aussi les prérogatives d'intervention et les contextes professionnels dans lesquels l'éducateur peut exercer.

🎯 L'éducateur ou l'entraîneur plurivalent peut encadrer plusieurs APS.

🎯 L'éducateur ou l'entraîneur monovalent peut encadrer une APS de la mention de son diplôme.

🎯 Les éducateurs plurivalents et monovalents exercent le plus souvent dans des structures diverses suivant leur mention : dans le secteur public (collectivités territoriales et établissements publics) ou dans le secteur privé (structures commerciales ou associations, bases de loisirs, comités d'entreprises, centres de vacances...) ou en qualité de travailleur indépendant. Dans tous les cas, c'est la définition de l'emploi qui fait état du diplôme nécessaire pour postuler.

🎯 Les entraîneurs exercent principalement dans le secteur associatif affilié au mouvement fédéral et dans le secteur sportif professionnel.

🎯 Les éducateurs monovalents titulaires d'un CQP du CS, ont plutôt une fonction principale d'animateur et ils exercent, pour la plupart, de façon occasionnelle ou saisonnière à raison de 360 h par an.

🎯 Une partie des TFP sont des diplômes réservés aux militaires. Les autres sont attachés à une fédération et ils ont, le plus souvent, un rôle

d'entraîneur (football, handball, natation et tennis) à l'exception de l'équitation.

🎯 Les éducateurs plurivalents titulaires des 9 diplômes figurant à la rubrique multi-activités du CS ont essentiellement un rôle d'animateur d'AP/S : le DEUG, les 3 DEUST, la licence EM et APAS et les 3 licences professionnelles. Par ailleurs, 7 de ces diplômes universitaires ne peuvent pas encadrer des pratiques à visée de compétition : le DEUG, 1 DEUST, la licence EM et APAS et les 3 licences professionnelles ;

🎯 Les éducateurs titulaires d'un DEJEPS ou d'un DESJEPS ou de la licence entraînement sont des éducateurs-entraîneurs.

🎯 Pour de nombreux diplômes, le CS indique la seule fonction d'encadrement. Pour d'autres, cette fonction centrale d'encadrement est complétée par des informations qui précisent les modalités de l'intervention et qui renvoient pour l'essentiel au cœur du métier : « encadrement, initiation et conduite de cycles d'apprentissage ... »

## 6. Unités capitalisables et Certificats complémentaires

La spécialisation peut être renforcée par l'ajout d'Unités capitalisables complémentaires (UCC), de Certificats complémentaires (CC) ou de Certificats de spécialisation (CS), qui étendent les prérogatives de l'éducateur.

## 7. Résumé

Le **Code du sport** recense **235 diplômes répartis en 11 catégories**, permettant d'exercer le métier d'éducateur physique ou sportif. Cette diversité constitue une **richesse**, car elle offre des réponses adaptées à la pluralité des publics, des contextes et des finalités (loisir, compétition, santé, inclusion).

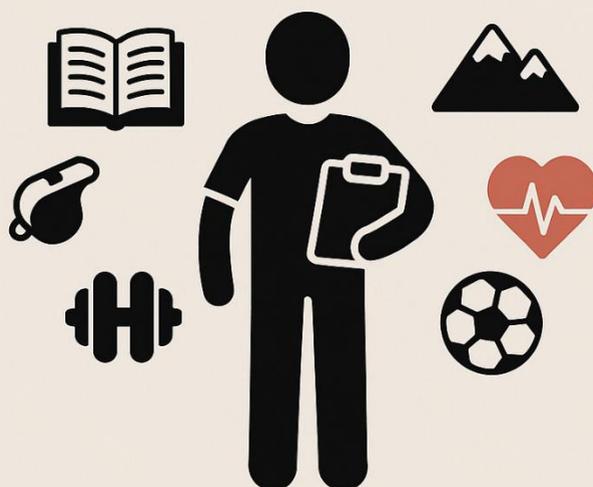
Mais elle engendre aussi une **fragmentation institutionnelle**, une **confusion des rôles** et parfois une **précarisation des intervenants**.

👉 L'enjeu majeur réside dans l'harmonisation et la clarification des prérogatives, afin de consolider l'identité professionnelle et la reconnaissance institutionnelle du métier.

# MÉTIER

Un art unique  
d'exercer

De nombreux diplômes  
pour un métier



## Chapitre 31 : Les différents emplois-types du métier

Le métier d'éducateur physique se définit par **la mission d'éduquer** l'ensemble des publics, quels que soient leur âge, leurs capacités ou leurs vulnérabilités, **à une gestion active, éclairée et responsable de leur corps et de leur santé par la pratique d'activités physiques.**

Selon les contextes institutionnels, les statuts et les missions assignées, **les emplois-types** en précisent les contours, révélant la diversité des formes d'exercice propres à ce champ professionnel.

Cette pluralité s'exprime dans la variété des secteurs d'intervention : *école, armée, institution pénitentiaire, armée, police, mouvement sportif*, entre autres, où l'éducateur physique adapte ses finalités et ses pratiques aux publics et aux objectifs spécifiques de chaque environnement.

### 1. Professeur EPS

Fonction publique d'État : école – élèves

**Mission :** permettre aux élèves de développer des compétences diverses par la pratique d'APS et artistiques en référence aux programmes EPS nationaux en vigueur ; contribuer à la formation d'un citoyen lucide, autonome, physiquement et socialement éduqué, dans le souci du vivre ensemble.

**Fiche emploi** d'un « professeur EPS » en collège (recrutement sur concours du CAPEPS) : les professeurs et les personnels d'éducation concourent à la mission première de l'École qui est d'instruire et d'éduquer afin de conduire l'ensemble des élèves à la réussite scolaire et à l'insertion professionnelle et sociale. Ils préparent les élèves à l'exercice d'une citoyenneté pleine et entière. Ils transmettent et font partager à ce titre les valeurs de la République. Ils promeuvent l'esprit de responsabilité et la recherche du bien commun, en excluant toute discrimination. Le professeur EPS a pour mission de construire, mettre en œuvre et animer des situations d'enseignement et d'apprentissage prenant en compte la diversité des élèves ; organiser et assurer un mode de fonctionnement du groupe favorisant l'apprentissage et la

socialisation des élèves ; évaluer les progrès et les acquisitions des élèves, accompagner les élèves dans leur parcours de formation ; coopérer au sein d'une équipe et contribuer à l'action de la communauté éducative ; coopérer avec les parents d'élèves et avec les partenaires de l'école ; s'engager dans une démarche individuelle et collective de développement professionnel.

## 2. Moniteur d'entraînement physique militaire et sportif<sup>52</sup>

Fonction publique d'État : Armée - militaires

**Mission** : améliorer et entretenir la condition physique ; contribuer à la préparation physique et mentale des soldats.

**Fiche emploi** d'un « moniteur EPMS » : sous statut militaire, il est chargé de la mise en œuvre de la politique sportive et des entraînements du personnel. Le moniteur doit assurer le maintien en condition physique militaire du personnel de la Marine nationale ; diriger les séances d'EPMS dans un souci permanent de sécurité du personnel ; faire passer les épreuves obligatoires annuelles et d'en contrôler les résultats ; organiser les compétitions ; animer une ou des sections des cercles sportifs de la Marine nationale.

## 3. Moniteur de sport

Fonction publique d'État : pénitentiaire - détenus

**Mission** : préserver la santé physique et mentale par la pratique régulière d'APS ; contribuer aux missions de sécurité, de réinsertion et de prévention de la récidive de personnes en détention **à besoins spécifiques**.

**Fiche emploi** contractuel de « moniteur de sport » dans un centre pénitentiaire : assurer la sécurité ; contribuer à la mission de réinsertion ; organiser et animer les activités sportives ; apporter des conseils techniques ; gérer les partenariats...

---

<sup>52</sup> Educateur sportif opérationnel

#### 4. Formateur en activités physiques professionnelles

Fonction publique d'État : Police - policiers

**Mission** : améliorer et entretenir la condition physique et former aux pratiques d'intervention ; assurer la formation initiale et continue des policiers de tous grades.

**Fiche emploi** d'un « formateur en activités physiques professionnel », réservé à un gardien de la paix ayant trois ans d'ancienneté : entraîner les personnels en tenue et civils aux techniques de défense, de gestion de stress, de gestion de menaces nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques, de maintien de l'ordre.

#### 5. Entraîneur : « Entraîneur-coordonnateur »

Domaine sportif (CCNT du sport) : Association sportive - licenciés

**Mission** : initier, perfectionner et entraîner tous types de pratiquants dans une ou plusieurs APS ; contribuer à la pratique d'activités physiques en loisir ou en compétition de pratiquants divers y compris **à besoins spécifiques**.

**Fiche emploi** d'un « éducateur sportif sport adapté » dans une association sportive, CCNT du sport (titre technicien groupe selon diplôme) : L'éducateur sportif en APSA aura pour mission de développer la pratique physique et sportive des personnes en situation de handicap sur les établissements médico-sociaux et dans les clubs para-accueillants du département. Il travaillera en collaboration avec le conseiller technique fédéral du département et la directrice régionale de la ligue sport Adapté afin de développer l'offre existante et de développer les relations avec les établissements médico-sociaux du département : mettre en place des séances APA ; accompagner les établissements dans leur affiliation à la FFSA ; proposer aux structures et aux licenciés annuels une offre sportive « Sport Adapté » (stages sportifs, journées d'animations sportives, compétitions, etc.) ; encadrer des séances d'APSA dans des clubs accueillant des parasportifs « Sport Adapté » ; organiser et encadrer des événements (journées promotionnelles, championnats et rencontres de loisirs et compétitives) ; encadrer des stages sportifs ou temps de répit...

## 6. Technicien : « Animateur sportif »

Domaine sportif (CCNT du sport) : association sportive ou de loisirs - licenciés

**Mission** : initier et perfectionner des pratiquants dans une ou plusieurs APS ; faciliter la découverte et à l'initiation activités physiques ou sportives diversifiées, à l'éducation à la citoyenneté et au respect de l'environnement auprès de tout public y compris à **besoins spécifiques**.

**Fiche emploi** « d'animateur sportif » dans un centre de remise en forme, CCNT sport (titre technicien groupe ...) : animer un circuit de cardio-training, accueillir les adhérentes, élaborer un programme personnalisé d'entraînement et régulièrement faire le point avec chaque adhérent ; assurer des cours collectifs tels que du renforcement musculaire ou encore des cours de Zumba.

## 7. Éducateur territorial des APS

Fonction publique territoriale : associations sportives territoriales - tout public

**Mission** : initier et perfectionner des pratiquants dans une ou plusieurs APS ; contribue au développement de la politique sportive au sein d'une collectivité locale.

**Fiche emploi** d'un « éducateur sport-santé » de la FPE titre « ETAPS », pour une Maison sport-santé : élaborer et animer des activités physiques adaptées en groupe, en intérieur et extérieur ; mettre en place des stages ou des animations promotionnelles du Sport Santé, dans les périodes définies par la responsable ; vérifier et entretenir le matériel utilisé ; accueillir les patients, effectuer un suivi et réaliser des bilans ; gérer le retour des bilans selon les procédures mises en place (mail, logiciel prescri'forme...) ; orienter les usagers vers les associations sportives.

## 8. Conclusion : un métier, des emplois-types

La diversité des **emplois-types** du métier d'éducateur physique illustre sa richesse, mais aussi sa fragmentation. Derrière des missions variées enseignement, entraînement, animation, accompagnement, se profile

une identité commune : **mettre l'activité physique au service de l'éducation, de la santé et de la société.**

 **Grille comparative des emplois-types**

<b>Titre de l'emploi</b>	<b>Lieu d'exercice Statut</b>	<b>Public concerné</b>	<b>Mission principale</b>
<b>Professeur EPS</b>	École (Fonction publique d'État)	Élèves	Éduquer par les APS en lien avec les programmes nationaux ; former un citoyen lucide et autonome.
<b>Moniteur EPMS</b>	Armée	Militaires	Maintenir et développer la condition physique ; préparer mentalement et physiquement.
<b>Moniteur de sport pénitentiaire</b>	Milieu carcéral	Détenus	Préserver la santé et participer à la réinsertion.
<b>Formateur en AP</b>	Police nationale	Policiers	Former à la condition physique et aux techniques d'intervention.
<b>Entraîneur-coordonnateur</b>	Associations sportives	Licenciés, publics à besoins spécifiques	Encadrer, initier et perfectionner la pratique compétitive ou de loisir.
<b>Animateur sportif</b>	Centres de remise en forme, associations	Tout public	Initier à des APS variées ; développer la citoyenneté et le vivre ensemble.
<b>Éducateur territorial APS (ETAPS)</b>	Collectivités territoriales	Tout public	Développer le sport santé et encadrer les pratiques physiques adaptées.

## Synthèse de la 5<sup>ème</sup> partie

L'éducateur physique ou sportif occupe une place singulière : **il relie des univers aussi variés** que *l'école, la santé, le sport associatif, l'armée ou les collectivités*.

Sa mission demeure la même, au-delà des contextes : éduquer par le corps, apprendre à se mouvoir pour mieux se connaître, préserver sa santé et vivre ensemble.

Autour de cette **vocation éducative** se déclinent plusieurs fonctions, enseigner, entraîner, animer, accompagner, portées par un ensemble de savoirs techniques, pédagogiques et relationnels.

Pourtant, cette unité se confronte à la complexité du réel. Le paysage des diplômes et des certifications, aussi foisonnant qu'hétérogène, reflète la diversité des publics et des finalités, mais engendre aussi des **brouillages** : multiplicité des titres, chevauchement des prérogatives, **confusion** entre métier, emploi et profession.

Sur le terrain, les emplois-types traduisent cette pluralité : professeur d'EPS, éducateur hospitalier, entraîneur, animateur territorial... autant de figures différentes qui incarnent, chacune à leur manière, le même geste professionnel : **encadrer, concevoir, conduire et évaluer des pratiques physiques adaptées et sécurisées**.

Ce constat appelle un commentaire critique. La cinquième partie montre bien que l'éducateur tire sa légitimité de l'unité de sa **mission éducative**, mais que cette légitimité est fragilisée par la dispersion des formes d'exercice et la fragmentation institutionnelle.



## 6<sup>ème</sup> partie : Spécialisation et identité professionnelle

Cette dernière partie analyse l'évolution de l'APA **comme champ de spécialisation professionnelle** issu des sciences du sport. Elle met en lumière la manière dont cette spécialisation a progressivement conquis une légitimité académique et sociale, tout en étant partiellement reconnue dans le champ de la santé.

Nous dégageons trois points clés :

◆ **Construction universitaire** : L'APA s'est progressivement constituée en un parcours universitaire autonome, structuré autour de formations diplômantes de niveaux variés, licence, master et doctorat, destinées à développer des compétences graduées. Ce dispositif académique permet néanmoins aux titulaires de ces grades, d'accéder à des fonctions spécialisées d'accompagnement auprès de publics présentant des besoins spécifiques, notamment les personnes en situation de handicap, les sujets vieillissants ou atteints de pathologies chroniques.

◆ **Professionnalisation et identité** : l'EAPA tente d'incarner un nouveau métier ou plutôt une profession avec un profil hybride entre l'éducateur physique et le soignant. Cette identité reste cependant très fragile (discutable) en l'absence de reconnaissance officielle dans la nomenclature des professions de santé.

◆ **Tensions de légitimité** : l'ouverture réglementaire à d'autres professionnels (éducateurs sportifs, kinésithérapeutes...) crée une concurrence de fait, qui menace la spécificité du champ APA et génère des tensions entre acteurs.

✔ **Abrégé** : l'APA en tant que spécialisation universitaire, est confrontée à une reconnaissance partielle et à des enjeux de légitimité dans le paysage des interventions par l'AP.

# **APA**

**un éducateur  
aux nombreux  
emplois-types**

## Chapitre 32 : Les diplômes spécialisés APSA

L'intervention éducative et sportive auprès de personnes à besoins spécifiques a progressivement conduit à la création de formations spécialisées. Ces diplômes visent à doter les éducateurs physiques et sportifs **de compétences expertes** pour concevoir et encadrer, de façon rémunérée, des **activités physiques et sportives adaptées (APSA)**.

On distingue trois grands ensembles de formations au titre de la rubrique APSA du Code du sport :

1. Les **formations universitaires** relevant du domaine APA (DEUST, licences professionnelles, licence généraliste) ;
2. Les **formations relevant du ministère chargé des sports** (DEJEPS et DESJEPS) ;
3. Les **formations du champ de la santé** (diplôme de masseur-kinésithérapeute).

Toutefois, ces diplômes **n'ont pas l'exclusivité de l'intervention** : en pratique, seules les conventions collectives (CCNT) définissent les emplois qui leur sont réservés, et peuvent en limiter ou en élargir l'accès.

### 1. La notion d'APSA

Le terme **activités physiques et sportives adaptées (APSA)**, emprunté à la terminologie scolaire les « APS », apparaît au début des années 1980, sous l'impulsion de la Fédération française du sport adapté et du parcours universitaire RHPAPS. Officiellement reconnu dès 1984 dans l'option APSA du brevet d'État d'éducateur sportif, il figure depuis dans le Code du sport pour désigner les diplômes dédiés à l'encadrement de publics spécifiques<sup>53</sup>.

---

<sup>53</sup> À partir de 1992, le concept APA s'impose dans les cursus universitaires, remplaçant la dénomination antérieure de « réhabilitation des handicapés par les APS ». Cette évolution marque une généralisation du sigle APA au sein

👉 Les promoteurs universitaires du parcours APA ayant délaissé cette appellation (Raufast, 2019), ils ont laissé se multiplier des interprétations divergentes du sigle, contribuant à en diluer le sens et la portée professionnelle.

**Les APSA recouvrent :**

- 1- Des pratiques proches de celles des personnes valides, simplement adaptées (matériel, environnement, réglementation) ;
- 2- Des disciplines spécifiques, exclusivement destinées aux personnes en situation de handicap.

Depuis 2016, l'appellation APA se confond entre autres, avec celle de la rubrique APSA du Code du sport.

**2. Les diplômes spécialisés APSA**

Les diplômes spécialisés permettant d'encadrer les APSA ont été instaurés pour doter les éducateurs de compétences expertes, leur offrant la capacité d'intervenir auprès de publics à besoins spécifiques tout en assurant un équilibre entre sécurité, efficacité et reconnaissance institutionnelle.

Ils sont délivrés par trois ministères différents : Enseignement supérieur, Jeunesse et sport et Santé.

🔴 Diplômes et titres délivrés par le ministère chargé de l'enseignement supérieur.

<b>DEUST</b> APSA	5	Encadrement des activités physiques ou sportives auprès de <b>personnes souffrant de déficiences intellectuelles et de troubles psychiques</b> . Toute activité physique ou sportive visant l'amélioration de l'intégration sociale.
déficiences intellectuelles, troubles psychiques, délivré jusqu'au 31 août 2026.		
<b>DEUST</b> APS et inadaptations sociales,	5	Encadrement des activités physiques ou sportives auprès de <b>personnes présentant des inadaptations sociales</b> .

des diplômes, au détriment de la mention plus descriptive « APS adaptées pour personnes handicapées ». In Raufast, 2019, p. 27.

## Mémento APA n° 2

délivré jusqu'au 31 août 2026.		Toute activité physique ou sportive visant l'amélioration de l'intégration sociale.
<b>DEUST</b> pratique et gestion des APS et de loisirs pour les publics seniors, délivré jusqu'au 31 août 2026.	5	Encadrement des AP ou sportives de publics <b>seniors</b> . Toute activité sportive adaptée à la prévention du vieillissement, visant à entretenir et à améliorer la condition physique des publics seniors.
<b>Licence professionnelle</b> mention santé, vieillissement et APA délivrée jusqu'au 31 août 2026.	6	Encadrement de toute activité physique ou sportive adaptée à la prévention du vieillissement, visant à entretenir et à améliorer la condition physique des publics <b>seniors</b> .
<b>Licence APA et santé</b> , délivrée jusqu'au 31 août 2026.	6	Encadrement des AP ou sportives à destination de <b>différents publics</b> dans une perspective de prévention-santé ou de réadaptation ou d'intégration de personnes présentant l'altération d'une <b>fonction physique ou psychique</b> .

Diplôme relevant historiquement du domaine APA, mais ne figurant pas dans la rubrique APSA.

<b>Licence professionnelle</b> mention intervention sociale : développement social et médiation par le sport, délivrée jusqu'au 31 août 2026.	6	Encadrement et animation des AP ou sportives à un niveau d'initiation, d'entretien ou de loisir ( <b>auprès de jeunes en difficulté dans la société, en rupture sociale, scolaire ou familiale</b> ). A l'exclusion de personnes ayant un handicap ou un trouble psychique et des pratiques compétitives.
---	---	---

### ♦ Diplôme délivré par le ministère chargé de la santé

<b>Diplôme de masseur-kinésithérapeute</b> , jusqu'au 1er janvier 2025.	7	Encadrement de la pratique de la gymnastique hygiénique d'entretien ou préventive, liée au développement et à l'entretien du bien-être et de la santé.
---	---	--

◆ **Diplômes délivrés par le ministère chargé des sports**

<b>DEJEPS</b> , spécialité perfectionnement sportif mention activités physiques et sportives adaptées, délivré jusqu'au 1er février 2028.	5	Enseignement, animation, encadrement ou entraînement dans une perspective de perfectionnement sportif de l'activité visée par la mention considérée.
<b>DESJEPS</b> , spécialité performance sportive mention sport adapté, délivré jusqu'au 28 février 2027	6	Enseignement, animation, encadrement ou entraînement dans une perspective de performance sportive de l'activité visée par la mention considérée.
<b>DEJEPS</b> , spécialité perfectionnement sportif mention handisport, jusqu'au 1er avril 2028.	5	Enseignement, animation, encadrement ou entraînement dans une perspective de perfectionnement sportif de l'activité visée par la mention considérée.

👉 À l'exception de la licence APA-S, la plupart de ces diplômes ne visent **qu'un public spécifique** (handicap, troubles psychiques, seniors, inadaptations sociales).

### 3. Discussion

Ces diplômes spécialisés traduisent une reconnaissance institutionnelle croissante de l'importance de l'**adaptation des pratiques physiques** aux publics vulnérables. Ils garantissent une formation approfondie, mais leur répartition entre différents ministères (Enseignement supérieur, Sports, Santé) et la coexistence d'intitulés partiellement redondants entretiennent parfois des zones d'incertitude.

La mission éducative reste centrale : quel que soit le diplôme ou le contexte d'intervention, les éducateurs conçoivent et conduisent des projets d'APSA adaptés aux caractéristiques des pratiquants, afin de favoriser leur inclusion, leur santé, leur prévention ou leur réadaptation.

 **Tableau : synthèse des diplômes APSA**

	<b>Diplôme</b>	<b>N</b>	<b>Publics</b>	<b>Orientation</b>	<b>Durée</b>
<b>1</b>	<b>DEUST APSA</b>	5	Handicap mental ou psychique	Intégration sociale	~1500 h
<b>2</b>	<b>DEUST APS Inadaptations sociales</b>	5	Inadaptation sociale	Intégration sociale	~1500 h
<b>3</b>	<b>DEUST APS Seniors</b>	5	Seniors	Prévention	~1300 h
<b>4</b>	<b>Licence pro santé, Vieillesse et APA</b>	6	Seniors	Prévention	~900 h
<b>5</b>	<b>Licence pro Intervention sociale : médiation par le sport</b>	6	Jeunes en difficulté (hors handicap)	Prévention	~900 h
<b>6</b>	<b>Licence APA-santé</b>	6	Tout public à besoins spécifiques	Prévention Intégration sociale	~1000 h (L2-L3)
<b>7</b>	<b>Masseur-Kiné.</b>	7	Tout patient sur prescription	Prévention	~3450 h
<b>8</b>	<b>DEJEPS APSA</b>	5	Handicap mental ou psychique	Perfectionnement sportif	~970 h
<b>9</b>	<b>DEJEPS Handisport</b>	5	Handicap moteur	Perfectionnement sportif	~1280 h
<b>10</b>	<b>DESJEPS Sport adapté</b>	6	Handicap mental ou psychique	Performance sportive	~930 h

## Chapitre 33 : Les emplois d'éducateur « APA-APSA »

Comme nous l'avons montré dans les chapitres précédents, le métier d'éducateur physique ou sportif se décline en **une pluralité d'emplois-types**, assimilables à des **spécialisations**, qui traduisent la segmentation du champ professionnel selon les contextes institutionnels, les statuts et les publics accompagnés.

Nous présentons ci-après plusieurs **emplois-types conventionnels**, à l'instar des **situations-types** décrites dans le *Référentiel de la SFP-APA* (2015), exercés au sein des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (ESSMS) auprès de personnes à besoins spécifiques. Nous y associons également certaines **fiches d'emplois diffusées**, témoignant de la diversité des contextes d'exercice et des missions associées.

Ces postes requièrent une intervention spécialisée, qui devrait être exclusivement encadrée par des professionnels titulaires d'un diplôme **APA** ou **APSA**.

À cet effet, nous considérons que **la priorité** doit être de **réviser** la définition (objectifs, mission, titre...) de ces emplois-types afin de les **réserver** aux professionnels spécifiquement qualifiés APA-APSA.

Dans ce secteur, la diversité des conventions collectives nationales de travail génère une grande variété d'intitulés : *professeur d'EPS, éducateur sportif en EPS, enseignant d'APS, professeur d'EPA, moniteur d'éducation physique*, etc.

### 1. Les emplois-types relevant de la CCNT 1966

#### ◆ **Professeur EPS** (créé en 1979)

Réservé aux titulaires d'un diplôme de niveau 6 (licence). L'exercice dans les établissements relevant des annexes XXIV et suivants du décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 requiert une spécialisation en activités physiques adaptées « public spécifique : personnes handicapées » (licence APA ou diplôme complémentaire équivalent).

**Exemple :** fiche emploi d'un « professeur EPS » en IME, titre conforme à la CCNT de mars 1966 : concevoir, mettre en œuvre, et animer des séances d'éducation physique et sportive adaptées ; soutenir et développer des projets inclusifs dans le cadre du sport ; gérer le matériel.

♦ **Éducateur sportif en APS ou EPS**

En position d'enseignant et/ou hors position d'enseignant.

Ce poste est accessible aux titulaires d'un diplôme de niveau III ou 5 (DEUG, DEUST, DEJEPS).

L'éducateur sportif exerce son activité d'enseignement, d'encadrement ou d'animation dans les structures scolaires ou extra-scolaires. Il est spécialisé dans une ou plusieurs disciplines. Celles-ci peuvent être complémentaires. L'éducateur sportif en position d'enseignant, exerçant dans le cadre scolaire dans un établissement relevant des annexes XXIV et suivantes au décret n°89-798 du 27 octobre 1989, doit être titulaire d'un diplôme spécialisé activités physiques adaptées « public spécifique : personnes handicapées ».

♦ **Éducateur sportif en APS ou EPS**

En position d'enseignant et/ou hors position d'enseignant.

Ce poste est accessible aux titulaires d'un diplôme de niveau IV ou 4 (MC, TFP, CQP, BPJEPS). L'éducateur sportif exerce son activité d'enseignement, d'encadrement ou d'animation dans les structures scolaires ou extra-scolaires. Il est spécialisé dans une ou plusieurs disciplines. Celles-ci peuvent être complémentaires. L'éducateur sportif en position d'enseignant, exerçant dans le cadre scolaire dans un établissement relevant des annexes XXIV et suivantes au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989, doit être titulaire d'un diplôme spécialisé activités physiques adaptées « public spécifique : personnes handicapées ».

♦ **Moniteur-adjoint d'animation et/ou d'activités**

En application de l'article L.363.1 du code de l'éducation, modifié par les articles 6 et 12 de la loi 2003-708 du 01.08.2003 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives, le moniteur-adjoint d'animation et/ou d'activités (jugé apte à l'animation des activités de loisirs et d'insertion), est titulaire d'un diplôme de niveau V minimum ou 3 (Certains CQP ou TFP). Pour les non

titulaires d'un diplôme de niveau V minimum, les modalités de la mise en oeuvre obligatoire d'une formation qualifiante de niveau V, à la charge de l'employeur, sont précisées dans un avenant au contrat de travail.

## 2. Les emplois-types dans la fonction publique hospitalière

Dans ce livret, neuf familles de métiers regroupent des activités et des compétences spécifiques à un domaine. L'encadrement des APS est exercé par deux types d'intervenants relevant de deux filières métiers différentes :

- **la filière sociale, éducative**, psychologique et culturelle qui regroupe l'ensemble des activités de soutien, d'animation, de socialisation et de protection de populations vulnérables.
- **la filière soin** qui regroupe l'ensemble des activités soignantes qui contribuent à la prise en charge d'une personne, malade, bien portante, ou en perte d'autonomie. Ses activités peuvent recouvrir une dimension préventive, éducative, curative et palliative

### ◆ **Éducateur sportif**

Cet emploi relève de la famille du « social, éducatif, psychologie et culturel » sous-famille conception et de développement de projets socio-éducatifs. L'éducateur est habilité à « rééduquer ou maintenir une autonomie, par la pratique sportive, des personnes ou publics divers en difficulté, dans un environnement adapté ».

Cet emploi est réservé aux personnes titulaires d'une licence STAPS, d'une maîtrise STAPS option APA, d'un BEES, d'un BPJEPS, d'un DEJEPS, d'un DESJEPS.

**Exemple :** fiche emploi d'un « éducateur sportif en APA » en EPSM CCNT FPE (titre d'éducateur sportif) : initier, éduquer, entraîner à une discipline sportive des publics variés et utiliser la médiation sportive dans le cadre de la mise en oeuvre du projet de soin du patient. Les activités s'inscrivent dans un projet thérapeutique validé par le médecin référent. L'éducateur doit concevoir des activités sportives adaptées aux publics accueillis ; encadrer et accompagner des patients dans le cadre d'une discipline sportive adaptée ; élaborer, mettre en oeuvre et adapter des plannings d'activités sportives en fonction des compétences et des fragilités de l'utilisateur ; favoriser l'insertion sociale

ainsi que maintenir et/ou restaurer l'autonomie par le biais d'activités physiques. ...

◆ **Enseignant en activité physique adaptée**

Cet emploi, créé en 2023, relève de la famille du soin (à l'exception des soins de rééducation), sous famille-conseil aux personnes et éducation physique.

Il est habilité pour « co-construire et mettre en œuvre des interventions en activité physique adaptée (APA) avec et pour des patients présentant des besoins spécifiques d'activité physique bénéfique pour leur santé du fait d'une maladie, d'une limitation fonctionnelle, d'une déficience, d'une vulnérabilité, d'une situation de handicap, d'exclusion, d'une inactivité ou d'une sédentarité - intervenir sur prescription médicale à des fins de réadaptation, d'éducation, de prévention, de promotion de la santé et de l'autonomie ».

Cet emploi est réservé aux personnes titulaires d'une licence STAPS APA-S.

**Exemple :** fiche d'un emploi « EAPA » en MCO : accueillir et prendre en charge des patients dans son domaine de compétences ; organiser et animer les ateliers de réadaptation respiratoire ; maintenir l'autonomie (travail de verticalisation et de transfert, prévention des chutes, travail de l'équilibre ...) ; réadapter à l'effort (réentraînement à l'effort, renforcement musculaire, réadaptation individuelle) ; rédiger les comptes-rendus et observations ; entretenir des liens avec les médecins...

 **À noter :** la frontière entre ces deux emplois-types reste floue, révélant une absence de structuration nette des fonctions et une ambiguïté persistante dans la répartition des compétences professionnelles. La définition de ces deux emplois est très rudimentaire.

### 3. Les emplois relevant de la CCNT du sport

Les emplois dans les maisons sport-santé relèvent le plus souvent de la Convention nationale du sport. Les associations sportives qui disposent de salariés se réfèrent également à cette convention. Néanmoins, il existe également d'autres conventions collectives

concernant un secteur particulier du sport ou connexes à ces champs de l'animation et du sport à l'exemple du golf et des centres équestres.

Cette CNS fait apparaître 6 groupes de classification avec au moins quatre emplois-types (non-cadre) d'éducateur physique ou sportif. Ces emplois ne précisent pas toujours les diplômes requis. C'est le plus souvent l'employeur qui les fixe.

Groupe	Intitulé / Fonction	Diplômes ou équivalences
2	Employé qualifié (exécution de tâches prescrites)	BPJEPS APT, DEJEPS, BNSSA
3	Technicien (responsabilité technique)	CQP, BEESAN, BPJEPS AAN, Licence STAPS APA
4	Technicien confirmé (coordination)	Licence STAPS, DEJEPS
5	Technicien expert (responsabilité de structure)	DESJEPS, BEES 2e degré

#### ♦ Employé qualifié groupe 2

L'intervenant pour cet emploi est qualifié pour « exécution de tâches prescrites exigeant une formation préalable et une adaptation à l'emploi ».

⇒ Pour la FFA, filière sportive, cet emploi qu'elle nomme « animateur sportif », est plutôt réservé aux personnes titulaires Diplôme de niveau IV type BPJEPS Activités pour tous (APT), DE JEPS Athlétisme et disciplines associées.

⇒ Pour la FFN, cet emploi est généralement réservé aux personnels exerçant la surveillance d'une baignade (BNSSA).

#### ♦ Technicien groupe 3

Ce technicien est chargé de « l'exécution d'un ensemble de tâches ou d'une fonction comportant une responsabilité technique, ou un savoir-faire technique spécialisé ».

⇒ Pour la FFA, filière sportive, cet emploi qu'elle nomme « entraîneur sportif spécialisé » est plutôt réservé aux personnes titulaires d'un CQP ou d'un diplôme d'état.

- ⇒ Pour la FFN, cet emploi est réservé aux personnels qui enseignent la natation (BEESAN, BPJEPS AAN, etc.).
- ⇒ Le titulaire du CQP « animateur de loisir sportif » est classé au groupe 3 (Avenant n° 4 à la CCNS).
- ⇒ Pour la fédération de judo, ce technicien professeur a le rôle d'un enseignant de club. Cet emploi est occupé par CQP, un BPJEPS, un BEES 1<sup>er</sup> degré.
- ⇒ L'UFOLEP a recruté un technicien qu'elle nomme « éducateur sportif agent de développement en Sport-Santé » avec une licence STAPS APA-santé.

#### ◆ Technicien groupe 4

Ce technicien est qualifié pour accomplir la « prise en charge d'une mission, d'un ensemble de tâches ou d'une fonction par délégation requérant une conception des moyens. Sa maîtrise technique lui permet de concevoir les moyens et les modalités de leur mise en œuvre ».

- ⇒ Pour la FFA, cet emploi, qu'elle nomme agent de développement coordinateur sportif », est plutôt réservé aux personnes titulaires d'une licence STAPS « entraînement » ou d'un DEJEPS.
- ⇒ Pour la FFN, cet emploi est réservé aux personnels exerçant l'encadrement et le contrôle d'autres salariés.
- ⇒ Pour la fédération voile, cet emploi peut être réservé à une personne titulaire d'un BPJEPS ou BEES.
- ⇒ Pour la fédération de judo, ce technicien professeur a le rôle d'un coordinateur d'une équipe pédagogique. Cet emploi est occupé par DEJEPS.

#### ◆ Technicien groupe 5

L'intervenant de cet emploi exerce la « prise en charge d'une mission, d'un ensemble de tâches ou d'une fonction par délégation requérant une conception des moyens. Sa maîtrise technique lui permet de concevoir des projets et d'évaluer les résultats de sa mission à partir d'outils existants ».

- ⇒ Pour la fédération de judo, ce technicien professeur est responsable d'une équipe pédagogique ou d'une structure fédérale. Cet emploi est occupé par un DESJEPS ou un BEES 2<sup>e</sup> degré.

**Exemple :** fiche emploi de « coach sportif APA » établissement Elancia, CCNT du sport (titre technicien groupe...) ; accompagner les adhérents dans leur pratique quotidienne en leur prescrivant des activités physiques adaptées, en toute sécurité en leur créant des programmes sur-mesure ; animer des sessions collectives en « small group » ; assurer la promotion de l’image de marque ainsi que des prestations proposées au sein du réseau ; assurer la gestion du quotidienne du centre.

**Fiche emploi** de « praticien en thérapie » , association CAMI, CCNT du sport (titre technicien groupe...) : vous aurez pour mission principale de réaliser des consultations et des séances (individuelles) de thérapie sportive auprès des personnes touchées par un cancer ; à partir de l'évaluation initiale des capacités, besoins et envies des patients, vous devrez définir des objectifs thérapeutiques et des exercices à pratiquer en respectant la méthodologie et le savoir-faire CAMI (Médiété®, critères d’intensité et de durée, sécurité, etc.) ; vous aurez également un lien et des échanges réguliers avec les équipes médicales et paramédicales qui collaborent avec la CAMI ainsi qu’avec votre manager.

#### 4. Les emplois dans les établissements privés de santé de soins de suite et de réadaptation

Les établissements privés de soins de suite et de réadaptation relèvent de différentes conventions collectives nationales du travail. Nous présentons des emplois-types relevant de deux CCNT (1951 et 1957)

##### Emplois relevant de la CCNT du 31 octobre 1951

L’annexe II fait état de quatre filières métier : soignante, éducative et sociale, administrative, logistique et médicale.

##### Filière éducative et sociale

Intitulé	Niveau / Diplôme requis	Description
Auxiliaire éducatif sportif / Éducateur sportif N1–N2	BEES 1 <sup>er</sup> ou 2 <sup>e</sup> degré (+15 pts)	Animation d’activités physiques éducatives sous supervision.

Assistant socio- éducatif / Éducateur sportif N1–N2	DEUG ou Licence STAPS (+57 pts)	Conduite d'activités physiques et de loisirs adaptées au projet éducatif.
Technicien socio- éducatif / Enseignant d'APS N3	Maîtrise STAPS (+5 pts)	Enseignement des APS dans les structures scolaires.

#### ◆ Auxiliaire éducatif sportif - éducateur sportif N1 et N2

L'auxiliaire éducatif est un salarié chargé de l'assistance, qui peut être individualisée, et de l'accompagnement des personnes accueillies. Il intervient, en conformité avec le projet d'établissement et sous la responsabilité directe d'un travailleur social, médico-social, paramédical ou du responsable d'établissement, dans le domaine des activités quotidiennes. Il peut mettre en oeuvre, dans ce cadre et sous forme d'interventions concrètes, des activités spécifiques d'animation auprès de personnes ou de groupes. Il peut être chargé d'animer une ou plusieurs activité(s) sportive(s) à caractère éducatif.

L'éducateur sportif de N1 est réservé aux personnes titulaires du Brevet d'État d'éducateur sportif de 1er degré. Lorsque l'auxiliaire éducatif et sportif est titulaire du Brevet d'État d'éducateur sportif de 2<sup>e</sup> degré, il bénéficie d'un complément diplôme de 15 points (éducateur sportif de N2).

#### ◆ Assistant socio-éducatif - éducateur sportif N1 et N2

L'assistant socio-éducatif conduit des activités adaptées aux personnes accueillies dans divers domaines (activités physiques, sportives, d'éveil, de loisirs...). Il participe à l'accompagnement, à l'action éducative, à l'animation et à l'organisation de la vie quotidienne en liaison avec les autres personnels éducatifs, sociaux ou soignants. Il est titulaire des diplômes requis pour exercer la profession.

L'éducateur sportif a la compétence requise pour participer à l'éducation globale et à l'épanouissement des personnes en utilisant les moyens de l'éducation physique et sportive. L'éducateur sportif N1 est titulaire du Diplôme d'Études Universitaires générales (DEUG) en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS). L'Éducateur sportif N 2 : lorsqu'il est titulaire de la licence

en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, il bénéficie d'un complément diplôme de 57 points.

♦ **Technicien socio-éducatif - enseignant d'APS - éducateur physique et sportif N3**

Cet emploi est réservé aux établissements qui accueillent des élèves relevant des annexes 24. L'enseignant d'APS ou éducateur physique et sportif de N3 assure l'enseignement des activités physiques et sportives. Il dispense cet enseignement aux élèves des structures scolaires des établissements. Il est titulaire de la maîtrise STAPS. L'enseignant d'activités physiques et sportives N3 bénéficie d'un complément diplôme de 5 points.

**Exemple :** fiche emploi d'un « éducateur sportif APA » en EPHAD, CCNT 51 « titre d'éducateur sportif »: accompagner chaque résident et participe à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'accompagnement personnalisé, en utilisant les moyens de l'éducation physique et sportive adaptée ; mettre et en place des activités et des ateliers collectifs et individuels ; contribuer au maintien des capacités physiques des personnes âgées accompagnées par le biais d'une initiation et/ou d'un entraînement à une activité sportive ; œuvrer à la préservation de la santé physique et mentale des résidents, et à leur connaissance de soi, et développer des ateliers de prévention (chutes, marche, etc.) en lien avec le médecin coordonnateur ; évaluer les capacités des résidents, analyser leurs interactions et proposer des ateliers adaptés à leurs besoins ; créer et développer des liens avec des partenaires externes (associations, artistes...); proposer, initier et faire vivre des projets innovants au service des personnes accueillies.

### **Emploi relevant de la CCNT du 8 février 1957**

♦ **Éducateur sportif**

**Mission :** optimiser les capacités physiques, psychologiques, cognitives et sociales et permettre à ces patients l'adoption d'un mode de vie physiquement actif et régulier y compris après hospitalisation ; contribuer à la santé, au bien-être, à la réadaptation et à la réinsertion des patients **à besoins spécifiques.**

**Exemple :** fiche emploi d'un « éducateur sportif » dans un établissement hospitalier de l'UGECAM titre CCNT 57 « enseignant

d'APS » ou « éducateur sportif » : sous la responsabilité du cadre de santé du pôle gériatrie, et sur prescription médicale, la mission consiste à initier, proposer une activité physique adaptée aux patients afin de maintenir et préserver leur autonomie physique, psychique, cognitive et sociale et de contribuer à améliorer la qualité de vie au sein de l'établissement.

**Exemple :** fiche emploi « éducateur sportif en APA « en centre de thermalisme, CCNT du 10 septembre 1999 étendue (2000), titre de « moniteur APA »<sup>54</sup> : encadrer des séances d'Activités Physiques Adaptées à destination des curistes atteints de pathologies rhumatismales et digestives ; créer, mettre en place et animer des activités en bassin thermal ; écouter, informer et prodiguer des conseils afin que leur cure leur soit profitable tout au long de l'année...

## 5. Les emplois dans la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)

### ◆ Professeur technique STAPS

Fonction publique d'État : Protection judiciaire de la jeunesse - mineurs délinquants en danger et jeunes majeurs

**Mission :** initier ou consolider un processus de formation et de socialisation par la pratique d'APS ; contribuer à la réalisation d'objectifs de formation professionnelle et à l'insertion de ces jeunes, à **besoins spécifiques**, accompagnés dans les établissements et services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

**Exemple :** fiche emploi d'un « professeur technique STAPS » en centre éducatif fermé (recrutement sur concours) : concevoir une offre sportive diversifiée (sports collectifs, sports de raquette, activités d'entretien et de développement physique, activités de pleine nature, activités aquatiques, activités physiques de combat) à destination des mineurs accueillis. La prise en charge des jeunes peut-être collective (trois à six personnes) ou individuelle et la pratique des APS est obligatoire et fait partie de l'emploi du temps.

---

<sup>54</sup> Anciennement moniteur de gymnastique : assure la pratique de la gymnastique et des disciplines sportives à l'exclusion de la gymnastique médicale. Le niveau minimal d'entrée dans la fonction est fixé à agent qualifié.



## Chapitre 34 : La construction d'une profession APA

Ce chapitre retrace la trajectoire historique et discursive qui a conduit à l'émergence de la figure de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée (EAPA), depuis la création des formations universitaires jusqu'à la production du premier référentiel professionnel porté par la SFP-APA.

Il s'agit d'interroger comment un champ scientifique et universitaire a progressivement revendiqué le statut d'un métier spécifique, sans parvenir pour autant à franchir le seuil d'une profession instituée.

### 1. De 1978 à 2005 : une discipline sans projet professionnel

À l'origine, le parcours APA introduit dans les UFR STAPS n'avait pas vocation à fonder un nouveau métier, mais à former des éducateurs physiques capables d'intervenir auprès de publics à besoins spécifiques, dans des directions multiples<sup>55</sup>.

Les premiers diplômes relevaient d'une logique de poly-compétence éducative et motrice, sans envisager de spécialisation statutaire. Les diplômés accédaient, et accèdent encore, à des emplois variés dans les secteurs sanitaire, médico-social, social, associatif ou sportif.

L'introduction du terme *santé* en 2005 a constitué un tournant symbolique : il visait à renforcer la visibilité institutionnelle du champ auprès du ministère de la Santé et à conforter la légitimité universitaire de la recherche et de la formation en APA, sans pour autant définir un métier distinct. La licence APA-santé demeure alors ainsi un **grade universitaire**, et non un diplôme professionnel.

 Il importe de rappeler la distinction entre **grade universitaire** et **diplôme d'État**, comme l'illustre la formation des masseurs-kinésithérapeutes : le master confère un grade (un niveau de

---

<sup>55</sup> Gestion de l'éducation physique dans les établissements spécialisés ; Développement de stratégie d'intervention sportive en milieu ouvert ; Mise en place de programme de réentraînement à l'effort pour handicaps fonctionnels ; Organisation de loisirs sportifs (Revue EPS, 1996, p.72).

connaissances), tandis que le diplôme d'État fonde, lui, l'exercice professionnel.

## 2. De 2008 à 2015 : l'émergence d'une figure et la tentative de différenciation

### ► Les héritages de l'éducateur physique

L'EAPA hérite du modèle historique de l'éducateur physique, dont l'art du métier consiste à éduquer les corps, et pas seulement à les entraîner, par la conception, l'encadrement, l'évaluation et la régulation de situations motrices signifiantes, où l'activité physique devient un vecteur de formation, d'émancipation et de socialisation. Cet éducateur articule savoirs scientifiques, compétences pédagogiques et culture sportive pour former des sujets corporels autonomes.

L'éducateur physique ou sportif est reconnu par l'État, il bénéficie d'un statut juridique défini et d'une légitimité institutionnelle stable, qui en fait une figure pleinement instituée du champ éducatif et sportif.

La différence entre l'EAPA et l'éducateur physique ne tient pas à la finalité de l'intervention, qui demeure éducative, mais au public visé et aux modalités de médiation corporelle mobilisées.

Là où l'éducateur physique agit dans une logique de formation du sujet par l'expérience motrice, l'EAPA intervient dans une logique d'adaptation des conditions d'accès à cette expérience, ajustant les formes, les intensités et les significations de l'activité physique en fonction des besoins spécifiques des pratiquants.

### ► Les prémices du projet professionnel

Le rapport *Toussaint* (2008) introduit la figure du « professeur en APA » ou « éducateur médico-sportif », centrée sur l'accompagnement du patient vers une pratique d'APS inscrite dans un projet de santé. À noter que c'est **la figure du patient** qui est mis en avant au détriment des autres publics.

Cette définition du rapport décrit davantage une **spécialisation de l'éducateur physique** qu'un métier autonome : « Il réalise en outre le diagnostic éducatif, l'évaluation de la motivation, de la condition physique, la fixation d'objectifs de santé ou de qualité de vie, le *counselling*, puis oriente et accompagne le patient vers un cycle

éducatif d'activité physique adaptée, et vers une pratique sport-santé de proximité » (Toussaint, p. 139). Cette instabilité des appellations, professeur, éducateur médico-sportif, concepteur-acti-physicien, révèle une identité en construction.

### ► La stratégie de différenciation

En 2005, la création de la SFP-APA formalise un projet d'autonomisation professionnelle.

L'association adopte en 2015, l'intitulé « Enseignant en Activité Physique Adaptée », cherchant à se démarquer à la fois des éducateurs sportifs et des rééducateurs, tout en s'inscrivant dans les politiques émergentes de santé publique et de prévention.

Cette stratégie vise à légitimer une compétence spécifique d'intervention au titre de l'APA, mais sans fondement réglementaire : elle construit une reconnaissance symbolique, non statutaire. L'EAPA demeure alors une figure d'intention, soutenue par le discours académique et associatif.

À la même période, une autre corporation d'intervenants, les éducateurs médico-sportifs, titulaires également d'une licence APA-santé, se définissent comme des éducateurs physiques spécialisés, articulant approche éducative, sportive et médicale, sans revendiquer la création d'un nouveau métier.

Leur objectif est plus circonscrit : faire reconnaître un emploi-type au sein des réseaux de santé, en continuité avec la profession d'éducateur physique plutôt qu'en rupture.

## 3. De 2015 à 2021 : la formalisation d'un projet de métier

Entre 2015 et 2021, la SFP-APA engage une **stratégie de légitimation professionnelle** fondée sur la production de référentiels, de codes et de dispositifs de communication destinés à conférer à l'EAPA la visibilité et la crédibilité d'une profession instituée.

► **Le référentiel d'activités et de compétences** (SFP-APA, 2015). Ce référentiel constitue la première tentative structurée de définition du *métier*, voire de la *profession*, d'EAPA.

Le document affirme que le cœur du métier consiste à « *optimiser les capacités bio-psycho-sociales des personnes à besoins spécifiques par la médiation d'activités physiques, sportives ou artistiques [...] afin*

*qu'elles puissent participer le plus possible, de façon autonome, à une vie de qualité en société » (p. 26).*

Cette logique d'optimisation s'inscrit dans un paradigme biomédical de performance et d'efficacité, postulant un modèle idéal auquel la personne devrait se conformer. Elle réduit ainsi la complexité du sujet à des potentialités à maximiser plutôt qu'à accompagner.

L'expression « domaines bio-psycho-sociaux », héritée du modèle biopsychosocial et de la CIF, se veut globale, mais demeure cumulative et peu articulée. De même, la référence aux « médiations d'APS ou artistiques » tend à instrumentaliser les pratiques corporelles, alors qu'elles possèdent en elles-mêmes une dimension éducative, culturelle et expressive.

La finalité d'une « *participation autonome à une vie de qualité* » renvoie à une norme intégrative qui invisibilise la diversité des formes de participation et des degrés d'autonomie.

La définition produite reste ainsi éloignée d'une réelle caractérisation du métier, reconduisant une logique biomédicale au détriment d'une approche éducative et contextuelle.

Le Référentiel précise que l'EAPA « *conçoit et conduit des situations motrices d'enseignement [...]* », compétences déjà constitutives des métiers d'éducateur physique ou sportif. Les finalités affichées, *rééducation, éducation, prévention, insertion* dessinent une polyvalence peu différenciée, diluant la spécificité de l'EAPA dans des registres d'action largement occupés et insuffisamment différenciés (pas de référentiels), ce qui entretient l'ambiguïté du périmètre professionnel (p. 27).

### ► Une cartographie d'emplois plus qu'une profession

Le référentiel recense huit situations-types, révélant une oscillation constante entre les registres du métier, de la profession et de l'emploi-type. Il dresse ainsi une cartographie des configurations d'emploi, sans pour autant stabiliser une profession identifiable.

Cette démarche, inspirée du CÉREQ, confère au document une valeur descriptive, utile pour repérer la diversité des contextes d'exercice, mais dépourvue de portée prescriptive ou réglementaire.

En ce sens, le référentiel opère un glissement du métier vers l'emploi-type, privilégiant la logique d'inventaire fonctionnel à celle d'institutionnalisation professionnelle.

Selon la définition du CÉREQ<sup>56</sup> : « l'emploi-type regroupe des emplois individuels partageant une même finalité sociale et productive, tout en tenant compte des variations liées aux contextes d'exercice. »<sup>57</sup>

### ► Les ambiguïtés du projet professionnel

Le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (2015) dénonce une confusion entre fonctions éducatives et actes de soins. Il souligne également « l'absence de cœur de métier défini »<sup>58</sup>.

De même, l'usage de la fiche RNCP de la licence APA-santé comme référentiel métier entretient une confusion entre validation académique (grade universitaire) et reconnaissance professionnelle.

## 4. De 2018 à 2021 : la légitimation symbolique et éthique

La SFP-APA publie en 2018 un code de déontologie, purement associatif, dépourvu de valeur juridique, contrairement aux codes d'ordres professionnels (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers).

En 2021, le Groupe national Activité Physique-Santé (GNAPS)<sup>59</sup> promeut une redéfinition du métier d'EAPA adossée à la licence APA-santé. Toutefois, la définition reste générale et sans reconnaissance statutaire : la fonction demeure non réglementée.

L'usage du terme *enseignant* relève ici d'une rhétorique de légitimation, suggérant une posture éducative institutionnelle et une compétence académique stabilisée.

---

<sup>56</sup> En 1974, le Centre d'études et de recherches sur les qualifications (CEREQ) a publié un Répertoire français des emplois (emplois-types).

<sup>57</sup> CEREQ (2006). *Méthodologie de construction des emplois-types des enquêtes Génération*. Marseille.

<sup>58</sup> Courrier adressé à la SFP-APA par l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes en réponse à la présentation du référentiel de l'enseignant APA, lettre du 16 octobre 2015.

<sup>59</sup> Groupe national Activité Physique-Santé composé de la C3D STAPS, de l'AFAPA, de l'institut ReCAPPS, de la SFP-APA et de l'ANESTAPS.

👉 Or enseigner suppose l'existence d'un corpus de savoirs structurés et stabilisés, d'un public explicitement placé en situation d'apprentissage, d'une progression pédagogique formalisée, d'objectifs de transmission définis et d'un cadre normatif relativement fixe<sup>60</sup>.

L'APA, concept désignant un champ transdisciplinaire, fondé sur l'adaptation situationnelle, ne répond qu'imparfaitement à ces exigences, contrairement à l'EPS ou aux disciplines sportives institutionnalisées, y compris dans le cadre de l'enseignement d'APA défini par le décret de 2016.

L'EAPA agit dès lors moins comme un enseignant au sens institutionnel que comme un médiateur corporel et concepteur de dispositifs adaptatifs, positionné à l'interface des logiques éducatives, sanitaires et sociales.

## 5. Résumé

Entre 2005 et 2021, la SFP-APA a cherché à structurer un projet métier, oscillant entre reconnaissance associative et inexistence juridique.

Malgré la production d'un référentiel, d'un code et de définitions, le métier d'EAPA n'existe pas en tant que profession instituée. Il relève davantage d'un espace d'intervention que d'un cadre professionnel réglementé.

Ce constat ouvre le chapitre suivant : celui d'une profession empêchée, construite sans cadre légal et reconnue sans être régulée.

---

<sup>60</sup> Un enseignant enseigne des savoirs et des connaissances relatifs à un objet d'enseignement, c'est-à-dire une sélection de savoirs et de connaissances, identifié institutionnellement. Il en organise le contenu, le transforme en savoirs enseignables et les médiatise de manière à permettre aux personnes en situation d'apprentissage de développer les compétences associées (Chevallard, 1991 ; Astolfi, 2008).

## Chapitre 35 : L'EAPA - une profession empêchée

L'institutionnalisation de l'EAPA se joue à partir de 2016, avec le décret relatif à la prescription d'APA.

Si les politiques publiques reconnaissent désormais la valeur de l'APA dans les parcours de santé, elles n'ont pas créé de **corps professionnel autonome**.

Ce chapitre propose une **analyse critique** de cette professionnalisation empêchée à la lumière des critères sociologiques de la profession.

### 1. Le cadre légal : un champ partagé

Le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 autorise la mise en œuvre des APA par différents intervenants : rééducateurs, éducateurs sportifs, enseignants APA, éducateurs médico-sportifs.

La Haute Autorité de Santé (HAS, 2022) confirme cette pluralité d'opérateurs.

Avec ce décret, le champ universitaire a vu s'éroder sa maîtrise conceptuelle de l'APA, désormais redéfinie par des logiques réglementaires extérieures à son projet initial. Ainsi, aucun monopole d'exercice n'est conféré aux EAPA, y compris dans le domaine du soin, ce qui limite leur reconnaissance professionnelle et entretient une concurrence avec d'autres acteurs déjà légitimés institutionnellement.

Cette ouverture légale traduit une politique de complémentarité, non de spécialisation statutaire.

### 2. L'émergence d'un emploi-type hospitalier (2023–2025)

Depuis 2023, l'EAPA figure dans le Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie.

La fiche décrit un professionnel chargé de « *co-construire et mettre en œuvre des interventions en APA dans le cadre des projets de soins et de santé* ».

La définition de cet emploi apparaît rudimentaire et ne permet pas d'identifier précisément la spécialisation de cet emploi. Par ailleurs,

cet emploi entre en concurrence avec un autre emploi-type déjà existant à la FPH, d'éducateur sportif, avec les mêmes diplômes.

Cette reconnaissance administrative de l'EAPA consacre **un emploi-type et non une profession**. Par ailleurs, le rattachement de ce poste à un métier n'apparaît pas significativement (entre auxiliaire médical et éducateur physique).

L'EAPA est intégré aux équipes pluridisciplinaires sous autorité médicale, mais classé dans la sous-famille « conseil aux personnes et éducation physique ». Autrement dit, il est reconnu sans autonomie juridique.

### 3. Une profession empêchée : lecture sociologique

Selon Eliot Freidson (1984), une profession se définit par un monopole d'exercice, une autonomie dans la définition des actes, une autorégulation et une protection du titre.

Appliquée à l'EAPA, cette grille révèle un déficit sur tous les plans :

Critère	Situation de l'EAPA	Résultat
Monopole d'exercice	APA partagée avec d'autres métiers (décret 2016)	✗
Autonomie professionnelle	Dépendance aux référentiels médicaux ou associatifs	✗
Autorégulation	Code déontologique associatif sans portée légale	✗
Titre protégé	Non reconnu juridiquement	✗
Reconnaissance statutaire	Emploi-type FPH sans corps propre	⚠

Ainsi, l'EAPA ne répond pas aux critères d'une profession instituée : il s'agit au mieux d'un statut générique, sans juridiction propre, au sein d'un champ d'intervention composite.

#### 4. Une rhétorique de professionnalisation sans institutionnalisation

Les référentiels, codes et communications construisent une professionnalisation symbolique, fondée sur la compétence académique et l'éthique d'intervention. Mais cette reconnaissance reste **discursive** : elle ne s'accompagne ni d'un monopole d'actes, ni d'un cadre légal.

La professionnalité se fonde sur la formation, non sur la régulation. Le champ reste tiraillé entre **identité académique** (STAPS) et **identité fonctionnelle** (santé publique).

#### 5. Perspectives de clarification

Trois orientations pourraient stabiliser le champ :

1. **Clarifier l'intitulé** : substituer à « enseignant » un terme plus conforme aux réalités (ex. *praticien en APA, éducateur médico-sportif...*).
2. **Harmoniser le statut hospitalier** : créer un corps national avec grille de missions et rémunérations spécifiques.
3. **Délimiter les périmètres d'action**.

Ces conditions sont nécessaires pour transformer un emploi-type en **véritable profession** dotée d'une légitimité institutionnelle.

#### 6. Résumé



L'EAPA incarne la tension durable entre **savoirs universitaires** et **reconnaissance étatique**. Il agit, mais n'existe pas juridiquement. Sa professionnalisation relève plus d'un **projet de structuration d'un territoire** (Perrin, 2016) que d'une reconnaissance statutaire.

Tant que ni le titre ni les actes ne seront protégés, l'EAPA demeurera une **profession empêchée**, une fonction reconnue, mais sans juridiction propre.

 **Tableau** : les huit situations-types du Référentiel SFP-APA

Nous présentons une schématisation des huit situations-types du Référentiel de la SFP-APA, qui seraient réservées exclusivement, d'après cette association, au métier d'EAPA titulaire d'une licence APA avec moins de 1000 h de spécialisation.

<b>Situation</b>	<b>Objectifs</b>
MCO Sanitaire Patients	Optimiser la récupération fonctionnelle en phase aiguë et accompagner de manière éducative vers une reprise sécurisée et durable de l'activité physique.
SSR Sanitaire Patients	Réduire les limitations fonctionnelles, améliorer la condition physique et soutenir la réinsertion sociale et professionnelle dans le cadre d'un projet de réadaptation individualisé.
Réseaux de santé Sanitaire Patients	Accompagner de manière éducative et personnalisé vers une pratique autonome de l'activité physique dans le cadre d'un parcours de santé coordonné.
Psychiatrie Sanitaire Patients	Mobiliser l'AP comme médiation éducative et thérapeutique visant l'amélioration du bien-être psychocorporel, la restauration des compétences relationnelles et l'accompagnement vers une pratique autonome et structurante, inscrite dans un projet de soin individualisé.
Personnes âgées Médico- social	Maintenir l'autonomie, prévenir la dépendance et améliorer la qualité de vie globale à travers une pratique physique adaptée, régulière et signifiante.
Enfants... déficients	Favoriser le développement de compétences en mobilisant les APS comme levier d'inclusion

Médico-social	scolaire, sociale et culturelle au sein d'un projet éducatif et interdisciplinaire.
<b>Adultes handicapés</b> Médico-social	Accompagner le développement des capacités fonctionnelles et psychosociales, en valorisant l'autonomie, l'insertion sociale et professionnelle, et l'engagement dans une pratique physique régulière.
<b>Insertion sociale (jeunes adultes)</b> Social	Mobiliser les APS comme levier de remobilisation corporelle et psychosociale, de reconstruction du lien social, et d'accompagnement vers un projet de vie inscrit dans un processus d'insertion sociale,

Ce tableau des emplois-types, relevant du champ de l'APA, permet d'illustrer la diversité du métier d'éducateur physique ou sportif auprès des personnes à besoins spécifiques.

Nous considérons ici que ce n'est pas le diplôme qui fait l'emploi, mais que c'est la nature de l'emploi qui oriente les qualifications réellement mobilisées. Cette posture inductive, fondée sur l'analyse des situations professionnelles concrètes, permet de mieux articuler l'offre de formation aux réalités hétérogènes du terrain. En effet, les observations empiriques montrent qu'un même diplômé, par exemple le titulaire d'une licence APA-santé, peut être recruté aussi bien dans un établissement sanitaire, pour des missions de réadaptation fonctionnelle, que dans une association sportive, pour des actions de sport-santé à visée préventive ou inclusive.

Ce décalage entre le référentiel de formation et les pratiques effectives souligne la nécessité d'une approche contextualisée de l'emploi, centrée sur les compétences requises et les mises en œuvre plutôt que sur les diplômes détenus.

 Evolution des appellations et titres

Période	Conjonctures	Appellation des pratiques	Titre professionnel	Public cible
Vers 1830	« Art du renforcement et de la régulation du corps (exercices passifs et actifs marche, danse, natation, escrime, courses, sauts, lutte... »	<b>La gymnastique</b> (culture physique)	Gymnaste / maître ou professeur de gymnastique	Population générale
1818 -1890	Premières spécialisations	<b>Les gym. médicales</b>	Gymnaste / maître ou professeur de gym.	Patients
1914-1918	rééducation des blessés de guerre	<b>La gym. médicale rééducative</b>	Kinésithérapeute (titre en 1946)	Mutilés, infirmes
1945	Prise en charge standardisée des séquelles physiques d'après-guerre en CRP (1945-1978)	<b>La gym. médicale corrective</b>	Moniteur de gymnastique médicale (1942) ; professeur d'EP spécialisé	Élèves déficients anatomiques ou physiologiques
1962 -1975	L'EP quitte son modèle hygiéniste et militaire pour une finalité éducative	<b>Les APS</b>	Professeur EPS	Elèves
1971-1978	Déploiement des pratiques d'APS auprès des personnes handicapées ou inadaptées	<b>Les APS adaptées</b>	Educateur physique ou sportif, titre selon CCNT.	Personnes en situation de handicap ou d'inadaptation
1985	Diffusion internationale du concept d'AP	<b>L'AP Diffusion OMS 2004</b>	Tout éducateur physique ou sportif	Tout public (vie quotidienne, travail, loisirs, sport)
1992	Structuration du champ universitaire et professionnel français de l'APA	<b>Les APS adaptées</b>	Educateur APA, titres selon CCNT (ex. professeur EPS CCNT 66)	Personnes en situation de handicap ou d'inadaptation
1993-2005	Montée de la promotion de la santé par l'activité physique	<b>Les Sports-santé</b>	Educateur sport-santé	Licenciés, grand public
2005-2016	Structuration du champ du sport à des fins de santé » et diversification des pratiques	<b>Les APS Adaptées</b>	Educateur APA, titres selon CCNT EAPA (2015)	Tout public secteur sanitaire, social et médico-social.
2016	Prescription médicale d'APA dans la prise en charge des maladies...	<b>Les APA</b>	Educateur APA-Santé, titres selon CCNT (ex. EAPA FPH, 2023)	Patients

## Chapitre 36 : Les catégories professionnelles

Comme nous l'avons montré dans les chapitres précédents, l'intervention en APS auprès des personnes à besoins spécifiques s'inscrit dans un ensemble d'emplois et de fonctions professionnelles marqué par une **forte hétérogénéité**, structurée autour de **champs institutionnels distincts** : sanitaire, médico-social, éducatif et fédéral.

Afin de rendre compte à la fois de la pluralité des contextes d'exercice et de la complémentarité des logiques d'action, tout en évitant l'écueil actuel **d'une polyvalence indifférenciée**, nous proposons d'appréhender cette diversité à partir de **catégories professionnelles d'intervention** (Paradeise, 1988 ; Dubar, 1998).

Cette approche permet de mettre en évidence un **continuum d'intervention** structurant le domaine d'activités, allant de la prise en charge à visée thérapeutique à la participation sociale et citoyenne par le mouvement, en passant par des formes intermédiaires d'éducation, d'accompagnement et de médiation.

Pour chacune des **cinq catégories identifiées**, sont précisées une finalité dominante, laquelle n'exclut nullement d'autres finalités, des emplois-types issus des conventions collectives nationales, ainsi que les missions et les diplômes de référence les plus pertinents.

Ces correspondances demeurent ouvertes et n'ont pas vocation à constituer des prescriptions exclusives.

### 1. Catégories professionnelles d'intervention et emplois-types

Loin d'un modèle professionnel unifié, le champ APA se caractérise par une mosaïque d'emplois et de statuts, issus de rationalités et de cadres institutionnels distincts.

L'analyse des catégories professionnelles d'intervention éclaire cette fragmentation, tout en révélant les continuités fonctionnelles qui traversent les métiers de l'exercice corporel et du mouvement humain.

## 📌 La catégorie des rééducateurs

**Champ d'intervention** : sanitaire.

**Publics** : patients présentant des limitations sévères.

**Finalité dominante** : restauration fonctionnelle et autonomie motrice dans la vie quotidienne.

**Nature de l'intervention** : thérapeutique, prescrite et à visée médicale.

**Emplois-types** :

### 📌 Masseur-kinésithérapeute

**Mission** : *prévenir et traiter les troubles du mouvement et les altérations fonctionnelles par des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs.*

**Diplôme** : diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

### 📌 Ergothérapeute

**Mission** : *analyser et traiter les interactions entre capacités motrices et environnement pour favoriser l'autonomie.*  
**Diplôme** : diplôme d'État d'ergothérapeute.

### 📌 Psychomotricien

**Mission** : *intervenir sur les troubles du mouvement et du geste à travers des médiations corporelles, de la relaxation dynamique, de l'éducation gestuelle et des activités d'équilibre.*  
**Diplôme** : diplôme d'État de psychomotricien



## 📌 La catégorie des éducateurs APA

**Champs d'intervention** : médico-social, social et médico-éducatif.

**Publics** : personnes à besoins spécifiques non considérées comme patients.

**Finalité dominante** : autonomie, inclusion et qualité de vie par le mouvement.

**Nature de l'intervention** : éducative, préventive.

**Emplois-types** :

### 📌 Professeur d'EPS médico-pédagogique

**Mission** : *enseigner l'EPS à des élèves en situation de handicap, en adaptant les contenus aux programmes scolaires et aux besoins individuels.*

**Diplôme** : licence Éducation et Motricité, complétée par une spécialisation APA

### 📌 Éducateur APA « seniors » ou « adulte en situation de handicap »

**Mission** : *favorise une pratique physique régulière, adaptée aux capacités et à la demande sociale des différents publics, dans une visée de bien-être et d'autonomie.*

**Diplômes** : DEUST ou licence prof. APA seniors ou DEUST APSA

### 📌 Éducateur socio-sportif

**Mission** : *utilise l'activité physique comme médiateur éducatif et social pour soutenir l'évolution des comportements, renforcer les liens sociaux et favoriser les dynamiques d'inclusion et d'insertion ou de réinsertion.*

**Diplômes** : DEUST ou licence professionnelle inadaptations sociales...



PROFESSEUR  
D'EPS

ÉDUCATEUR  
APA-SENIORS

ÉDUCATEUR  
SOCIO-SPORTIF

### **La catégorie des éducateurs APA santé**

**Champs d'intervention** : structures sanitaires, réseaux de santé.

**Publics** : patients présentant des limitations modérées.

**Finalité dominante** : optimisation de la santé et de l'autonomie par les APSA ; accompagnement post-soin.

**Nature de l'intervention** : préventive à visée thérapeutique.

**Emplois-types** :

#### **Enseignant en APA / éducateur médico-sportif**

**Mission** : *consolide, maintient et améliore la reprise du mouvement en instaurant une pratique régulière d'activités physiques et sportives adaptées ; coordonne le parcours du patient vers les structures relais « sport-santé »*

**Diplômes** : diplômés du domaine APA

### **La catégorie des éducateurs sport-santé**

**Champs d'intervention** : fédéral et associatif.

**Publics** : pratiquants avec limitations minimales ou sans limitation.

**Finalité dominante** : promotion de la santé et du bien-être.

**Nature de l'intervention** : préventive et inclusive.

**Emplois-types** :

#### **Éducateur sport-santé (EPGV, aviron, boxe, etc.)**

**Mission** : organiser et animer une pratique sportive régulière adaptée ; contribuer au maintien de la santé, du bien-être et de la condition physique.

**Diplômes** : diplôme d'État ou CQP assortis d'une certification complémentaire « sport-santé » ou « APA ».

## 📌 La catégorie des éducateurs Parasport

**Champs d'intervention :** structures fédérales parasport.

**Publics :** licenciés en situation de handicap ou présentant des inadaptations.

**Finalité dominante :** développement d'une culture sportive adaptée.

**Nature de l'intervention :** éducative, inclusive et valorisante.

**Emplois-types :**

### 🎯 Éducateur sport adapté ou handisport

**Mission :** concevoir et encadrer des programmes sportifs adaptés à des fins de loisir, de santé, de perfectionnement ou de compétition, et valoriser la participation sociale des pratiquants.

**Diplôme :** DEJEPS spécialité perfectionnement sportif (APSA ou handisport)



## 2. Résumé

Ce cadre analytique met en évidence la pluralité des catégories professionnelles d'intervention présentes dans le champ APA. Chacune d'elles renvoie à une rationalité propre, sanitaire, éducative, sociale ou inclusive et à des formes d'emploi distinctes, adossées à des formations et à des dispositifs institutionnels spécifiques.

L'hypothèse des catégories professionnelles offre une lecture clarifiée du champ : elle dépasse la dispersion des appellations sans réduire la diversité des métiers, révélant simultanément les continuités fonctionnelles et les discontinuités institutionnelles qui structurent l'intervention auprès des publics à besoins spécifiques.

### 💡 Enjeux contemporains :

- ◆ **Clarifier les frontières professionnelles** sans réduire la transversalité du champ.
- ◆ **Articuler les logiques** de soin, d'éducation et de prévention.
- ◆ **Construire une reconnaissance** fondée sur la complémentarité plutôt que la segmentation.



## Les formations spécialisées de référence

→ **DEUST APSA déficiences intellectuelles, troubles psychiques** (1520 h dont 400 h de stage – Université de Strasbourg).

→ **DEUST APS et inadaptations sociales** (1500 h dont 500 h de stage – Université de Strasbourg) ;

**Licence professionnelle intervention sociale : développement social et médiation par le sport** (922 h dont 460 h de stage – Université Paris Nanterre).

→ **DEUST pratique et gestion des APS et de loisirs pour les publics seniors** (1300 h dont 300 h de stage – Université de Strasbourg).

→ **Licence professionnelle santé, vieillissement et APA** (900 h dont 350 h de stage – Université Claude Bernard Lyon 1).

→ **Licence généraliste APA et santé** (≈1000 h dont 250 h de stage – Université Montpellier).

→ **DÉJEPS activités physiques et sportives adaptées** (970 h dont 400 h de stage).

→ **DÉJEPS handisport** (1280 h dont 580 h de stage).

→ **DÉ Masseur-kinésithérapeute** (3450 h dont 1470 h de stage).

 **Tableau :** les catégories professionnelles de l'intervention en AP auprès des personnes à besoins spécifiques



## Chapitre 37 : Les registres de l'intervention au titre de l'APA

Le champ APA s'est constitué dans une dynamique de pluralité structurelle : pluralité des institutions, des politiques publiques, des finalités sociales, éducatives ou sanitaires, pluralité également des métiers, des emplois et des modèles d'intervention soulignant une polyvalence indifférenciée.

Le présent chapitre propose d'esquisser un **cadre conceptuel** permettant de lire cette pluralité sans la réduire.

L'intervention au titre de l'APA s'inscrit dans un **continuum** (signifié des 1974 par Simard) situé au croisement du sanitaire, du médico-social, du social, de l'éducation, du sport et des politiques publiques visant la prévention, l'inclusion ou encore la promotion d'un mode de vie physiquement actif.

En référence aux travaux de Jean-Paul Génolini, il est possible d'identifier **quatre visées majeures d'intervention** : la visée thérapeutique, médiationnelle, éducative et préventive.

Ces registres d'intervention ne constituent pas des catégories étanches. Ils s'articulent selon les caractéristiques des publics, les contraintes institutionnelles et les objectifs du projet d'intervention et des projets personnalisés d'accompagnement (PPA).<sup>61</sup>

💡 D'après nous, ces registres constituent le **cœur Du métier ou de la spécialisation** de l'intervenant au titre de l'APA.

### 1. Un cadre conceptuel pluriel

Selon le public considéré (élèves déficients, seniors dépendants, malades chroniques...) et la demande sociale (EPS, entretien de soi, loisir...), l'intervention au titre de l'APA s'organise autour d'une

---

<sup>61</sup> Génolini, J.-P. (1999). « *Les possibles modèles d'interventions en APS dans le secteur spécialisé* », Guide de l'intervenant, hors-série, APAPSS, le Luart, APAPSS, pp. 8-22. Voir également Mémento pour l'intervention, APAPSS, 2001.

**visée principale**, qui constitue l'axe structurant du projet. Toutefois, cette visée dominante est adossée aux registres.

L'approche APA est presque toujours **multidimensionnelle**, même lorsqu'un objectif prioritaire a été identifié. Cette dynamique s'observe sur le terrain.

### **Le professeur EPS en IME**

Le professeur EPS exerçant en institut Médico-Éducatif (IME) est un enseignant qui met en œuvre un programme d'éducation physique et sportif principalement à visée d'éducation-instruction : il s'agit de permettre à des élèves présentant une déficience intellectuelle de développer des compétences motrices, cognitives et sociales, en s'appuyant sur des connaissances et des savoir-faire, incluant des contenus liés la santé et à l'hygiène de vie.

Ce programme d'instruction peut simultanément mobiliser d'autres registres :

- **La prévention** : la programmation des APS (nb de séances), les situations proposées et l'aménagement du milieu contribuent à réduire les risques liés à la sédentarité, à favoriser un mode de vie actif et à limiter certaines complications associées aux déficiences.

- **La Médiation** : avec certains groupes, l'intervention doit intégrer une démarche relationnelle et communicationnelle visant à soutenir l'engagement, à développer les interactions sociales ou à apaiser des tensions internes ou groupales ; l'activité physique devient alors un support d'expression et de relation.

- **Le thérapeutique** : certains élèves peuvent présenter des limitations fonctionnelles ou une maladie chronique nécessitant un travail spécifique sur les capacités, l'endurance, l'équilibre ou la gestion de la fatigue. Dans ce cas, l'enseignant ajuste les situations en lien avec les professionnels de santé de l'établissement ou du médecin référent de l'élève.

Ce type de situation illustre la professionnalité composite propre à l'intervention au titre de l'APA. L'intervenant doit articuler, selon les besoins des personnes et le contexte institutionnel, des dimensions éducatives, préventives, médiationnelles et thérapeutiques, tout en restant attentif à la visée principale qui fonde son projet afin d'éviter

une polyvalence indifférenciée. L'originalité du métier réside précisément dans cette capacité à mobiliser plusieurs registres de manière cohérente, au service d'un projet réellement centré sur la personne.

## 2. Les quatre registres d'intervention : repères conceptuels

Ces registres renvoient à quatre logiques d'action distinctes qui orientent l'usage de l'activité physique selon les besoins des publics.

✦ **Le registre thérapeutique** : « *restaurer la fonction, révéler la capacité* »

Ancré dans le modèle biomédical, il vise la réduction des déficiences, l'amélioration des incapacités et le retour à la fonctionnalité.

L'intervenant opère au sein de protocoles, d'évaluations standardisées, en articulation avec les équipes médicales et paramédicales. La finalité renvoie à l'optimisation des capacités et l'autonomie du patient, prolongée au besoin par une éducation thérapeutique.

✦ **Le registre de la médiation** : « *Tisser du lien, libérer le mouvement* »

Fondé sur une approche psychosociale et psychoclinique centrée sur le désir, la communication et l'identité, il mobilise l'activité physique comme tiers médiateur pour restaurer les liens sociaux, symboliques et émotionnels. L'évaluation est qualitative, appuyée sur l'analyse des interactions et des conduites.

✦ **Le registre éducatif / instructif** : « *Apprendre à bouger, grandir en compétences* »

Inscrit dans une logique d'équité, d'inclusion et d'accessibilité, il vise la construction de compétences motrices, sociales et culturelles grâce à une pédagogie différenciée. Dans les milieux scolaire ou sportif, il soutient la progression, la participation et la socialisation.

✦ **Le registre préventif** : « *Agir tôt, bouger mieux, vivre longtemps* »

Fondé sur des logiques à la fois hygiénistes et sociétales, il agit sur les risques (sédentarité, isolement, comportements délétères) à travers la prévention primaire (hygiène de vie), secondaire (rupture de

trajectoires morbides); tertiaire (limitation des incapacités et réinsertion). Il mobilise les politiques publiques liées à la santé, l'éducation thérapeutique et la promotion de modes de vie actifs.

### 3. Les compétences transversales des professionnels relevant de l'APA

Ces registres mobilisent des savoirs différenciés, mais reposent sur des compétences transversales essentielles :

- **Évaluation** initiale, continue et terminale ;
- **Analyse** de l'activité et des contextes de pratique ;
- **Compréhension** fine des dynamiques biopsychosociales ;
- **Maîtrise d'une pédagogie de la différenciation** ;
- **Travail interprofessionnel** et communication ;
- **Capacité de médiation** auprès des personnes et des institutions ;
- **Éthique de la pratique** : respect du désir, du rythme, des particularités.

Ces compétences constituent, nous semble-t-il, le socle d'une spécialisation de l'intervention en APA.

### 4. Perspectives pour structurer un projet relevant de l'APA

Un projet cohérent doit articuler :

- ◆ **L'analyse de la situation** (besoins, capacités, environnement) ;
- ◆ **Le registre dominant** (thérapeutique, médiationnel, éducatif, préventif) ;
- ◆ **Les interactions possibles entre registres** ;
- ◆ **Une évaluation pertinente**, quantitative ou qualitative ;
- ◆ **Une projection vers l'autonomie, la participation ou la qualité de vie.**

Cette structuration permet au professionnel de situer son action et d'inscrire son intervention dans une dynamique d'accompagnement durable.

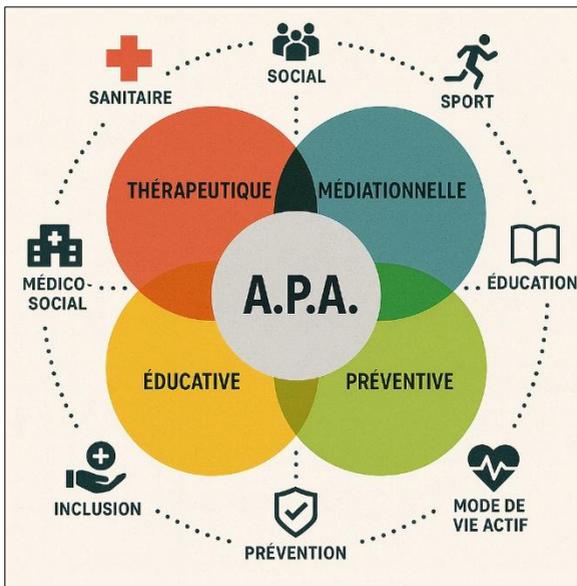
## 5. Résumé

L'intervention au titre de l'APA s'inscrit dans un **continuum** qui traverse les champs sanitaire, médico-social, éducatif, social et sportif. Quatre registres en structurent les modalités : le **thérapeutique**, la **médiation**, l'**éducation** et la **prévention**. Ces registres ne sont jamais exclusifs : selon les besoins des publics et les contextes institutionnels, un même projet peut les **articuler simultanément**.

Cette professionnalité composite requiert des compétences **spécifiques** liées à la visée principale et au modèle d'intervention, ainsi que des compétences **transversales** fondées sur une compréhension des autres registres et sur une coopération interprofessionnelle étroite. Elle permet d'ajuster l'action et de soutenir l'autonomie, la participation et la qualité de vie des personnes accompagnées.

Ce continuum apparaît comme le cœur de la spécialisation du métier d'éducateur en APA. Il structure son intervention depuis l'évaluation jusqu'à l'accompagnement adapté.

 **Tableau** : les registres de l'intervention en APA



 Les quatre registres de l'intervention en APA

<b>Thérapeutique</b>	<b>Éducatif</b>
<p><b>Finalité principale</b> Réduire les déficiences et incapacités, restaurer les capacités fonctionnelles, contribuer au soin.</p>	<p><b>Finalité principale</b> Assurer l'accès aux savoirs, aux pratiques culturelles et à la participation sociale ; favoriser l'équité et l'inclusion.</p>
<p><b>Logique d'action</b> Approche biomédicale basée des protocoles structurés, une progression individualisée, une collaboration médicale et un retour idéal à la norme fonctionnelle.</p>	<p><b>Logique d'action</b> Approche éducative et didactique fondée sur la différenciation pédagogique, l'adaptation de l'environnement, la socialisation et des apprentissages structurés.</p>
<p><b>Rôle de l'intervenant APA</b> Concevoir un programme d'exercices ciblés ; agir sur la déficience ou les capacités restantes ; se coordonner avec les professionnels de santé et participer à l'éducation thérapeutique.</p>	<p><b>Rôle de l'intervenant APA</b> Concevoir des situations d'apprentissage ; transmettre des connaissances et des techniques ; favoriser la mixité et l'accessibilité ; accompagner les parcours éducatifs.</p>
<p><b>Repères d'évaluation</b> Tests initiaux et finaux ; mesures fonctionnelles ; évolution biomédicale ; conformité au programme ; capacité à réaliser des tâches motrices rééduquées.</p>	<p><b>Repères d'évaluation</b> Acquisitions motrices ; progression dans les apprentissages ; participation ; validation d'étapes scolaires ou sportives.</p>

<b>Médiationnel</b>	<b>Préventif</b>
<p><b>Finalité principale</b> Faciliter la relation, la communication, l'expression et l'engagement du sujet par l'activité physique.</p>	<p><b>Finalité principale</b> Réduire les risques, maintenir l'autonomie, promouvoir les habitudes de vie actives et prévenir la dégradation de l'état de santé.</p>
<p><b>Logique d'action</b> Approche psycho-sociale et psycho-clinique ; pédagogie du souhait ou du désir ; analyse fine des interactions ; étayage affectif et relationnel.</p>	<p><b>Logique d'action</b> Approche de prévention primaire, secondaire et tertiaire ; modification des comportements de santé ; éducation thérapeutique ; actions sur les environnements et modes de vie.</p>
<p><b>Rôle de l'intervenant APA</b> Servir de tiers médiateur ; utiliser l'APS comme support de communication ; repérer les modes d'engagement ; accompagner le projet personnel du sujet.</p>	<p><b>Rôle de l'intervenant APA</b> Accompagner vers un mode de vie actif ; sensibiliser aux bénéfices de l'activité ; guider l'inscription dans des pratiques durables ; réduire les facteurs de risque.</p>
<p><b>Repères d'évaluation</b> Observations qualitatives ; analyse des interactions ; repérage des indices d'engagement, de communication et d'identité sociale ; relevés comportementaux contextualisés.</p>	<p><b>Repères d'évaluation</b> Indicateurs de mode de vie ; observance des programmes ; maintien de l'activité ; diminution des risques et prévalences ; autonomie fonctionnelle.</p>

## Chapitre 38 : EAPA, un éducateur comme les autres ?

### Observation d'une séance découverte d'APA orientée sur le renforcement musculaire à poids de corps

Dans le cadre d'une initiative portée par *Harmonie Mutuelle*, une séance APA de découverte a été proposée à ses adhérents, autour de la thématique du renforcement musculaire sans matériel.

Nous avons assisté à l'une de ces séances découvertes, d'une durée de 45 minutes, qui a réuni cinq participants (sans limitation ou limitations minimales voire modérées pour une personne) un homme et quatre femmes dont trois étaient âgés de plus de 60 ans.

L'encadrement de cette séance était assuré par une EAPA, diplômée d'une licence et d'un master dans cette spécialité. Cette professionnelle occupe également un poste de coordinatrice à mi-temps au sein d'une Maison sport-santé.

Dès le début de la séance, l'intervenante a interrogé les participants sur leurs limitations fonctionnelles, douleurs éventuelles ou contre-indications. Cette démarche s'est prolongée tout au long de la séance, à travers l'ajustement des exercices proposés : variations d'intensité, options sans appui, ou encore encouragements individualisés. Ce souci constant d'adaptation témoigne d'une approche centrée sur les capacités et les besoins singuliers de chacun.

### Composition de la séance découverte APA

#### Échauffement

- **Exercices articulaires** : rotation de la tête, du coude, du bassin, des genoux...
- **Exercices d'élévation cardiaque** : séries de pas chassés, de course de 15 m avec élévation du genou...

#### Corps de la séance : renforcement musculaire

- **3 séries de 30' par exercice avec 30' de repos** : squat - alterner élévation latérale d'une jambe sans la poser - alterner fente arrière de la jambe - faire la « chaise » isométrique

- **Par deux en alternant, 3 séries de 30' par exercice avec 30' de repos** : un qui fait la planche sur les coudes pendant que l'autre fait un aller-retour en pas chassés ; un qui fait la chaise contre le mur pendant que l'autre fait un aller-retour en pas chassés.

### **Étirements - retour au calme**

- **Exercices d'étirement debout** : bras, mollets, cuisses... suivi d'étirements vers le haut avec relâchement général...

Cette séance, bien que globalement ajustée au profil des participants, révèle une tension centrale lorsqu'on mobilise la grille des quatre registres d'intervention.

Les adaptations individualisées témoignent d'un ancrage dans les registres **éducatif** et **préventif**, mais la séance reste largement structurée selon les codes classiques du conditionnement physique.

Les registres **thérapeutique** et **médiationnel**, pourtant constitutifs de l'identité professionnelle de l'EAPA, apparaissent faiblement sollicités dans ce contexte où les limitations fonctionnelles sont peu marquées.

Cette configuration interroge la lisibilité de la spécificité de l'EAPA : lorsque la situation n'active pas ou peu les registres spécialisés, l'intervention peut sembler proche d'une séance de gymnastique volontaire animée par un éducateur sportif non spécialisé.

Elle met en évidence un point sensible : la reconnaissance de l'expertise en APA dépend-elle d'un public présentant des déficiences manifestes, conditionnant l'activation du registre thérapeutique et d'une médiation relationnelle plus affirmée ? Ou bien l'EAPA doit-il affirmer pleinement ce qu'il apporte dans les registres **éducatif** et **préventif**, même auprès de publics faiblement symptomatiques ?

Cette séance illustre ainsi les tensions entre deux modèles professionnels : celui qui fonde la spécificité sur la technicité biomédicale ou la prise en compte de limitations importantes, et celui qui valorise une approche pédagogique, inclusive et relationnelle relevant d'une expertise transversale.

L'enjeu devient alors de rendre plus visible la manière dont l'EAPA articule les registres, même lorsque l'intervention semble se dérouler à la frontière de l'animation sportive, afin de clarifier auprès des partenaires ce qui constitue la plus-value propre au champ.

## Chapitre 39 : Éducateur « sport-santé » et « APA »

L'initiative portée par la Société Française du Sport-Santé (SF2S) avec la création du métier d'**Éducateur Sportif Sport-Santé (E3S)** témoigne de la **diversification des emplois-types** au sein des secteurs sanitaire, social et médico-social.

Cette émergence institutionnelle traduit une volonté de **structurer le champ du sport-santé**, en réponse à la montée des politiques publiques de prévention et de promotion de la santé par l'activité physique.

Cependant, la **délimitation conceptuelle et fonctionnelle** de ce nouvel emploi-type d'éducateur physique soulève d'importantes **tensions** lorsqu'on la confronte à la formation universitaire **APA**. En effet, la coexistence de ces deux figures professionnelles, issues de logiques de formation et de reconnaissance distinctes, interroge la **cohérence du système français de professionnalisation** dans le champ de l'APA et de la santé au regard du décret de 2016.

### 1. Proximité des compétences visées

L'E3S est conçu comme un éducateur sportif, capable d'encadrer, des activités physiques, régulières, adaptées et sécurisées, dans une visée de bien-être, d'autonomie et de plaisir. Les objectifs pédagogiques de la formation sont fixés par le cahier des charges proposé par le Comité National Olympique et Sportif Français dans le cadre du développement du « Médicosport-Santé ».

De leur côté, les diplômés APA-Santé sont spécifiquement formés à la conception et à la mise en œuvre de programmes d'activités physiques et sportives adaptées, avec une capacité d'intervention reconnue notamment auprès de publics atteints de pathologies chroniques.

👉 On observe donc un **chevauchement fonctionnel**, en particulier autour des compétences d'adaptation, de sécurisation et de progression des pratiques. Par ailleurs, les dispenses d'APA prescrites

par le médecin reposent sur le **référentiel de compétences défini par l'État**, ce qui accroît la zone de recouvrement entre les deux profils<sup>62</sup>.

## 6. Différenciation théorique et institutionnelle

La licence APA-santé repose sur un socle universitaire (sciences du sport, physiologie, psychologie, sociologie), conférant une légitimité scientifique et professionnelle reconnue au niveau national.

À l'inverse, l'E3S s'appuie sur une logique de **certification complémentaire à un diplôme d'État**, adossée à des programmes fédéraux (voir les exemples dans le dictionnaire Médico-sport-santé). Sa légitimité institutionnelle apparaît plus fragile, en particulier vis-à-vis des prescripteurs médicaux, garants de l'orientation des patients vers l'activité physique adaptée.

## 7. Niveau d'intervention et périmètre de compétence

L'E3S semble viser un **niveau intermédiaire** entre l'éducateur sportif généraliste (CQP, BPJEPS) et le spécialiste APA. Son rôle consiste à encadrer des cycles éducatifs « sport-santé » dans des structures sportives ordinaires, mais également auprès de patients présentant des besoins spécifiques **avec des limitations fonctionnelles minimales**.

En revanche, les professionnels APA disposent d'un champ d'action plus large : ils interviennent dans des contextes multiples (secteurs sanitaire, médico-social, associatif, collectivités), mais principalement auprès de patients présentant des limitations **modérées à sévères**.

👉 Ce différentiel suggère une **complémentarité potentielle**, mais laisse entrevoir une possible concurrence si les frontières de missions ne sont pas clairement définies.

## 8. Enjeux de reconnaissance et de gouvernance

L'E3S reflète une volonté associative et professionnelle de répondre rapidement aux besoins croissants en matière de sport-santé.

---

<sup>62</sup> Annexe 3 à l'instruction interministérielle du 3 mars 2017, tableau relatif aux compétences nécessaires pour dispenser une APA prescrite.

Cependant, l'absence d'intégration claire de cette certification dans le paysage officiel des diplômes interroge à la fois sa **pérennité** et son **articulation** avec les politiques publiques, notamment depuis l'instauration en 2016 de la prescription médicale d'APA.

👉 La question centrale demeure celle de la **légitimité institutionnelle** : qui est habilité à définir les compétences et qualifications légitimes dans le champ du sport-santé ?

## 9. Résumé

L'E3S peut être compris comme une réponse pragmatique aux besoins de terrain, visant à élargir l'offre d'encadrement sport-santé (pratiques sportives fédérales adaptées). Toutefois, son émergence révèle plusieurs tensions :

- ◆ un risque de fragmentation des certifications et une dilution de la lisibilité du champ pour les publics comme pour les prescripteurs médicaux ;
- ◆ une concurrence latente entre la reconnaissance académique (STAPS-APA) et les initiatives associatives ou professionnelles, qui cherchent à occuper l'espace laissé par des dispositifs nationaux parfois lents à se déployer.

En définitive, la coexistence de l'E3S et du diplôme STAPS-APA illustre la difficulté persistante à unifier la gouvernance du sport à des fins de santé en France, entre logique académique, associative et institutionnelle.



## Chapitre 40 : La licence APAS - entre grade et métier

La licence APAS occupe une place singulière dans l'offre de formation STAPS. En tant que grade universitaire, elle certifie l'acquisition d'un socle cohérent de connaissances et de compétences inscrit dans le référentiel RNCP et structurant le champ de l'APA.

Cependant, son inscription aux interfaces du sport-santé, du médico-social et des politiques publiques conduit fréquemment à la percevoir comme un diplôme débouchant directement sur un métier.

Cette ambiguïté structurelle, **un grade universitaire chargé d'attentes professionnelles**, constitue le fil conducteur de son évolution et éclaire les enjeux actuels de son positionnement.

### 1. Une exception dans le paysage universitaire

Contrairement à la majorité des licences (droit, histoire, EM, etc.), qui préparent à une pluralité d'emplois ou à une spécialisation ultérieure (ex. master MEEF pour l'enseignement), la licence APAS est souvent considérée comme une formation à un métier.

Cette perception repose sur son inscription historique dans des secteurs d'intervention identifiés (handicap, maladies chroniques, vieillissement, inclusion sociale). Elle demeure toutefois en décalage avec son statut institutionnel :

**! Le grade licence ne confère pas de qualification professionnelle.**

Il permet de poursuivre des études en master ou de s'insérer dans le monde du travail en postulant à des emplois (fiche RNCP). Par ailleurs, *l'université ne délivre pas de diplômes d'EAPA.*

 **À noter** : la fiche RNCP mentionne une liste d'emplois accessibles dont les titres n'existent pas.

## 2. Des évolutions historiques à l'origine des confusions (Livre Blanc 2008)

Le Livre Blanc de Malte 2008 a joué un rôle majeur dans la consolidation du domaine APAS :

- ◆ structuration nationale,
- ◆ appui sur la recherche,
- ◆ adaptation aux secteurs d'exercice,
- ◆ clarification des identités et des fondamentaux conceptuels.

Il a élargi le champ historique (handicap, éducation, prévention) aux enjeux de santé et de qualité de vie, rapprochant l'APA des disciplines médico-paramédicales. Cet élargissement a contribué à renforcer l'idée d'une **expertise spécifique**, parfois assimilée à un métier, alors que le diplôme restait un grade universitaire généraliste.

## 3. L'impact du LMD et les tensions dans l'architecture de la formation (Rapport Duché, 2014)

Le rapport<sup>63</sup> Duché (2014) montre que la réforme LMD a déplacé une partie de la professionnalisation vers la licence, autrefois concentrée au niveau de la maîtrise avec des mémoires de fin d'études à dominante pédagogique.

À l'époque, chaque université développait des spécialisations fortes (handicap moteur à Lille, inadaptation sociale à Lyon, handicap mental à Montpellier), conduisant à des identités locales marquées.

Cette reconfiguration du cursus universitaire a entraîné :

- ◆ une réduction du volume de formation pratique ;
- ◆ une hétérogénéité nationale persistante ;
- ◆ des tentatives de spécialisation via majeures/mineures.

Le rapport alerte sur l'illusion de ces spécialités. Le volume horaire disponible en licence ne permet pas une maîtrise réelle des domaines ciblés. Il recommande au contraire une **lisibilité renforcée des**

---

<sup>63</sup> Duché P. *Compte-rendu de la journée thématique dédiée aux formations et à la recherche en Activité Physique Adaptée-Santé (APA-S)*, avril 2014.

**annexes descriptives** et le maintien d'une **formation généraliste** centrée sur :

- l'intervention pédagogique,
- la sécurisation des pratiques,
- l'adaptation aux besoins spécifiques.

💡 Pourtant de nombreux mémoires de licence s'orientent aujourd'hui davantage vers une **pré-recherche**, s'écartant des travaux centrés sur des problématiques strictement pédagogiques.

Par ailleurs, le rapport souligne que la majorité des collègues reconnaît l'intérêt de disposer d'une dénomination professionnelle stabilisée. Toutefois, **l'extrême diversité des emplois** effectivement exercés, répartis entre secteurs sanitaire, médico-social, social, éducatif ou encore judiciaire, **constitue un frein majeur** à l'adoption d'un intitulé unique.

Le rapport souligne également que les équipes pédagogiques du parcours APAS disposent souvent d'une connaissance incomplète des secteurs d'activité auxquels la formation est censée préparer.

#### 4. Reconnaissance de la mention et fragilités persistantes (Bilan Delignières, 2019)

Le bilan du président de la C3D, Didier Delignières (2019) confirme une consolidation progressive de la mention APAS, grâce à sa reconnaissance officielle<sup>64</sup>. Cependant, il met en lumière des disparités interuniversitaires marquées, des concentrations variables sur les maladies chroniques, une cohérence encore inégale avec les attentes du champ sanitaire.

La licence doit rester centrée sur **l'intervention directe**, tandis que le master relève des fonctions d'expertise, d'évaluation et de coordination.

Un défi persistant consiste à augmenter la place des compétences professionnelles en licence, notamment en mobilisant davantage les enseignants en APA (C3D, Toulouse, 2020).

---

<sup>64</sup> Delignières D. (2019). *Bilan d'un long mandat à la tête de la C3D STAPS (2013-2019)*, c3d-stap.fr

## 5. Vers une harmonisation nationale : apports et limites du socle CNAPAS (2024)

En 2024, le CNAPAS publie un socle commun structurant les contenus spécialisés en APA des années L2 et L3 de la licence APAS. Ce référentiel représente **un volume total de 790 heures** de formation, stages compris<sup>65</sup>.

Ce cadre vise à renforcer l'homogénéité nationale et à clarifier les contenus. Cependant, il soulève plusieurs interrogations majeures :

🎯 un tel volume peut-il suffire à couvrir la diversité des types d'emplois relevant de l'APAS ?

🎯 une formation universitaire généraliste peut-elle garantir les compétences requises dans des contextes d'exercice aussi variés ?

La comparaison avec d'autres formations du champ APA (DEUST, licences professionnelles) ou du secteur sanitaire (notamment la formation de masseur-kinésithérapeute), dotées de volumes horaires supérieurs, notamment en stages, et ciblant un public unique, renforce ces interrogations<sup>66</sup>.

Le CNAPAS précise que le titulaire d'une licence STAPS mention APAS est, de facto, un **EAPA**.

Toutefois, en France, la **qualification métier** ne peut être obtenue qu'à travers des épreuves certifiantes fondées sur un référentiel métier (épreuves théoriques, mises en situation, dossier professionnel, entretien avec un jury).

La licence ne peut donc constituer, à elle seule, une qualification professionnelle.

La **fiche RNCP** est parfois mobilisée pour définir le métier. Or, cette fiche décrit uniquement les compétences universitaires attendues du

---

<sup>65</sup> Communiqué du Consortium National Activité Physique Adaptée-Santé, mise à jour le 6 juillet 2022.

<sup>66</sup> **DEUST APSA** (1520 h dont 400 h de stage) ; **DEUST inadaptations sociales** (1500 h dont 500 h de stage) ; **Licence professionnelle développement social et médiation par le sport** (922 h dont 460 h de stage) ; **DEUST publics seniors** (1300 h dont 300 h de stage) ; **Licence professionnelle santé, vieillissement et APA** (900 h dont 350 h de stage) ; **DÉ Masseur-kinésithérapeute** (3450 h dont 1470 h de stage).

titulaire du grade licence et n'a **pas valeur de référentiel professionnel**.

Enfin, en l'absence d'épreuves métier, les autres formations du champ APA ne peuvent prétendre au titre d'EAPA : seule la licence APAS permet d'en justifier.

## 6. Résumé

Les analyses convergent vers une conclusion centrale : la licence APAS demeure prise dans une tension entre **exigence académique** et **attentes professionnelles**, sans pouvoir prétendre au statut de diplôme métier. Sa consolidation repose sur trois leviers :

1. une harmonisation nationale effective ;
2. la clarification des compétences réellement visées ;
3. le maintien explicite de la distinction entre **grade** et **qualification professionnelle**.

La maturité de ce parcours STAPS dépendra de sa capacité à articuler polyvalence universitaire, lisibilité professionnelle et reconnaissance institutionnelle.



 **Tableau** : socle commun du contenu APA de la licence APAS  
(d'après CNAPAS, 2-3-2022)

 **APA handicap santé** : origine et évolutions, concepts, identités et participation, **40 h** a minima sur l'ensemble de la formation.

 **Compréhension de l'approche bio-psycho-sociale de l'activité physique** à l'interface des effets de l'activité physique sur les déficiences et les maladies chroniques à tous les âges de la vie (enfant, adolescent, jeune adulte, adulte, senior) :

- Déficiences physiques (motrices et sensorielles) : neurologiques centrales et périphériques, affections neuromusculaires évolutives, déficiences liées aux pathologies ostéo-articulaires, déficiences sensorielles... **(20 h)**.

- Déficiences comportementales, mentales et intellectuelles **(20 h)**.

- Pathologies chroniques / ALD : cardio-vasculaires, respiratoires, métaboliques, ... **(20 h)**.

- Difficultés d'insertion sociale et/ou prises en charge par le système judiciaire **(20 h)**.

- Autres publics spécifiques : avancée en âge, pré et post-partum, santé au travail, modes de vie sédentaires... **(20 h)**.

 **Pratique et technologie en APA**, a minima **100 h** sur l'ensemble de la formation.

 **Didactique et pédagogie** de l'intervention en APA, **100 h** a minima sur l'ensemble de la formation.

 **Techniques et outils d'évaluation des besoins**, capacités, incapacités, des styles de vie et de la participation, **40 h** a minima sur l'ensemble de la formation.

 **Sciences et techniques de l'adaptation par l'Activité Physique et des pratiques sportives** : identification et action sur les déterminants des vulnérabilités, de la santé, de la pratique physique pérenne (dont conditions d'accès, réseaux de soutien aux personnes, processus capacitaires et d'empowerment...), **80 h** a minima sur l'ensemble de la formation.

<p>♦ <b>Cadre juridique, éthique et réglementaire en APA</b> et des dispositifs d'accompagnement dans le système de santé (secteurs sanitaire, social, médico-social, sportif) : droit des usagers, droit des professions, coordination interprofessionnelle, évaluation de la qualité, prescription en APA, parcours de l'utilisateur et du patient, <b>40 h</b> a minima sur l'ensemble de la formation.</p>
<p>♦ <b>Formation à l'éducation à la santé</b> ou à l'éducation thérapeutique du patient, <b>40h</b> a minima sur l'ensemble de la formation.</p>
<p>♦ <b>Stage</b> : pratique en milieux spécialisés d'une durée <b>de 250 h</b>.</p>

 **Tableau** : des emplois-métiers dans les CCNT

♦ professeur EPS dans les établissements relevant des annexes XXIV (sept catégories d'élèves déficients) ;
♦ Professeur technique STAPS dans des dispositifs de la PJJ
♦ EAPA dans un établissement sanitaire de la FPH ;
♦ EAPA dans un établissement psychiatrique ;
♦ Éducateur sportif (autre que EAPA) dans un établissement de la FPH ;
♦ Moniteur APA dans un centre de thermalisme ;
♦ Éducateur physique dans un EPHAD
♦ Éducateur physique dans l'un des nombreux dispositifs pour personnes en situation de handicap : MAS, foyer de vie, FAM, FHAH, ESAT, SAVS, CRP, UEROS... ;
♦ Éducateur physique dans une MECS, FEH
♦ Éducateur physique dans un établissement de placement éducatif : UEHC, UEHED, CER, CEF, EPM ;
♦ Éducateur physique dans un CHR, CADA, CAARUD, CSAPA
♦ Éducateur physique dans une maison sport-santé ;
♦ Éducateur physique dans un réseau de santé...

## Chapitre 41 : Les mouvements professionnels

Depuis la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, des dynamiques corporatistes se sont structurées autour de la volonté d'exercer un monopole d'intervention en tant qu'éducateur physique ou sportif, notamment dans le secteur sanitaire, social et médico-social. Aujourd'hui, ces mouvements poursuivent leur mobilisation en œuvrant à la reconnaissance et à l'institutionnalisation de nouveaux emplois-métiers, fondés sur le concept APA et le sport-santé, dans une perspective de professionnalisation élargie.

### 1. La Société des professeurs spécialistes de culture physique médicale de France



Au début du XX<sup>e</sup> siècle, des professeurs d'EP, spécialistes de culture physique médicale, tentent de développer un versant « thérapeutique » à leur intervention pédagogique, sur la base d'une gymnastique suédoise.

 **À noter :** ce versant thérapeutique (traitement des troubles de la santé) est de nouveau réactivité avec le développement de l'APA en direction de la santé.

Dès 1932, ces éducateurs physiques spécialisés se regroupent dans la « Société des professeurs spécialistes de culture physique médicale de France » dont les changements de dénomination témoignent des difficultés à se positionner : « Société française de rééducation physique » en 1938 ; « Société française Universitaire de Rééducation Physique » en 1961 ; « Société française d'Éducation et de Rééducation Psycho-motrice » en 1968.

Ces enseignants acceptent la collaboration avec les médecins, mais ils ne veulent pas être leurs subordonnés. A partir de 1945, ils s'orientent vers une intervention médico-pédagogique dans le champ scolaire dans les centres de rééducation physique (C.R.P) créés en 1946 pour accueillir par séquences des élèves scolarisés classés groupe III :

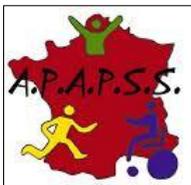
déficients simples ou pré-orthopédique et post-orthopédique, déficients psycho-moteurs.

Ces éducateurs mettent en place **une gymnastique médicale, orthopédique et correctrice pour remédier aux déficiences des élèves en vue de les reclasser** dans les cours normaux d'EP dont ils ont été exemptés. Ces professeurs entrent en concurrence avec les masseurs-kinésithérapeutes dont le métier est créé en 1946. Finalement, cette société et ce corps de professionnels disparaissent en 1978 avec la suppression progressive des centres de rééducation physique et le développement du métier de kinésithérapeute.

 **À noter** : les formateurs universitaires en EPS, dont certains étaient impliqués dans les Centres de rééducation physique (CRP), avaient développé des enseignements spécifiques liés à l'épreuve de « rééducation » du CAPEPS (gymnastique correctrice, posturale, psychomotrice...). Bien que cette épreuve disparaisse en 1981, les contenus associés ne s'évanouissent pas pour autant. Ils sont réorganisés et réinvestis dans les formations universitaires : dès le DEUG, les UER-EPS maintiennent et enrichissent des modules centrés sur la réadaptation, la rééducation et la réhabilitation par l'activité physique.

Cette continuité pédagogique et conceptuelle constitue l'un des terrains majeurs sur lesquels s'est progressivement construit le parcours « réhabilitation des handicapés par les APS », puis, plus tard, le parcours « APA ». Elle éclaire la filiation historique de la spécialité, marquée par une hybridation précoce entre logiques éducatives, biomédicales et réadaptatives.

## 2. L'association des professionnels des APS du secteur spécialisé



Un Comité national de l'Éducation Physique et Sportive Spécialisé (CNEPSS) est créé en 1994 pour regrouper les intervenants en APS des secteurs sanitaire, social et médico-social (professeurs, moniteurs, éducateurs, animateurs, étudiants, etc.).

Il fait suite à la publication, en 1989, des annexes XXIV relatives à l'accompagnement des élèves déficients dans les établissements médico-éducatifs.

En 1995, le Comité devient l'Association nationale des professionnels des activités physiques et sportives du secteur spécialisé (APAPSS). Ses objectifs sont de défendre et développer l'EPS dans le milieu spécialisé, de favoriser l'application des textes officiels et de redéfinir les statuts des éducateurs physiques dans les conventions collectives.

En 1998, l'association précise que l'EPS spécialisée vise la réduction des handicaps par l'entretien des capacités résiduelles ou spécifiques et le développement de nouvelles compétences, dans une démarche d'enseignement intégrée au projet interdisciplinaire et individuel. Le mouvement disparaît en 2013 après avoir obtenu la création de l'avenant 292 (2004) à la convention collective nationale de 1966, reconnaissant le recrutement d'intervenants spécialisés en activités physiques adaptées pour publics handicapés.

### 3. L'association des éducateurs médico-sportifs

#### **Éducateur médico-sportif**

Une nouvelle  
profession au  
service des  
programmes ETP

L'Association des éducateurs médico-sportifs (ADEMS) a été créée en 2005 avec le soutien de médecins diabétologues. Elle s'efforce de promouvoir un emploi-type d'Éducateur médico-sportif (EMS). Ce poste se développe principalement en établissements de santé, réseaux de santé...

Ces professionnels sont majoritairement titulaires d'un diplôme universitaire du parcours APA-S. L'EMS intervient, pour maintenir ou améliorer la santé et la qualité de vie, auprès de personnes atteintes de pathologies variées : surpoids, obésité, diabète, hypertension, asthme, BPCO, maladies cardiovasculaires, affections liées au vieillissement ou handicaps. Il conçoit, anime et évalue un cycle éducatif de 14 séances (pratiques et théoriques d'éducation à l'APA), puis coordonne la sortie du cycle avec les structures relais « sport-santé » afin d'assurer la continuité des pratiques physiques adaptées<sup>67</sup>.

---

<sup>67</sup> Laureyns F. (2011). « *Éducateur médico-sportif* », Hegel, Aubagne, Edit. Association pour la revue Hegel, n° 2, p. 78 à 81.

#### 4. La Société française des professionnels en APA



La Société française des professionnels en activité physique adaptée (SFP-APA) a été créée en 2008. Elle regroupe exclusivement des personnes titulaires d'un diplôme universitaire STAPS mention « Activité Physique Adaptée et Santé » (Licence, Master, Doctorat).

Elle s'efforce de promouvoir l'Activité Physique Adaptée comme concept universitaire et d'être une « corporation de référence en matière d'Activité Physique Adaptée ».

Elle vise principalement à développer et valoriser un métier unique d'enseignant (EAPA) ou de coordinateur APA réservé aux seuls titulaires d'une formation universitaire APA-santé, pour exercer principalement dans le secteur sanitaire, médico-social et social.

#### 5. La société française de Sport-Santé



La Société française de Sport-Santé (SF2S) a été créée en 2010 par le professeur Gilbert Pérès (†) et le docteur Jean-Luc Grillon, médecin conseiller à la DRJSCS,

La SF2S se présente comme une société scientifique fédérant les expertises du sport et de la santé, et promouvant l'activité physique pour tous.

Elle a créé la certification d'Éducateur Sportif Sport-Santé (E3S), accessible aux titulaires d'un CQP, BPJEPS ou d'une licence STAPS APA-santé, afin de préparer des professionnels capables de conduire des cycles sport-santé sécurisés, progressifs et adaptés aux capacités et objectifs des publics.

Au-delà de la formation, la SF2S participe à la structuration du champ du sport-santé, conçu comme un dispositif organisé d'intervention auprès de publics atteints de pathologies chroniques. Elle a instauré un label « salle/équipement sport-santé », garantissant un encadrement sécurisé et cohérent avec le déploiement des Maisons sport-santé. Depuis 2020, elle organise également les Rencontres nationales du

sport-santé, espace d'échanges et de consolidation du secteur (sf2s.org).

## 6. Résumé

L'histoire des structures impliquées dans le champ des activités physiques adaptées met en évidence des **visions contrastées du statut professionnel**, entre métier, emploi-type et spécialisation, selon les logiques éducative, médicale, sociale ou universitaire qui les fondent.

✦ La **Société des professeurs de culture physique médicale** (1932) défend une spécialisation pédagogique à visée thérapeutique, cherchant à affirmer une autonomie vis-à-vis du corps médical avant d'être supplantée par le **métier** de kinésithérapeute.

✦ L'**APAPSS** (1995) s'attache à **reformuler les emplois-types** du champ médico-social afin de consolider la place des intervenants APA.

✦ L'**ADEMS** (2005) formalise celui d'**Éducateur médico-sportif (EMS)**, **emploi intermédiaire** entre sport et santé, inscrit dans une logique éducative et partenariale avec les médecins.

✦ La **SFP-APA** (2008) revendique un **métier scientifique et exclusif**, réservé aux seuls diplômés APA-santé, dans une stratégie de **monopole** du champ de l'APA.

✦ La **SF2S** (2010) promeut une **spécialisation complémentaire**, l'**Éducateur Sportif Sport-Santé (E3S)**, ouverte à divers professionnels du sport, dans une logique de **diffusion et de normalisation** du sport-santé.

Ces positionnements traduisent des stratégies de légitimation concurrentes. Certaines recherchent la reconnaissance institutionnelle au sein des dispositifs médico-sociaux, d'autres visent la consolidation scientifique du champ ou la diffusion technique des pratiques à visée de santé. Cette pluralité, si elle témoigne de la vitalité du secteur, souligne aussi son morcellement identitaire et la difficulté à articuler ses rationalités éducative, médicale et scientifique dans une véritable unité conceptuelle et professionnelle.

 **Tableau** : synthèse de l'orientation des mouvements professionnels



1932



1995



**ADEMS**

2005



2008



2010

**Société des professeurs de culture physique médicale** : une spécialisation pédagogique à visée thérapeutique.

**APAPSS** : reformulation des emplois-types dans le champ médico-social et autres.

**ADEMS** : titre d'emploi articulant logique médicale et éducative.

**SFP-APA** : un métier fondé sur une approche scientifique réservé aux diplômés universitaires APA-Santé.

**SF2S** : un éducateur sport-santé dans une logique de diffusion des pratiques sportives fédérales de santé.

## Synthèse de la 6<sup>ème</sup> partie

Cette sixième partie a examiné la structuration du champ de l'APA à travers la formation, l'emploi et la reconnaissance du métier d'EAPA. Elle révèle une professionnalisation inachevée, marquée par la dispersion des diplômes, la fragmentation des statuts et l'absence de régulation unifiée.

Les **diplômes spécialisés APSA** ont permis de qualifier les éducateurs pour l'intervention auprès de publics à besoins spécifiques, mais leur **répartition entre trois ministères** (Enseignement supérieur, Sports, Santé) entretient des logiques institutionnelles concurrentes, éducative, sportive et thérapeutique, générant une segmentation durable du champ. Cette diversité se retrouve dans la multiplicité des **emplois-types**, dont la coexistence d'intitulés et de conventions nuit à la lisibilité et à la reconnaissance professionnelles.

La figure de l'**EAPA** cherche à stabiliser cette identité, mais demeure **une profession empêchée** : reconnue dans les dispositifs de santé publique, sans monopole d'exercice, autonomie ni protection du titre.

Enfin, les **mouvements professionnels** traduisent des orientations divergentes plutôt qu'un projet commun, révélant la pluralité des modèles de légitimation en présence.

**En somme**, cette partie souligne une tension centrale : la montée en légitimité sociale et politique de l'APA contraste avec la **désunion structurelle** de ses acteurs, freinant l'émergence d'une profession unifiée et pleinement reconnue.



## **Conclusion et perspective**

# **APA**

**À la recherche  
d'une  
épistémologie  
propre**

## Chapitre 42 : Conclusion générale

Ce *Mémento n° 2* retrace la lente maturation du champ APA en France, depuis son émergence universitaire à la fin des années 1970 jusqu'à son inscription dans les dispositifs institutionnels et politiques contemporains.

Sa trajectoire révèle une **tension fondatrice entre deux rationalités** :

✦ une rationalité **éducative et humaniste**, ancrée dans la tradition STAPS, centrée sur la participation, l'émancipation et l'autonomie des personnes ;

✦ une rationalité **biomédicale et prescriptive**, portée par les politiques de santé publique, qui tend à orienter l'APA vers la prévention, la correction et la normalisation des corps.

Les chapitres consacrés aux quatre registres d'intervention, thérapeutique, médiationnel, éducatif et préventif, offrent un éclairage conceptuel décisif. Ils montrent que l'APA ne relève pas d'un seul modèle d'action, mais d'un continuum de pratiques articulant des logiques multiples, parfois convergentes, parfois concurrentes. Cette pluralité, loin d'être accidentelle, constitue la matrice même du champ.

### 1. Le sport-santé : une redéfinition des pratiques et des finalités du sport

La première partie a montré l'émergence du *sport-santé* comme nouvelle forme de pratique sportive, répondant aux enjeux contemporains de santé publique. Structuré par des dispositifs fédéraux, nationaux et territoriaux, il s'est progressivement imposé comme levier de prévention et de lutte contre la sédentarité, au prix d'une relecture biomédicale qui tend à occulter partiellement ses dimensions sociales et éducatives.

La distinction initiale entre APA (champ scientifique et professionnel) et **sport-santé** (offre de pratiques à visée préventive) tend à s'estomper depuis 2016, entretenant des **confusions conceptuelles et professionnelles** révélatrices de rapports de pouvoir entre État, fédérations, professions de santé et universités.

En définitive, cette partie met en évidence que le *sport-santé* ne constitue pas une simple innovation lexicale : il redéfinit les finalités, les acteurs et les modes d'organisation du sport à des fins de santé.

L'enjeu, aujourd'hui, est de distinguer ce qui relève d'une **offre standardisée de prévention** de ce qui constitue une **intervention structurée**, fondée sur les registres et la professionnalité spécifique des EAPA.

## 2. De la légitimation universitaire à la régulation juridique

La deuxième partie a mis en lumière la **construction progressive de l'APA comme champ universitaire autonome**, à la croisée des sciences du mouvement humain et des sciences de l'éducation.

Cette légitimation académique s'est toutefois accompagnée d'une **institutionnalisation juridique**, notamment avec le décret de 2016, qui inscrit l'APA dans le champ du soin.

Si cette reconnaissance marque une avancée historique, elle s'est opérée au **prix d'une subordination au système de santé**, réduisant la portée éducative et inclusive du projet initial.

## 3. Le décret de 2016 : un tournant conceptuel et politique

La troisième partie a montré que le décret de 2016 constitue un **tournant à la fois politique et symbolique**.

En transformant un concept scientifique en **outil de régulation publique**, il institue un continuum d'interventions entre prévention, réadaptation et réhabilitation, mais **brouille les frontières professionnelles et disciplinaires**.

L'APA devient dès lors **un dispositif de santé publique**, encadré par la prescription médicale, au détriment de son autonomie éducative et de sa fonction émancipatrice.

## 4. Deux rationalités en tension : éducative et biomédicale

La quatrième partie a souligné la **dualité épistémologique** du champ de l'APA.

D'un côté, une **rationalité éducative**, fondée sur la relation, la progression et la participation active du sujet ; de l'autre, une

**rationalité biomédicale**, centrée sur la correction, la mesure et la normalisation du corps.

L'enjeu n'est pas de choisir entre ces logiques, mais de reconnaître qu'elles structurent les pratiques et identités professionnelles, parfois au prix d'une invisibilisation des registres médiationnel et éducatif dans les dispositifs orientés santé.

## 5. Une professionnalisation segmentée

La cinquième partie a mis en évidence la **dispersion des certifications et des statuts d'emploi** dans le champ des APA et du sport-santé.

Les trajectoires de formation (universitaires, fédérales, paramédicales) traduisent des **logiques concurrentes de professionnalisation** : certaines valorisent la compétence scientifique et éducative des diplômés APA-S, d'autres privilégient des certifications technicistes et rapidement opérationnelles.

Cette hétérogénéité, reflet d'une gouvernance partagée entre ministères, accentue la **fragmentation identitaire du champ** et complique la reconnaissance d'un « métier » d'éducateur APA (EAPA) comme profession à part entière.

## 6. Une professionnalisation inachevée

La sixième partie a mis en évidence la fragilité d'une profession encore en gestation, davantage engagée dans une dynamique de conquête d'un territoire d'action et d'affirmation d'un monopole que dans une véritable structuration stabilisée.

L'EAPA est reconnu socialement, mais reste dépourvu d'une véritable identité de métier et d'un cadre réglementaire propre.

Positionné à l'intersection des champs éducatif, sportif, sanitaire et médico-social, il occupe une place singulière : ni thérapeute, ni éducateur sportif classique, ni travailleur social, mais un praticien capable d'articuler les différents registres d'intervention.

Cette pluralité fonctionnelle, loin de constituer une faiblesse, révèle au contraire la complexité structurelle et les tensions identitaires, inhérentes à un exercice professionnel qui ne saurait se résumer à un seul statut sous le label unificateur de l'APA.

Par ailleurs, **le volume horaire spécifique** consacré à la licence APA-Santé demeure limité au regard de la diversité des contextes d'intervention et de la pluralité des publics à besoins spécifiques. Ce déséquilibre dans la conception même de la formation interroge la capacité du dispositif à préparer pleinement les futurs EAPA à la complexité des terrains, à la transversalité des logiques institutionnelles et à la polyvalence exigée par l'exercice professionnel.

## 7. Vers une refondation épistémologique et politique

Ainsi, la reconnaissance institutionnelle de l'APA constitue une avancée historique, mais profondément ambivalente : elle apporte visibilité et légitimité, tout en fragilisant la cohérence scientifique et éducative du champ.

L'APA se situe désormais au croisement de logiques éducatives, sportives et thérapeutiques, sans régulation unifiée capable d'en garantir l'équilibre.

Dans ce contexte, les registres d'intervention offrent un cadre conceptuel déterminant : ils invitent à penser l'APA non comme un segment du soin, mais comme un champ véritablement pluriel, structuré par des logiques différenciées et complémentaires. Préserver cette pluralité suppose de résister à une normalisation biomédicale croissante et de réaffirmer la vocation éducative, sociale et citoyenne du corps en mouvement.

La problématique centrale demeure ainsi épistémologique et politique : comment maintenir l'autonomie et la portée émancipatrice de l'APA dans un cadre de santé publique dominé par les logiques de prescription et d'efficience ?

La réponse passe par la reconnaissance de l'APA comme champ de savoirs et de pratiques réflexives, fondé sur l'expérience corporelle, la relation éducative et l'autonomie du sujet.

L'avenir du champ dépendra de sa capacité à transformer cette pluralité en principe de structuration plutôt qu'en facteur de division : un champ capable d'articuler soin, éducation, médiation et prévention sans réduire l'intervention à une logique unique.

## 8. Résumé

Ainsi, au terme de cette analyse, il apparaît que la reconnaissance institutionnelle de l'APA demeure ambivalente : elle confère une visibilité nouvelle, mais s'accompagne d'un risque de recentrage biomédical qui peut fragiliser la dimension éducative, sociale et citoyenne du champ.

Au-delà des outils conceptuels mobilisés, dont les registres constituent un élément structurant parmi d'autres, l'ensemble du memento montre que l'expertise de l'EAPA repose sur la capacité à intervenir auprès de publics variés, dans des contextes multiples, en articulant des logiques éducatives, sportives, sanitaires et sociales.

L'enjeu scientifique et politique est dès lors de consolider une épistémologie propre à l'APA, capable de préserver cette pluralité, d'éviter la dilution conceptuelle et d'affirmer un projet humaniste du corps en mouvement, centré sur l'autonomie, la participation et le pouvoir d'agir des personnes.

**APA**  
**Reconnaissance  
ambivalente**

**Préserver  
la pluralité**  
Un projet humaniste centré  
sur les personnes

## Chapitre 43 : Perspectives

Au terme de cette traversée historique, institutionnelle et conceptuelle, les perspectives proposées visent à dépasser le simple constat d'un champ dispersé. Il s'agit d'identifier les leviers susceptibles de renforcer la cohérence scientifique, professionnelle et politique de l'APA, dans un contexte où se recomposent les frontières entre sport, santé, éducation et intervention sociale.

### 1. une reconnaissance plurielle et intégrée

L'avenir du champ de l'APA repose sur la reconnaissance de sa **pluralité constitutive**. Plutôt que de chercher à imposer un modèle unique de métier, il s'agit d'assumer que la diversité des emplois-types reflète la diversité des besoins sociaux, sanitaires, éducatifs et inclusifs.

Cette pluralité n'est pas synonyme de fragmentation : elle renvoie à l'unité d'un **professionnel du mouvement humain**, capable d'intervenir sur les dimensions physiques, psychiques et sociales de la personne.

L'éducateur APA devrait être reconnu comme un professionnel à entrées multiples, adapté à différents environnements institutionnels, mais reposant sur un socle commun de principes épistémologiques, éthiques et méthodologiques.

### 2. Recentrer la formation universitaire

La consolidation du champ suppose une évolution du modèle de formation en STAPS-APA. Si la pluralité disciplinaire (biomécanique, physiologie, psychologie, sociologie, pédagogie) demeure une richesse, il importe de renforcer la cohérence entre contenus académiques et réalités professionnelles.

Le développement d'**options professionnelles** différenciées, évoquées par la C3D dans le Livre Blanc de Malte, santé (des options à la licence sous forme de modules mineurs, majeurs), handicap, vieillissement, inclusion, performance adaptée, etc., constitue une voie prometteuse pour articuler formation et employabilité. Ces options doivent être pensées comme des déclinaisons du métier dans différents

environnements, non comme des spécialisations cloisonnant les parcours.

L'objectif n'est pas la médicalisation de la licence APA-S, mais sa consolidation en tant que formation universitaire centrée sur la conception, la mise en œuvre et la médiation du mouvement humain auprès de publics à besoins spécifiques.

### 3. Redéfinir les frontières professionnelles

Comme l'a montré l'analyse précédente, la professionnalisation du champ reste entravée par la dispersion des certifications et l'absence d'un cadre d'exercice suffisamment lisible. Une évolution structurante consisterait à reconnaître, à l'échelle nationale, deux grandes familles de fonctions professionnelles correspondant aux réalités actuelles :

#### ✦ **L'éducateur APA-Santé** (secteur sanitaire)

Il interviendrait dans les dispositifs de prévention, de réadaptation et de soin, notamment à travers des emplois spécifiques tels que celui d'EAPA-santé au sein de la fonction publique hospitalière et de l'éducateur médico-sportif dans les réseaux de santé.

La pathologie constitue ici le point d'ancrage de l'intervention, qui mobilise des savoirs biomédicaux, des compétences évaluatives et une collaboration interprofessionnelle étroite.

Des formations complémentaires (DU, spécialisations courtes, modules) apparaissent nécessaires pour renforcer l'expertise sur des pathologies spécifiques (AVC, Parkinson, cancer, etc.) à l'exemple de celles proposées par la **SFP-APA**, telles que *APA et AVC* ou *APA et maladie de Parkinson*.

#### ✦ **L'éducateur APA-Social** (secteur médico-éducatif et social)

Il interviendrait auprès de publics dont les besoins sont d'abord éducatifs, développementaux ou sociaux : élèves en situation de handicap, seniors, publics vulnérables, associations, collectivités. Ici, c'est le **statut de la personne** (élève, senior autonome ou dépendant, pratiquant licencié, etc.) qui fonde la logique d'intervention. L'action s'oriente alors vers les besoins éducatifs, sociaux ou développementaux du sujet, indépendamment d'une pathologie déterminante.

Ces deux statuts permettraient de clarifier les missions, de stabiliser les emplois, d'assurer la progressivité des compétences à partir de l'ensemble des diplômes du champ (DEUST, licences pro, licence APA-S, DU), et de rendre lisible la double vocation fondatrice de l'APA : éducative et thérapeutique.

#### 4. Synthèse

L'APA se trouve aujourd'hui à la croisée des chemins : reconnue, mais encore instable, légitime, mais incomplète, scientifique, mais trop souvent instrumentalisée.

Son avenir dépendra de la capacité collective à concilier l'unité conceptuelle du champ et la diversité réelle des pratiques professionnelles. C'est dans cette dialectique que se jouera la transformation de l'éducateur en APA : non plus un intervenant assigné à un secteur, mais un **professionnel du mouvement humain**, capable d'agir sur les corps, les milieux et les représentations, au service d'une société plus inclusive et plus juste.



# Annexes



## Schéma historique de l'APA

### 1972 : un bloc de cours initié par F. Caron

Un bloc de cours optionnel, dénommé « APA », créé au sein du Département des Sciences de l'AP (1976) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

### 1973 : un mouvement APA québécois initié par F. Caron

1<sup>er</sup> symposium (sur 7) québécois de l'APA organisé par F. Caron.



### 1974 : un concept

1<sup>ère</sup> définition du concept APA proposée par C. Simard :

- Un domaine d'études transversal relevant principalement des Sciences de l'AP et de la réadaptation ;
- Un secteur professionnel à destination des « populations spéciales » déclinant trois formes d'interventions : rééducation - réadaptation - éducation.

### 1977 : un concept international

1<sup>er</sup> symposium international de l'APA, à Québec, organisé par C. Simard et création de la **Fédération internationale de l'APA**.

### 1979 : le concept en Europe diffusé par J-C De Potter

2<sup>ème</sup> symposium international de l'APA à Bruxelles.

### Depuis 1981 : un concept international protégé par l'IFAPA

« L'APA est définie comme un ensemble interdisciplinaire de connaissances pratiques et théoriques orientées vers les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation liées à l'AP. Il s'agit d'une profession de prestation de services et d'un champ académique d'étude qui soutient une attitude d'acceptation des différences individuelles, milite pour l'accès à des modes de vie actifs et au sport, et promeut des formes innovantes et coopératives de prestation de services, de soutien et d'autonomisation. L'APA inclut, sans toutefois s'y limiter, l'éducation physique, le sport, les loisirs, la danse, les arts créatifs, la nutrition, la médecine et la réhabilitation. » (IFAPA, 2025)

## En France

### 1975 : formation des étudiants EPS à la « réhabilitation »

Des 1975, des cours complémentaires, dont celui de « réhabilitation et de traitement des différentes formes de handicap », figurent dans le programme du DEUG EPS.

### 1976 : Invention d'un parcours « réhabilitation »

Les UER-EPS transforment (dès 1976 à Marseille) le cours complémentaire de la formation EPS, en un parcours optionnel dit de « Réhabilitation des handicapés par la pratique des APS » : DEUG 1975 - licence en 1977 et maîtrise à partir de 1981.

### 1981 : le concept arrive en France

Yves Eberhard introduit le concept APA en France en 1981 puis au sein des UFR-EPS en 1989.

### 1984 : création du BEES APS adaptées (APSA)

### 1992 : APA - nouveau sigle du parcours « réhabilitation »

La dénomination APA est utilisée pour renommer le parcours STAPS « Réhabilitation des handicapés par la pratique des APS »

### 2006 : le parcours APA se scinde en deux

#### Un parcours APA-sociale, historique

DEUST, licence professionnelle...

#### Un parcours APA-santé

Licence APAS, Master...

### 2016 : le sigle APA est préempté par décret

Le sigle APA devient une **appellation générique** pour qualifier **toutes formes de pratiques physiques** exercées par des personnes ayant des B.S. et encadrées par tout éducateur physique ou sportif y compris certains rééducateurs. Ces différentes pratiques renvoient à deux formes d'intervention :

- 1- Une forme orientée **vers la demande sociale** à des fins diverses selon le dispositif d'accompagnement et les souhaits des P. à BS : *loisir ; perfectionnement ; performance ; EPS ; médiation ; prévention...*
- 2- Une forme orientée **vers la prévention** et l'éducation pour la Santé (C3D STAPS) et plutôt auprès de patients.

# Le métier d'éducateur physique ou sportif



## ● Mission (cœur du métier)

Eduquer, former et accompagner des publics de tous âges, y compris vulnérables, afin de soutenir la gestion active de leur corps et, plus largement, de leurs ressources personnelles — motrices, psychologiques et sociales — ainsi que de leur santé, au moyen de l'activité physique.

## ◆ En référence aux politiques publiques

Prévention et éducation à la santé, éducation à la citoyenneté et au développement durable, lutte contre les maltraitances, promotion de l'inclusion sociale et de l'égalité des droits et des chances.

## 📄 Cadre d'exercice

- Carte professionnelle
- diplôme RNCP
- Diplôme du Code du sport

## 📖 Visée générale de l'intervention

Transformer durablement les conduites corporelles, motrices, méthodologiques, psychologiques et sociales des pratiquants, au moyen d'interventions diversifiées (enseignements, animations, entraînements, accompagnements).

## 📖 Finalités de l'intervention

Les finalités poursuivies relèvent de registres variés, adaptés aux besoins et aux aspirations des pratiquants : éducatif, culturel, performatif, récréatif, thérapeutique, médiationnel, social... Certaines dominent selon les contextes, tout en pouvant s'articuler harmonieusement aux autres.

## ◆ Compétences professionnelles clés :

techniques, pédagogiques, relationnelles.

## ◆ Compétences transversales :

concevoir, encadrer, conduire, réguler, évaluer...

🌟 **Support d'intervention** : les activités physiques et sportives en tant qu'objets culturels, techniques, pédagogiques.

◆ **Principe pédagogique structurant** : une pédagogie de l'accompagnement, attentive aux besoins, aux ressources et aux projets des pratiquants, reposant sur une adaptation continue des APS, des situations, des modes de communication et des formes de relation.

🌟 **Le cadre déontologique et éthique** : l'éducateur physique ou sportif exerce son activité d'encadrement avec une exigence de responsabilité, de sécurité et de respect. Animé par une éthique de l'inclusion et de la bienveillance, il garantit des pratiques adaptées et sûres, soutient l'autonomie et le pouvoir d'agir des pratiquants, et favorise une relation positive et durable à l'activité physique.

➡ **Spécialisations professionnelles du métier et professions** : professeur EPS ; éducateur sportif ; éducateur sport-santé ; éducateur APA ; éducateur médico-sportif, enseignant en APA...

🌐 **Selon la spécialisation, le métier se déploie dans une diversité d'environnements** : écoles, collèges, lycées, clubs sportifs, collectivités territoriales, entreprises, secteur sanitaire, social, médico-social, maisons sport-santé, associations, structures privées, auto-entrepreneuriat.

# Intervenir au titre de l'APA

(Ensemble d'actes professionnels mobilisés par différents intervenants ayant une formation STAPS APA)

 **Un concept APA** depuis 1972

 **Une appellation générique APA** depuis 2016

 **Atteste :**  
**d'une formation universitaire APA :**  
deuts, licences professionnelles,  
licence APA-S, DU.



 **Justifie :**

- ◆ une carte professionnelle E.S
- ◆ un diplôme du Code du sport
- ◆ inscrit dans le RNCP

 **Accompagne :**  
différents **publics** à **besoins**  
**spécifiques** en situation de handicap :  
élèves, résidents, adhérents, patients,  
licenciés.

 **Exerce :**  
dans **divers dispositifs** sanitaires, sociaux,  
médico-sociaux et autres (IME, foyer,  
EHPAD, MECS, MAS, hôpital, réseau de  
santé, maison sport-santé...).

 **Opère :**  
au sein de dispositifs dont **le titre professionnel** est  
encadré par une CCNT : *professeur d'EPS, éducateur sportif*  
*en APS ou en EPS, EAPA, technicien-professeur, enseignant*  
*APS, professeur technique STAPS, moniteur...*

 **Active :** un  
cadre éthique



**Intervenir**  
au titre de  
l'APA

 **Élabore :**  
à partir de **connaissances** et de **savoirs** du champ  
APA relevant, en France, des STAPS.



 **Article :** quatre registres d'intervention, au cœur du métier, dont  
l'un devient principal selon le public :  
**thérapeutique - éducatif - préventif - médiationnel.**

 **Mobilise :**  
des références  
scientifiques.

 **Assure** ( de manière concomitante ou non ) :  
des fonctions **d'encadrement, d'enseignement** (sur la base  
d'un programme ou référentiel de savoirs identifiés),  
**d'animation, d'entraînement et d'accompagnement.**

 **contextualise :**  
conçoit, conduit, adapte, régule,  
évalue... des programmes, des  
situations...

 **Met en œuvre :**  
encadre, enseigne... des AP qui selon l'intervention,  
prennent la dénomination culturelle d'APS, d'APSA,  
d'APA, de sports.

 **Les piliers de l'intervention au titre de l'APA**

**Fondements du champ APA** (ce qui définit et donne sens à l'APA), **cadres et conditions de l'exercice professionnel** (ce qui autorise, structure et encadre l'activité), **publics concernés** (la raison d'être de l'APA), **registres d'intervention** (le cœur du métier), **actes professionnels** (ce que fait concrètement le professionnel) **et ingénierie d'intervention** (la compétence méthodologique avancée propre à l'intervention au titre de l'APA).



**coolLibri**.com

IMPRIMÉ EN FRANCE  
Achevé d'imprimer en janvier 2026  
chez Messages SAS  
111, rue Nicolas Vauquelin - 31100 Toulouse  
05 31 61 60 42  
[www.coolLibri.com](http://www.coolLibri.com)  
3119627

**Ce Mémento APA n° 2** prolonge le travail engagé dans le premier volume en approfondissant la réflexion autour du concept d'APA. Fondé sur des données récentes, il s'adresse aux étudiants, enseignants-chercheurs, éducateurs physiques et à l'ensemble des acteurs impliqués dans les interfaces entre sport, santé et accompagnement médico-social.

Ce second opus propose une synthèse sociohistorique de l'évolution du mouvement APA en France entre 2006 et 2025, actualisant l'analyse amorcée pour la période 1972-2006.



**Pascal Brier**, professeur d'Éducation Physique et Sportive émérite, a enseigné pendant plus de trente ans au sein d'un institut médico-éducatif. Docteur en STAPS et spécialiste en sociohistoire du sport et du handicap, il est fondateur et premier président de l'Association des Professionnels de l'Activité Physique et Sportive du secteur Spécialisé (APAPSS). Auteur de plusieurs ouvrages, il poursuit aujourd'hui ses recherches à travers des conférences et la publication d'articles de synthèse sur LinkedIn.