

2020-2021

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GÉNÉRALE

État des lieux des maisons sport santé en zone rurale en 2020

Étude qualitative de trois dispositifs

FERNANDEZ François

Né le 14 février 1992 à LE MANS (72)

Sous la direction du Docteur Cécile ANGOULVANT

Membres du jury

Monsieur le Professeur Pierre ABRAHAM	Président
Madame la Docteur Cécile ANGOULVANT	Directeur
Monsieur le Professeur Laurent CONNAN	Membre
Monsieur Sébastien GODARD	Membre

Soutenue publiquement le :
7 octobre 2021



**FACULTÉ
DE SANTÉ**
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné **François Fernandez**
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **06/08/2022**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillessement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine

DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine

PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie

BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck		Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAL Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine

RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
POIROUX Laurent	Soins Infirmiers	Médecine

ATER

BOUCHENAKI Hichem	Physiologie	Pharmacie
MESSAOUDI kHALED	Immunologie	Pharmacie
MOUHAJIR Abdelmounaim	Biotechnologie	Pharmacie

PLP

CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
--------------	------------------	----------

AHU

IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

Liste des abréviations

[illegible]

RESUME

INTRODUCTION

METHODE

RESULTATS

1. Données générales sur les entretiens

2. Caractéristiques des structures étudiées

3. Analyse thématique

3.1. Le fonctionnement actuel des dispositifs étudiés en lien avec les acteurs du territoire

3.1.1. Le travail avec les médecins

- a) Retour des médecins sur la MSS
- b) Importance de la confiance des médecins envers les APA
- c) Difficultés d'échange avec les médecins
- d) Intérêt de se faire connaître des médecins
- e) Manque de connaissance des médecins sur les Activités Physiques Adaptées
- f) Manque de reconnaissance du statut des enseignants en APA et des APA en général
- g) Certains médecins habitués mais un manque global de médecins prescripteurs

3.1.2. Le travail avec les élus et les collectivités

- a) Une implication des élus et des collectivités motrices pour le développement
- b) A absence de soutien des élus et des collectivités : un frein structurel potentiel
- c) Aide à la communication

3.2. Les freins rencontrés au développement de la structure et à la pratique individuelle des patients

3.2.1. Les défis de l'après parcours des Maisons Sport Santé

- a) Manque de solutions en sortie de parcours
- b) Poursuite de la même activité
- c) Salle dédiée à la pratique d'activités physiques au sein de la Maison Sport Santé
- d) Poursuite de la pratique autonome par de la randonnée
- e) Sortie de parcours vers les clubs du territoire

3.2.2. Maillage territorial

- a) L'éloignement géographique en zone rurale est un frein à la pratique d'activités physique
- b) Différentes actions pour lever ce frein

3.2.3. Communication

3.2.4. Freins à la pratique des patients

3.3. Réflexions sur le modèle économique de ces structures

3.3.1. Modèle économique

3.3.2. Un coût modéré pour les patients

3.4. Éléments clefs de la réussite pour les enquêtés

DISCUSSION

- 1. Forces et limites de l'étude**
- 2. Les résultats principaux**
- 3. Les perspectives de l'étude**

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction - 138 Maisons Sport Santé (MSS) ont vu le jour en 2019 (Stratégie nationale Sport Santé 2020 – 2024) mais seulement 3 en zone rurale alors qu'on estime que plus de la moitié l'obésité mondiale (55 %) est issue des populations rurales. Ce travail cherchait à améliorer les connaissances sur les Maisons Sport Santé en zone rurale, en étudiant 3 dispositifs labélisés. Cette étude se place comme une première étape à la création d'outils d'aide à la mise en œuvre de ce type de structures.

Méthode - Étude qualitative de type étude de cas par entretiens individuels semi directifs, à destination d'un dirigeant et d'un EAPA par Maison Sport Santé. Les entretiens ont été réalisés entre septembre 2020 et janvier 2021 en distanciel par un chercheur unique. Après enregistrement audio, retranscription intégrale puis anonymisation, une analyse thématique a été réalisée.

Résultats - Les enquêtés rapportaient comme principale difficulté l'orientation des patients après les cycles d'activités physique au sein des Maisons Sport Santé. Les raisons avancées étaient de deux ordres : des patients rassurés par le fait de continuer leurs habitudes de pratiques, mais aussi un manque de solutions en après parcours. Des solutions étaient expérimentées : détourner les installations communales pour l'activité physique, subventionner les clubs du territoire pour la création de créneaux « sport santé ». Des manques existaient concernant la prescription médicale et le maillage territorial. Enfin fédérer les acteurs locaux, l'implication des collectivités et notamment des communautés de communes, ressortaient comme des éléments clefs à la réussite de ces projets.

Conclusion - Les résultats obtenus par cette étude sont cohérents avec la littérature traitant de ce sujet. Il existe à l'heure actuelle de grandes inégalités nationales et régionales pour l'accès à l'activité physique adaptée. Ce travail s'adresse aux professionnels de santé et aux élus de zone rurale qui souhaiteraient mettre en place une MSS sur leur territoire pour la population et développer les liens avec les structures d'aval.

Introduction

Dans le monde, le manque d'activité physique (AP) est reconnu par l'OMS^{1,4} comme le 4ème facteur de risque de décès. En effet l'inactivité physique est reconnue comme la première cause de mortalité évitable dans les pays développés avec un peu plus de 10% des décès en Europe⁹. Il est désormais bien établi que l'activité physique réduit la morbi-mortalité, et les dernières études vont en ce sens avec des chiffres de diminution de la mortalité encore plus grands et variable selon les sources. L'activité physique apporte des bénéfices sur les plans cardiovasculaire, rhumatologique, respiratoire, psychique et neurologique ; ainsi que sur le stress, les troubles du sommeil, l'isolement social, voire certains cancers comme le cancer du sein, du côlon ou des cancers endocrines^{1,2}

La promotion de l'activité physique en France est un enjeu de santé publique central depuis une dizaine d'années comme en atteste les nombreux rapports et plans de santé publique qui ont vu le jour avec cette notion en leur sein. (Plan national nutrition santé PNNS 2011-2015 ; Plan obésité PO 2010-2013 ; Plan cancer 2014-2019).^{1,2,3}

Faisant suite au plan national « priorité prévention » du 26 mars 2018 et à la Stratégie nationale Sport Santé 2020 – 2024, 138 Maisons Sport Santé (MSS) ont vu le jour à travers la France au moment de ce travail de thèse. C'est la voie choisie par le gouvernement pour développer le sport sur ordonnance en France, avec un objectif affiché de 500 maisons sport santé à l'horizon 2022.

Les maisons sport santé sont des structures protéiformes, pouvant être des plateformes internet ou des dispositifs numériques, ou bien plus fréquemment des structures portées par des collectivités ou des centres de soins, parfois même des structures itinérantes (bus DK'pulse). Elles peuvent être portées par des établissements publics ou des structures privées comme des salles de sport et ont pour but comme l'indique l'appel à projet des MSS « d'accueillir le public, renseigner sur les offres d'APA disponibles localement et orienter vers des professionnels qualifiés et une activité physique adaptée au besoin du patient. » Elles sont ouvertes à tous et particulièrement aux personnes atteintes d'affections de longue durée nécessitant une pratique sécurisée, mais aussi aux personnes en bonne santé éloignées de l'activité physique.

Au moment de la première vague de labélisation, une écrasante majorité de maisons sport santé sont rattachées à des villes ou des métropoles, et certaines, très minoritaires, ont vu le jour au sein de territoires ruraux.

Cependant, aucune étude centrée sur la promotion du sport santé en zone rurale via les MSS n'est parue à ce jour, et aucun état des lieux n'a étudié en France les dispositifs sport santé spécifiquement dans les campagnes françaises³.

Le RAPPORT IGAS N°2017 de mars 2018³ rapporte un déficit d'études sur la mise en œuvre opérationnelle des recommandations et recommande de financer un travail de synthèse des modèles de programme sport santé par pathologie afin d'avoir une vision synoptique des actions conduites.

Cette étude propose d'orienter cette réflexion, non pas par pathologies, mais par population et par type d'espace géographique, en s'intéressant aux dispositifs des zones rurales.

Le rapport de « France Stratégie » de novembre 2018⁸ appuie cette idée et propose de « renforcer les actions ciblées vers les publics les plus éloignés de la pratique d'activité physique et sportive »

Une étude majeure parue en 2019 dans Nature¹¹ bat en brèche l'idée que l'obésité serait l'apanage des villes. Plus de la moitié l'obésité mondiale (55 %) est issue des populations rurales. Dans les pays à plus faibles revenus, c'est parfois plus de 80 % de la hausse de l'IMC qui provient des campagnes.

Selon les auteurs cela est dû aux changements alimentaires avec accès à de la nourriture très transformée, un changement de mode de vie avec des transports véhiculés même pour de petits trajets, et une diminution de l'activité physique au travail avec par exemple une mécanisation croissante de l'agriculture. On peut ajouter à ces changements un accès réduit aux professionnels de l'exercice et du sport, aux professionnels de santé ainsi qu'aux transports actifs.⁷

L'apport de cette étude publié par NCD Risk Factor Collaboration paraît important car l'objectif principal des politiques de prévention de l'obésité à travers le monde a été de lutter contre l'obésité urbaine. Des exemples d'interventions axées sur les villes comprennent les politiques de promotion de l'activité physique telles que les ciclovias d'Amérique latine qui ferment les rues urbaines pour stimuler la marche et le vélo ; la construction de pistes cyclables en milieu urbain dans de nombreuses villes européennes ; la conception de bâtiments urbains pour favoriser le mouvement ; et l'accent mis sur la création d'espaces pour marcher et jouer dans les villes, y compris la création de parcs.

La principale étude cherchant à étudier les actions mises en place à travers le monde pour promouvoir l'activité physique en zone rurale est parue très récemment⁹. Cette scoping review a cherché à comprendre comment les facteurs socioculturels et environnementaux uniques des zones rurales pouvaient aider à orienter les politiques et les pratiques de promotion de la santé. Les facteurs au premier plan étaient une vision de la santé fortement en lien avec la capacité de travail, la taille des communautés facilitant l'entraide, mais aussi l'implantation des équipements sportif^{7,9}. 1672 articles ont été screenés pour une étude qualitative de 12 d'entre eux, pour lesquels ils se sont attachés à décrire la mise en œuvre des programmes dans ces zones.

Les principaux obstacles à la mise en œuvre de programmes d'activité physique comprenaient le transport, le manque d'infrastructure, les facteurs socioculturels et les conditions météorologiques. A l'inverse les éléments clefs de la réussite de programmes comprenaient la flexibilité et la créativité de la part de l'équipe de mise en œuvre, tirant parti des relations humaines et des « ressources » partagées par les habitants.

Il en est ressorti également un manque d'évaluations rigoureuses de ces programmes d'activité physique réalisées dans les collectivités rurales.

Ce changement de regard, celui d'une ruralité comme principal acteur de l'augmentation de l'obésité, combiné aux spécificités sociodémographiques des campagnes françaises, démontre la pertinence d'un état des lieux des spécificités du sport santé en zone rurale, et ce d'autant qu'une nouvelle vague de labélisation de Maisons Sport Santé est à venir.¹²

L'étude s'est intéressée aux trois principales MSS implantées exclusivement en zone rurale. L'objectif était de dresser un état des lieux de leurs pratiques, relever leurs problématiques communes, étudier leurs spécificités et analyser les défis et les solutions qu'elles ont été amenées à trouver pour développer la pratique de l'activité physique dans leurs territoires.

Méthode

Pour cette étude, le choix s'est porté sur une méthodologie de type étude de cas des MSS en milieu rural, à partir de sources qualitatives issues d'entretiens individuels (EI) semi directifs et de données INSEE pour caractériser l'environnement géographique des structures.

La population étudiée par EI était constituée des acteurs des Maisons Sport Santé implantées exclusivement en zone rurale. Les Maisons Sport Santé ont été choisies parmi le dossier de presse référençant les 138 structures retenues dans l'appel à projet de 2019.

La définition de la ruralité ne fait pas consensus à l'heure actuelle. Pour définir les communes relevant de l'espace rural il a donc été décidé de retenir la définition de l'INSEE (modifiée en 2020)¹³ où les territoires ruraux désignent désormais l'ensemble des communes peu denses ou très peu denses d'après la grille communale de densité. Les MSS concernées étaient la Maison Sport Santé des Hautes Terres (Cantal), la Maison Sport Santé rattachée au pôle de santé du Champsaur-Valgaudemar (Hautes-Alpes), et la Maison Sport Santé de la communauté de communes de Loué-Brulon-Noyen (Sarthe).

Pour chaque structure ont été interviewés un enseignant APA (ou éducateur) ainsi qu'un dirigeant ou assimilé. Deux guides d'entretien ont été utilisés : un pour l'entretien avec les dirigeants à l'initiative du projet, un pour les acteurs au contact des patients (éducateur, enseignant APA).

Les guides d'entretiens ont été élaborés à partir des données de la littérature, et notamment à partir de la scoping review de Pelletier et Al. (2020). (Annexe 1)

Un formulaire de consentement a été envoyé à chaque enquêté pour lecture avant l'entretien et son accord a été recueilli par retour de mail.

Les entretiens ont été réalisés en distancier (visioconférence) et n'ont pas été répétés. La réalisation des entretiens s'est faite par un chercheur unique, interne en médecine générale, et ont été enregistrés en audio avec l'accord des participants. Ils étaient par la suite retranscrits dans leur intégralité par le chercheur puis anonymisés. Les entretiens ont été réalisés entre septembre 2020 et janvier 2021

Résultats

1. Données générales sur les entretiens

6 entretiens de 31 à 51 minutes ont été réalisés pour une durée moyenne par entretien de 42 minutes
Tous les entretiens prévus ont pu être réalisés.

Tableau 1 : Données générales

	Poste	Durée entretien
A1	Enseignant APA	47'
A2	Éducateur APA	51'
A3	Enseignant APA	50'
D1	Responsable territorial Chargé d'accompagnement	31'
D2	Agent de collectivité	37'
D3	Médecin	40'

A : Enseignant APA – D : Dirigeant (ou assimilé)

La maison sport santé des Hautes Terres ayant une seule et même personne à l'origine du projet et sur la partie opérationnelle, il a été décidé de réaliser également un entretien avec les coordinateurs du DAPAP15, dispositif auquel la MSS des Hautes Terres a été récemment intégrée.

Pour respecter l'anonymat des personnes enquêtées, il a été décidé de ne pas relier les propos tenus à leur structure d'exercice ou au lieu géographique.

2. Caractéristiques des structures étudiées

La Maison Sport Santé de la communauté de communes de Loué-Brulon-Noyen (LBN), première et seule MSS de Sarthe, est implantée sur un territoire rural. La communauté de communes de Loué-Brulon-Noyen regroupe 29 communes et 18 323 habitants en 2018 pour une densité de population est de 39,5hab/km² ¹³.

Cette communauté de communes est la plus densément peuplée des trois territoires étudiés.

Tableau 2 : Population par tranches d'âges de la CC de Loue Brulon Noyen

POP T0 - Population par grandes tranches d'âges

	2008	%	2013	%	2018	%
Ensemble	17 753	100,0	18 582	100,0	18 323	100,0
0 à 14 ans	3 838	21,6	4 082	22,0	3 798	20,7
15 à 29 ans	2 841	16,0	2 902	15,6	2 828	15,4
30 à 44 ans	3 806	21,4	3 833	20,6	3 498	19,1
45 à 59 ans	3 341	18,8	3 535	19,0	3 623	19,8
60 à 74 ans	2 148	12,1	2 442	13,1	2 829	15,4
75 ans ou plus	1 780	10,0	1 788	9,6	1 747	9,5

Sources : Insee, RP2008, RP2013 et RP2018, exploitations principales, géographie au 01/01/2021.

Tableau 3 : Population selon la catégorie socio-professionnelle de la CC de Loue Brulon Noyen

POP T5 - Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle

	2008	%	2013	%	2018	%
Ensemble	13 856	100,0	14 511	100,0	14 539	100,0
Agriculteurs exploitants	602	4,3	594	4,1	445	3,1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	489	3,5	507	3,5	530	3,6
Cadres et professions intellectuelles supérieures	557	4,0	724	5,0	667	4,6
Professions intermédiaires	1 543	11,1	1 620	11,2	1 761	12,1
Employés	2 108	15,2	2 231	15,4	2 169	14,9
Ouvriers	3 067	22,1	3 127	21,5	3 083	21,2
Retraités	3 950	28,5	4 147	28,6	4 252	29,2
Autres personnes sans activité professionnelle	1 539	11,1	1 561	10,8	1 632	11,2

Sources : Insee, RP2008, RP2013 et RP2018, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2021.

La Maison Sport Santé des hautes Terres, est implantée sur un territoire rural regroupant 3 Communautés de communes : Pays de Murat, Pays de Massiac, Cézallier.

Cette maison Sport Santé a été intégrée récemment au dispositif DAPAP 15.

Hautes Terres Communauté réunit depuis le 1er janvier 2017, 35 communes et 11555 habitants en 2018 avec une densité de population moyenne de 13 hab/km².¹³

Cette communauté de communes possède parmi ses habitants le plus grand pourcentage d'agriculteurs exploitants et de retraités.

Tableau 4 : Population par grandes tranches d'âges de Hautes Terres Communauté

POP T0 - Population par grandes tranches d'âges						
	2008	%	2013	%	2018	%
Ensemble	12 344	100,0	11 915	100,0	11 555	100,0
0 à 14 ans	1 581	12,8	1 502	12,6	1 395	12,1
15 à 29 ans	1 614	13,1	1 387	11,6	1 261	10,9
30 à 44 ans	2 267	18,4	1 884	15,8	1 675	14,5
45 à 59 ans	2 764	22,4	2 807	23,6	2 584	22,4
60 à 74 ans	2 267	18,4	2 419	20,3	2 782	24,1
75 ans ou plus	1 851	15,0	1 916	16,1	1 857	16,1

Sources : Insee, RP2008, RP2013 et RP2018, exploitations principales, géographie au 01/01/2021.

Tableau 5 : Population selon la catégorie socio-professionnelle de Hautes Terres Communauté

POP T5 - Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle						
	2008	%	2013	%	2018	%
Ensemble	10 671	100,0	10 392	100,0	10 133	100,0
Agriculteurs exploitants	1 046	9,8	995	9,6	801	7,9
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	505	4,7	488	4,7	392	3,9
Cadres et professions intellectuelles supérieures	228	2,1	320	3,1	347	3,4
Professions intermédiaires	804	7,5	772	7,4	881	8,7
Employés	1 428	13,4	1 369	13,2	1 416	14,0
Ouvriers	1 394	13,1	1 266	12,2	1 190	11,7
Retraités	3 969	37,2	4 139	39,8	4 190	41,3
Autres personnes sans activité professionnelle	1 298	12,2	1 042	10,0	915	9,0

Sources : Insee, RP2008, RP2013 et RP2018, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2021.

Le dispositif DAPAP (Dispositif d'Appui à la Prescription d'une Activité Physique adapté) a un rôle parallèle aux maisons Sport Santé et est déployé par l'ARS et la Direction Régionale de la jeunesse Auvergne Rhône Alpes depuis 2019 dans chaque département de la région. C'est un dispositif aux missions similaires aux Maison Sport Santé.

Enfin, la maison sport Santé rattachée au pôle de santé du Champsaur-Valgaudemar. Ce pôle de santé est reconnu en tant que Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) depuis 2020, et est labellisé Maison Sport Santé depuis 2020, et développe à ce titre des programmes d'activité physique sur ordonnance.

Cette Maison Sport Santé est implantée dans un territoire rural regroupant deux vallées de haute montagne.

L'intercommunalité du Champsaur Valgaudemar regroupe 25 communes pour 11 169 habitants (en 2018) et une densité de population de 14,6 hab/km².¹³

Tableau 6 : Population par grandes tranches d'âges de la CC du Champsaur-Valgaudemar

POP T0 - Population par grandes tranches d'âges						
	2008	%	2013	%	2018	%
Ensemble	10 564	100,0	11 058	100,0	11 169	100,0
0 à 14 ans	1 766	16,7	1 884	17,0	1 821	16,3
15 à 29 ans	1 454	13,8	1 399	12,6	1 334	11,9
30 à 44 ans	2 019	19,1	1 942	17,6	1 889	16,9
45 à 59 ans	2 210	20,9	2 402	21,7	2 336	20,9
60 à 74 ans	1 754	16,6	2 024	18,3	2 444	21,9
75 ans ou plus	1 361	12,9	1 407	12,7	1 345	12,0

Sources : Insee, RP2008, RP2013 et RP2018, exploitations principales, géographie au 01/01/2021.

Tableau 7 : Population selon la catégorie socio-professionnelle de la CC du Champsaur-Valgaudemar

POP T5 - Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle						
	2008	%	2013	%	2018	%
Ensemble	8 838	100,0	9 190	100,0	9 195	100,0
Agriculteurs exploitants	402	4,6	310	3,4	297	3,2
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	562	6,4	636	6,9	635	6,9
Cadres et professions intellectuelles supérieures	279	3,2	431	4,7	409	4,4
Professions intermédiaires	1 168	13,2	1 389	15,1	1 338	14,6
Employés	1 330	15,0	1 575	17,1	1 298	14,1
Ouvriers	1 025	11,6	813	8,9	774	8,4
Retraités	3 080	34,8	2 977	32,4	3 465	37,7
Autres personnes sans activité professionnelle	992	11,2	1 060	11,5	979	10,7

Sources : Insee, RP2008, RP2013 et RP2018, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2021.

Le tableau présenté ci-dessous résume les principales caractéristiques des trois structures étudiées ce jour, à partir des données extraites des entretiens.

Tableau 8 : Caractéristiques des structures étudiées

	CC Loue Brulon Noyen	PSCV	CC Hautes Terres
Début du projet	2017	2014-2015	2010
A l'initiative du projet	Communauté de communes	CPTS	EAPA / Communauté de communes
Pers. impliquées dans le fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> - 1 employé de la communauté de commune - 1 EAPA 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 médecin de la CPTS - 1 EAPA 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 EAPA
Le parcours pour les patients	Cycle de 3 mois	Cycle de 3 mois	Cycle de 3 mois
Nombre de séances	12 par cycle	20 par cycle	2h/semaine
Ateliers		<ul style="list-style-type: none"> - 1 introduction à la nutrition - 1 découverte d'activité avec les clubs 	<ul style="list-style-type: none"> - 5 ateliers « diététique »
Tarifs	30€ les 12 séances	15 € pour 3 mois	12€ par mois
Capacité sur l'année	180 pers.	96 pers.	Env 50 pers.
Locaux	Salle de fitness de la MSS	Locaux communaux (salles des fêtes)	Locaux communaux (salles des fêtes)
Accompagnement		1 séance découverte d'activité avec les clubs	Lien avec le DAPAP

3. Analyse thématique

3.1. Le fonctionnement actuel des dispositifs étudiés en lien avec les acteurs du territoire

3.1.1. Le travail avec les médecins

a) Retour des médecins sur la MSS

Les retours des médecins étaient positifs.

D2 « Les retours avec les professionnels de santé sont assez bons. Ils prescrivent à nouveau à leurs patients ou à leurs nouveaux patients cette prise en charge sur la Maison Sport Santé. C'est vraiment un complément à la prescription médicamenteuse. Les retours sont assez positifs. »

b) Importance de la confiance des médecins envers les APA

Créer un lien de confiance entre APA et médecins était un élément important pour cet enquêté.

D2 « Tout à fait, la réussite du projet à l'heure actuelle, et de sa labélisation, c'est le lien qu'on a pu créer de la confiance (...) entre l'enseignant APA et la maison pluridisciplinaire de santé. Sans ce lien fort, sans cette confiance, les médecins ne prescriraient pas les ordonnances vers notre salle. Ça a été un atout important, considérable. »

c) Difficultés d'échange avec les médecins

Un des enquêtés soulignait les difficultés d'échange et de communication avec les médecins, il espère une amélioration de ce côté avec l'arrivée de nouveaux outils numériques de communication mis en place par l'ARS.

A1 « C'est compliqué car les médecins, on connaît, ils ont un emploi du temps qui est plus que chargé donc pour réussir à échanger 5min c'est... il faut y arriver. »

A1 « Ouais, j'aimerais échanger un peu plus, sur les bilans. (...) La seule chose que j'ai c'est soit la personne a été renouvelé du coup je la revois. Soit non et je la revois plus. Il manque un échange là-dessus mais c'est compliqué à mettre en place. »

A1 (...) il va y avoir le logiciel régional. Je pense qu'avec ça, ça va être beaucoup plus simple, j'espère. Pour pouvoir échanger même en indirect.

A2 « On faisait des réunions de concertation pluri-professionnelles à chaque fin de cycle, avec les professionnels de santé, des professionnels du sport. (...) Le temps, c'est trop couteux. Et il y a des médecins qui sont hors territoires, donc on ne peut plus faire ces réunions de concertation, ce qui est bien dommage. Du coup ça fait 3 ans qu'on a plus ces réunions. »

d) Intérêt de se faire connaître des médecins

Deux enquêtés mettaient en avant le fait qu'être connu des médecins a été bénéfique pour leur Maison Sport Santé.

- A1** « Ensuite, une fois qu'on a eu le premier cycle, il y a eu des articles dans les journaux, on est passé sur la chaîne de télé du département, donc ça a permis de faire un petit coup de com' et ensuite certains médecins se sont renseignés donc c'était très bon, ça nous a permis de faire un bon coup de communication et de travailler avec plus de médecins. »
- D2** « L'opportunité a été qu'on a sur notre territoire une maison pluridisciplinaire de santé, avec actuellement 23 professionnels de santé. Maison de santé pluridisciplinaire qui est gérée par la communauté de commune, (...) Donc c'est ce qui nous a permis déjà de connaître ces professionnels, d'avoir un lien avec eux sur un premier projet qui a été la construction de la maison médicale, et donc après de pouvoir les associer dans une nouvelle démarche d'offre de Sport Santé »

e) Manque de connaissance des médecins sur les Activités Physiques Adaptées

Deux enquêtés trouvaient que les médecins manquaient d'informations sur les APA, et un autre trouvait que les médecins étaient peu sensibilisés à la prescription d'activités physiques.

- A1** « C'est le médecin qui peut informer du sport Santé à ses patients. Donc que tous les médecins soient au courant d'activités physiques adaptées, de son importance. Du lieu le plus proche duquel son patient peut pratiquer. Je pense qu'il faut repartir d'en haut, et même si ça rajoute un peu de travail au médecin, ça serait cool. »
- A2** « Donc oui c'est les médecins qui nous les orientent, qui nous orientent les personnes. Après ce que je remarque de plus en plus c'est que les médecins ils n'ont pas les infos, enfin ils ont les infos parce qu'on leur donne, mais ça traverse un peu, et ils ont beaucoup de choses à penser quand ils sont en consultation. »
- D1** « On a plusieurs niveaux de freins. En termes de frein opérationnel on pourrait dire l'accès au médecin, au professionnel de santé. Avec la sensibilisation auprès des médecins qui n'est pas toujours facile avec des médecins qui ne sont pas toujours ouverts à cette idée d'orienter des patients vers la pratique d'activité physique. »

f) Manque de reconnaissance du statut des enseignants en APA et des APA en général

Deux enquêtes relevaient le manque de reconnaissance du statut des EAPA

- A2** « (...) Je pense qu'ils ne savent toujours pas très bien ce qu'on fait, même les médecins. Les kinés, tant qu'on leur abîme pas leur patients... (rires). C'est juste qu'ils prennent pas part au projet mais après ça va. Après oui au niveau des médecins, au début il y a eu du débat sur la responsabilité médicale à prescrire de l'activité physique. « On prescrit que à toi parce qu'on te connaît, mais pas à un autre ». Il y avait ça aussi, la responsabilité. Et puis la méconnaissance de l'activité physique adapté. »
- A1** « Puis il y a un manque de connaissance aussi des médecins. Du dispositif, ou de l'activité physique adapté. Il y a des médecins qui y portent peu d'importance, qui ne connaissent pas ce qu'est un enseignant en APA »

g) Certains médecins habitués mais un manque global de médecins prescripteurs

Certains médecins avaient pris l'habitude de cette prescription

- A2** « Après c'est beaucoup des médecins qui prescrivent depuis le début de l'action en fait, qui du coup ont pris cette habitude là. »
- A3** « On a à peu près une dizaine de médecins qui prescrivent, ce qui est quand même beaucoup vu la démographie médicale qui est ici. On a pu avoir des médecins qui sont convaincu de l'intérêt, après les premiers retours, et on a un pool de médecins prescripteurs assez durable. »

Mais il persistait un manque global de médecins prescripteurs dans certains centres en lien avec la démographie médicale basse et le manque de temps des médecins installés.

- D1** « On a plutôt très peu de médecins, une vingtaine. »
- D1** « Un peu plus de mal à ce niveau que des médecins commencent à nous orienter directement des personnes. C'est en lien avec la problématique de démographie médicale, et dans le temps qu'ils ont la prescription d'activité physique n'est pas forcément la priorité. »
- A3** « Mais en réalité on a une démographie médicale qui est problématique, les médecins ont une surcharge, et finalement on n'a pas beaucoup de médecins qui peuvent s'impliquer »

Un autre enquête relèvait des variabilités en fonction des périodes

- A2** « Et aussi ça dépend beaucoup des périodes, y'a des périodes où on a vraiment l'impression qu'ils ne pensent pas à ça. »

Des pistes et des initiatives étaient mises en place pour motiver et aider la prescription médicale, telles que la création d'un outil d'aide à la prescription ou des initiatives locales basées sur la communication.

- D1** « *Il y a un outil d'aide à la prescription des personnels de santé, c'est un document PDF qui est remplissable.* »
- D1** « *Pour les médecins on essaye de s'appuyer sur des initiatives locales. On essaie de travailler avec des partenaires comme la CPAM ou vraiment en local quand on a un médecin qui est ressource.* »
- A2** « *Et j'ai presque l'impression que la demande des médecins c'est qu'on fasse plus de communication et que la demande vienne des patients.* »

Le réseau avec les autres professionnels, et notamment les kinés, était perçu comme une force pour la prescription pour cet enquête.

- A1** « *La force qu'on a ici c'est le maillage entre les médecins, la Maison Sport Santé et les kinés qui est plutôt fort. Même si on n'a pas des échanges quotidiens. Voilà on sait que le projet il est instruit, ils le connaissent, ils participent, ils prescrivent. Ça c'est plutôt une force.* »

3.1.2. Le travail avec les élus et les collectivités

a) Une implication des élus et des collectivités motrices pour le développement

Pour plusieurs enquêtés l'appui des collectivités ou des élus politiques pouvait être une vraie force pour le développement des Maisons Sport santé, avec un rôle fédérateur des différents acteurs, un rôle dynamisant du projet et un rôle financier.

- D2** « *Nous notre rôle ça a été d'être l'élément fédérateur, c'est-à-dire mettre en réseau les différents partenaires pour que le projet puisse être viable dans le temps et créer une dynamique. Donc le rôle de la collectivité ça a été ça entre l'association qui supporte la maison Sport Santé, les médecins, et aussi les différents partenaires. Ça a été de réunir tout le monde, fédérer tout le monde sur ce projet pour créer ensuite une dynamique.* »
- A3** « *Et la force, ce qui a été un énorme moteur, c'est qu'à un moment donné un acteur politique majeur du territoire, s'est emparé du sujet, en a compris les enjeux, et ça a été une véritable locomotive pour le projet. Ça a permis de sensibiliser d'autres élus et de faire monter en puissance ce projet.* »
- A3** « *Rencontrer une personne influente sur le plan politique qui s'empare du sujet ça a été une des deuxièmes grandes forces, et la mise à disposition des ressources d'une communauté de commune pour aller chercher des financements ça a été le 3e facteurs « clef ». »*

b) A absence de soutien des élus et des collectivités : un frein structurel potentiel

Certains enquêtés avançaient le manque d'appui des élus locaux comme un frein au développement, ou tout du moins comme un manque potentiel pour un meilleur développement.

Un des enquêtés expliquait que le changement d'élus politique a marqué un coup d'arrêt au développement de la structure par l'absence de soutien des élus au dispositif.

- A3** *« Mais voilà actuellement on a un environnement politique qui est moins favorable, et ils se retrouvent obligés de prioriser d'autres choses, plus essentielles, et aujourd'hui on a pas les ressources, le répondant, pour aller plus loin sur ce projet de Maison Sport Santé tel qu'on l'a imaginé. »*
- D3** *« Et après le frein qui est là pour toute organisation, je dirais pas les politiques, car on nous a toujours mis à disposition les salles, mais disons qu'on nous a pas toujours facilité les choses non plus. Voilà c'est pas quelque chose qui avait été saisie par la mairie notamment d'ici »*
- A3** *« On avait absolument tous les ingrédients, en dehors de la valence politique pour qu'on ait une MSS tout à fait intéressante. »*
- D1** *« Peut-être oui dans ce qu'on pourrait refaire c'est les liens avec les collectivités, c'est vrai que c'est des acteurs de proximité (...). Il manque ce maillon-là. »*

c) Aide à la communication

Un enquêté exprimait le souhait d'un appui de la collectivité pour développer la communication autour de la Maison Sport Santé.

- A2** *« Je pense que la communication via notamment les collectivités, un engagement des collectivités plus affirmé, ça serait sympathique. Pas que financièrement mais ne serait-ce qu'un partenariat « philosophique ». C'est déjà le cas car il y en a plein qui ont signé notre charte, mais c'est vrai qu'au niveau communication, un petit peu plus d'appui des collectivités serait un plus »*

Un autre enquêté évoquait l'apport de la communication pour fédérer davantage d'élus locaux autour du projet

- A3** *« Dans la première phase du projet, dans les ressources je vous ai parlé de la capacité à répondre à des appels à projet mais il y avait aussi la capacité à communiquer. Et au début du projet il y a eu beaucoup de communication, et ça ça a beaucoup aidé, et ça a donné de la visibilité à un petit territoire jusqu'à l'échelle nationale. Et ça ça a aidé à convaincre d'autres élus et ça a fédéré davantage. »*

3.2. Les freins rencontrés au développement de la structure et à la pratique individuelle des patients

3.2.1. Les défis de l'après parcours des Maisons Sport Santé

a) Manque de solutions en sortie de parcours

Beaucoup de patients renouvellaient les ateliers passerelles plutôt que de passer à une pratique autonome. Les patients s'inscrivaient dans la durée sur ce dispositif alors que le programme était construit comme un relai.

- A1** « Mais j'en ai beaucoup qui renouvellent. Ça pose un petit problème. Là on planche aussi beaucoup sur la sortie de parcours. Et il va falloir qu'on trouve une solution car le but ce n'est pas qu'on garde les personnes pendant 3 ans. »
- D3** « Nous on voit, et on s'est contenté pendant plusieurs années, de reconduire les gens de manière un peu indéfinie dans ce module d'initiation parce qu'on avait pas de solutions d'aval. »
- A1** « Là j'ai des patients ça va faire plus d'un an et demi qu'ils sont ici. »

Pour un enquêté, la sortie de parcours pour les patients était difficile du fait des tarifs plus élevés en club.

- D3** « Après la difficulté c'est de leurs faire comprendre qu'une fois que le pied est remis à l'étrier, et que ce genre de projet c'est pas à but d'être pérenne, et qu'il faut bifurquer sur une autre pratique. Et forcément les clubs n'ont peut-être pas forcément les mêmes facilités que nous à obtenir des financements, et tout de suite oui c'est cher. Ça c'est la grosse limite qu'on a en ce moment. »
- D3** « Le passage entre projet d'initiation et la pratique quotidienne au long cours, le frein c'est l'argent »
- D3** « Et après les gens ne comprennent pas pourquoi la partie initiation a un cout de 30€ pour 10 semaines, et qu'après on leur demande 200 € pour l'année. »

D'autres enquêtés pointaient eux aussi la nécessité de disposer de plus de solutions en sortie de parcours, de créer un « écosystème » favorisant la pratique d'activités physiques en dehors du dispositif APA.

- A2** « Il y a le club de taï chi qui a ouvert aussi un créneau « maladies chroniques ». Il y a un prof de karaté qui s'est formé au karaté santé. Y'a même une prof de yoga qui a ouvert un cours « yoga douceur ». On a plus de support pour les orienter, après ... il pourrait encore y'en a voir. Il y a des personnes qui reviennent faute d'avoir trouvé une activité. »
- A3** « Ce qu'on fait dans notre bulle ça fonctionne mais on peut pas se contenter de ça, il faut une réflexion plus globale. Et c'est ça qui est difficile, c'est pas monter le dispositif, c'est l'après et comment on crée un écosystème qui permet aux gens de pratiquer sans avoir besoin du dispositif. »

b) Poursuite de la même activité

Trois enquêtés avançaient que les patients sont rassurés de poursuivre la même activité après leur cycle au sein de la Maison Sport Santé. L'un d'eux utilisait le terme d'« attachement » à l'activité voire à l'éducateur sportif.

- A2** « Je pense vraiment que c'est qu'ils ressentent vraiment les bienfaits, il y a une sorte d'attachement à l'activité, comme il pourrait y avoir un attachement à l'éducateur sportif. Ils ont pris leurs petites habitudes dans cette activité pendant 3 mois, et du coup de passer à autre chose... il y a un côté routinier, ou rassurant, de garder la même activité. C'est que ça fait un peu peur de passer à une autre activité, ils se disent que là ils sont bien. »
- A3** « Les freins c'est plus « l'activité physique c'est pas pour moi » ; et l'entrée médecin permet que si le médecin leur dit ils franchissent le pas. Par contre on a effet inverse, quand on arrive en fin de session, y'a vraiment une appréhension de la fin de session, et ils se disent comment on va faire, ou est ce qu'on va aller. »
- A1** « Du coup ils se dirigent vers un abonnement à la salle, vu qu'on a aussi de l'ouverture publique. En plus ça les rassure car je suis toujours là sur l'ouverture publique. Donc ils quittent le dispositif sport sur ordonnance mais ils restent dans la même salle avec le même coach qui est sur place. Donc ils ne sont pas trop perdus, j'en ai beaucoup qui ont fait ça. »

Tous les enquêtés rapportaient une habitude, ou du moins identifiaient ou projetaient plus de facilités à la poursuite de la même activité que celle du programme initial dans la Maison Sport Santé.

- A1** « Les programmes Sport sur Ordonnance, ils sont coachés, ils arrivent à la salle leur entraînement est fait. C'est une habitude qu'ils ont prise. Ceux qui ont fait ça 3-6 mois dans leur agenda c'était toujours marqué « le mardi matin j'ai sport » et du coup ça reste. »
- D2** « On a eu un premier groupe de patient, on va dire « test » en 2018 où on a vite identifié leur niveau de motivation qui était lié d'une part à l'enseignant APA, parce qu'ils ont créé ce lien de confiance. Donc ils ont fait leurs douze séances, ils ont souhaité un nouveau dispositif et un nouveau parcours avec lui pour garder les bienfaits de leur pratique, mais à terme on veut aussi que ceux qui en ont besoin puisse continuer, mais ceux qui ont retrouvé une autonomie puissent retrouver une pratique libre ou tout au moins encadrée sur des associations. »
- A2** « Eh bien, ils ont vraiment envie de faire la même chose que ce qu'ils font ici, donc de la gym. (...) »
- D3** « On aimerait que si les gens ont adhéré à ça, ils puissent retrouver une activité qui y ressemble sur l'année. Si déjà on arrive à avoir ça ce serait un super bon objectif. »

Au-delà de l'habitude, un enquêté rapportait la dimension sociale de l'APA, avec la création d'affinités entre les participants, et la rupture de l'isolement.

- A3** *« Et aujourd’hui il nous manquerait ça (ndlr : une salle de fitness) pour que les gens puissent aller en autonomie et se retrouver, car il y a des affinités qui se créent dans les sessions sport santé. Cultiver et faire perdurer aussi toute la dimension sociale et de rupture de l’isolement qu’on peut retrouver dans les bilans de sortie. »*

c) Salle dédiée à la pratique d’activités physiques au sein de la Maison Sport Santé

Les enquêtés exprimaient l’intérêt d’avoir une salle dédiée, un espace adapté, à la pratique d’activités physiques adaptées.

- A1** *« Toute le monde est au même endroit (ndlr : la salle de fitness de la MSS) et ça permet d’avoir quelque chose de plus particulier. Après ça n’empêche pas d’avoir plusieurs lieux de pratique de la MSS sur le territoire par contre. »*
- D2** *« Alors oui on voulait avoir un espace assez important, où on puisse à la fois avoir différents publics. »*
- D3** *« L’idée aussi c’était d’avoir un espace dédié, qui puisse servir d’espace pour pratiquer le sport dans le cadre de la maison sport santé, de faire nos interventions là bas. Mais qui puisse aussi être mis à disposition de la population (...) en accès libre. (...) Parce que je pense que ça servirait à plein de gens qu’on ne soupçonne même pas à l’heure actuelle, bien au-delà de nos chroniques, de nos pathologies. »*
- A3** *« Et ça ce serait une super porte de sortie car beaucoup de gens trouvent de l’intérêt à ce genre d’équipement à partir du moment où il y a un accompagnement. Ça ça marche vachement bien. »*
- A3** *« Et en plus ça répond à une problématique qu’on a, c’est un effet de saisonnalité important puisqu’on est en hiver, et en région montagneuse, je pense à la population sénior, se mettre au chaud l’hiver, et en plein air à la belle saison c’est une alchimie qui marche super bien. »*

Un enquêté expliquait que l’absence de salle de pratique oblige à un fonctionnement sur rendez-vous

- A2** *« On a pas de salle de pratique donc on peut pas accueillir la personne et puis paf lui faire un bilan. Donc en fait on est obligé de prendre rendez-vous. Et juste à deux pas de nos bureaux il y a une salle communale qui permet de faire les bilans. (...) Donc si jamais j’ai besoin de faire les bilans je suis obligé de prendre rendez-vous avec les personnes. »*

d) Poursuite de la pratique autonome par de la randonnée

Trois enquêtés rapportaient, à des niveaux différents, que la randonnée pédestre est une activité pratiquée par certains patients. Une activité pratiquée par des patients pour faire une séance supplémentaire pendant le cycle d’APA ou pour promener leur chien.

- A1** « Je pense que dans mes patients il y a 75% de personnes qui font de la randonnée. Soit ils commencent à en faire pendant le programme d'activité. Parce qu'ils se rendent vite compte qu'une seule séance par semaine c'est juste du coup je les incite 2 – 3 jours après pour couper, à aller faire une rando, et il y en a beaucoup qui s'y mettent. Et en sortie de parcours la plupart font de la rando au moins une fois par semaine. »
- A2** « Il y en a beaucoup qui ont des chiens et qui les promènent. Après ça dépend, nous on organise rien de spécifique. (...) à l'époque on avait travaillé avec l'office du tourisme qui avait mis en place des cotations de randonnées. Donc on avait envisagé un partenariat mais ça s'est pas suivi. »
- D3** « Déjà parce que les groupes aussi permettent une certaine émulation, voilà de s'organiser « on va marcher tel jour, telle heure » en texto. On en voit deux ou trois qui ont pris le pas. »

Des actions spécifiques étaient mises en place pour se réapproprier leur territoire, leur environnement, les espaces de pleine nature. Le balisage des chemins de randonnée est perçu comme une ressource.

- A1** « Oui la plupart sont contents des chemins de rando. Ce qu'ils apprécient c'est qu'en dernière séance on va toujours faire de la rando avec les patients. On fait une petite rando pour la cohésion, et parce que c'est la dernière. Et il y a vraiment des chemins de tous niveaux donc c'est trop bien. Même si des personnes ont du mal à marcher on peut quand même faire une rando quelque part. La plupart sont content de l'environnement où ils habitent et de l'offre qu'ils ont. »
- A3** « Nous on les invite à se réapproprier les forces du territoire, c'est-à-dire les espaces de pleine nature. En hiver je comprends qu'on soit moins enclin pourtant il y a des choses sympas à faire, on peut faire un petit peu de raquettes, et on peut adapter tout ça. »

Une collectivité a développé les chemins de randonnée en parallèle de la MSS

- D2** « Nous la collectivité on a d'autres mesures en complément de la maison Sport Santé, c'est développer nos chemins de randonnée, c'est d'avoir d'autres actions sur le territoire. »

e) Sortie de parcours vers les clubs du territoire

Deux enquêtes exprimaient la volonté d'avoir une optique différente en club en parallèle du sport compétition axé performance. Les clubs sur le territoire leur paraissaient peu intéressés par le Sport Santé.

- A3** « Après, les associations qui marchent bien ici, c'est des associations de foot. Je suis toujours à dire qu'il y a pas beaucoup de disciplines sportives à partir desquelles on ne peut pas faire quelque chose d'intéressant. Enfin on est toujours dans une culture club axée « performance », ils ne sont pas plus inspirés que ça pour avoir une démarche APA. »

- A1** *« Sortir du sport compétition. Arrêter de faire que du basket en compétition ou du foot, il faut vraiment que les clubs se mettent dans la tête qu'il y a des patients qui veulent juste venir après le boulot pour venir taper et s'amuser sans l'objectif de marquer le but ou de mettre le panier. »*

Ils décrivaient des projets de développement et d'accompagnement vers les clubs du territoire. On peut citer les activités passerelle, l'accompagnement vers un éducateur d'une autre association, le développement de section sport santé dans les associations sportives.

- D2** *« On réfléchit actuellement, (...) a des activités qu'on appelle « passerelle », après leur dispositif de 12 séances, c'est les accompagner sur une autre activité avec un éducateur de l'asso. L'idée c'est qu'il n'y ait pas une rupture. »*
- D2** *« L'idée c'est qu'on va encourager sur notre territoire à ce que les associations aient une section Sport Santé dans leur association (...) Pour que demain, les patients qui sont passés par notre dispositif, puissent continuer une pratique sportive adapté à leur capacité sur nos associations sportives. »*
- A2** *« Ce qu'on voudrait c'est communiquer sur le côté accueil, accompagnement. Comme base de la Maison Sport Santé, accueil, accompagnement vers de l'activité physique. Donc le projet c'est vraiment de créer un réseau avec les clubs, et l'ouverture de créneaux sport-santé avec un protocole de suivi des personnes. »*

Certains réalisaient des partenariats avec d'autres associations engagées dans l'éducation physique.

- A1** *« Alors les relais ça fait longtemps qu'on y réfléchi et pendant le COVID on s'est lié à l'UFOLEP (ndlr : Union Française des Œuvres Laïques d'Éducation Physique) »*

Une collectivité projetait de subventionner les clubs pour développer les créneaux Sport Santé

- D2** *« Alors on est en plein dans la construction, de partenariat au niveau des associations, nous on va inciter, la collectivité, à ce que les associations créent cette section sport santé dans leur association. En fait on va encourager à travers de la subvention, du financement, cette section sport santé. La collectivité elle subventionne à hauteur de 45 000€ les associations sportives du territoire, avec des critères bien défini, nombre de licenciés, nombre d'équipes, d'éducateurs, de bénévoles, de salariés, et il y aura un critère aussi section Sport Santé. »*

Des actions spécifiques de formation dans les clubs étaient mises en place par le DAPAP, et d'accompagnement dans les clubs.

- D1** « On a construit tout un ruban pédagogique qui correspond à un référentiel qui a été validé à un niveau régional donc avec un listing de compétences. On l'a proposé aux clubs et donc on a eu une première session en 2019. »
- D1** « Sur les 10 clubs que l'on a pu former, tous étaient prêts à accueillir du public sur leurs créneaux. Donc y'en a c'était plus sur forme d'inclusion donc ils ont pas de créneaux spécifiques pour ces personnes mais ils sont prêts à les inclure avec des personnes qui n'ont pas de problématiques de Santé. Donc on a 3-4 clubs qui eux ont mis en place des créneaux spécifiques Sport Bien Être pour accueillir ces publics et avec la MSS/DAPAP on a pu accompagner sur ces clubs formés une quinzaine de personnes sur l'année 2020. Sur la moitié, 5 des 10 clubs. »
- D1** « Au final c'est une part entière de notre accompagnement (ndlr : le travail avec les clubs), quand on les accompagne la première fois on leur explique bien que pour nous l'objectif c'est faciliter ce lien avec les clubs, de les accompagner sur le début, pour que progressivement ils puissent pratiquer en autonomie. (...) L'objectif après c'est que la personne prenne sa licence au sein du club, en autonomie, et puisse pratiquer régulièrement. Nous on réalise après des suivis téléphoniques, sur le DAPAP c'est sur deux ans, pour s'assurer que tout continue à bien se passer.

3.2.2. Maillage territorial

a) L'éloignement géographique en zone rurale est un frein à la pratique d'activités physique

L'éloignement géographique et le transport étaient identifiés comme des freins par les différents acteurs. L'enjeu était de faciliter l'accès aux structures de pratique d'activités physiques.

- D3** « Le coordinateur précédent était un psychologue du sport, moniteur de ski, ça a permis d'arriver à la conclusion qu'il fallait aider les gens à avoir un accès plus simple (à l'activité physique). Parce qu'encore une fois il y a la dimension géographique qui n'aide pas forcément. »
- D2** Pouvoir donner la possibilité à l'ensemble de nos usagers de profiter du service. Parce que le transport peut être un frein à l'accès.
- D1** « Le deuxième frein c'est l'accès pour les pratiquants aux APA, quand ils habitent en pleine campagne et qu'ils ont, ou pas de voiture, ou aucun club à moins de 40km... c'est compliqué d'aller leur proposer quelque chose. »
- D2** « On a identifié certains enjeux à développer, que ce soit sur les infrastructures sportives, ou par rapport aux transports, car on est une collectivité rurale, on est 29 communes sur notre territoire c'est de petites collectivités. La plus grosse doit faire 2000 habitants, Les enjeux étaient au niveau de l'accessibilité des équipements sportifs, des transports, sur ces équipements, ou en interne au niveau de la collectivité, pour proposer une offre sportive cohérente. »

b) Différentes actions pour lever ce frein

En lien avec les difficultés de transport de certains usagers, des actions de covoiturages étaient mises en place, avec les limites propres au covoiturage.

- A2** *« Les personnes âgées isolées qui ne sont pas véhiculées, on essaie d'organiser du covoiturage quand ils habitent un peu proches. A l'inscription « y'a une personne qui est inscrite qui habite près de chez vous ». (...). Mais l'année dernière j'avais une personne qui en amenait 3 autres, cette personne a arrêté, du coup les 3 autres ont arrêtés. »*
- D1** *« Pour le côté pratiquant on essaie de mettre des choses en place avec les moyens qu'on a, c'est-à-dire, organisation de covoiturage, pour que les patients qu'on a, puisse quand même venir pratiquer. Alors c'est des petits éléments qui ne peuvent pas se mettre en place à chaque fois. »*

D'autres actions étaient de développer des pôles sur la communauté de communes, pour apporter l'activité physique au plus près des usagers et limiter le kilométrage et le temps de trajet.

- D2** *« Les freins c'est qu'on résume encore très local. C'est-à-dire sur {la commune principale} et sur les alentours. On est une collectivité de communes, ce qu'on souhaite c'est proposer le même service à tout le monde, sur tout notre territoire. On s'aperçoit qu'on est sur un rayonnement assez local c'est-à-dire sur un rayon d'une dizaine de kilomètres autour de la maison Sport Santé »*
- A2** *« Non c'était dès le début du projet, ça correspondait aux communes où il y avait les 3 maisons de santé qui venaient de se créer. Donc il y avait comme ça une dynamique dans chaque maison de santé. »*
- A3** *« On avait répondu un peu à ce problème là, quand il faut se déplacer deux fois par semaine (il y a deux sessions par an, une en été, une en automne, en été il faut aller un peu plus loin mais ils prennent la voiture) en automne, c'est pas rare qu'on ait de la neige avant ça, là oui ça pose problème car souvent les seniors ne se voient pas se déplacer. Et encore on avait trouvé la solution en se déplaçant et que les gens n'aient plus qu'un petit trajet à faire et pas 40min. »*

Pour un enquêté il y avait une réflexion structurelle à long terme avec la prise en compte du sport santé dans les investissements communautaires dès le stade de réflexion du projet pour intégrer le sport santé d'emblée sur les structures du territoire.

- D2** *« Actuellement on a une salle qui est sur {la commune principale}, qui fait 150m2. L'idée c'est que demain dans nos futurs investissements communautaires on puisse déjà intégrer de nouveaux espaces pour de futurs patients dans d'autres secteurs géographiques. Pour vous donner un exemple on a en projet un gymnase sur une commune, on est dans la phase d'avant-projet sommaire, la phase de réflexion, on intégrera une nouvelle salle sport santé, pour justement permettre à ce pôle d'usagers un petit peu plus loin de pouvoir profiter de ces espaces. »*

3.2.3. Communication

Trois enquêtés exprimaient des difficultés de communication, de connaissance et de visibilité du sport santé sur leurs territoires auprès de la population. Le Bouche-à-oreille leur semblait efficace.

- A1** « Le frein déjà, ça va être la connaissance de l'activité. Là il faut réussir à se faire connaître. Même si on est sur une petite communauté de communes, je me retrouve encore deux ans après avec des personnes « bah je ne connaissais pas » « ça fait déjà deux ans que c'est là ? ». On a un petit manque de visibilité là-dessus. »
- A2** « Et c'est un peu au bouche à oreille, parce qu'on a un gros point faible, c'est la communication. Donc du coup ça se fait beaucoup au bouche à oreille. Un peu par la communication et pas mal par la prescription par les médecins aussi. »
- A3** « Comme tout ce qui est nouveau, et je pense encore plus en rural qu'ailleurs, les gens sont méfiants au départ, forcément, mais on le voit encore là, malgré le bouche à oreille, on propose toujours et « ah bon, c'est quoi ? », ils ont besoin de se faire expliquer les choses. »

3.2.4. Freins à la pratique des patients

La thématique du frein « psychologique », de la confiance en soi, du regard de l'autre, était retrouvé chez trois enquêtés pour expliquer un frein à la pratique chez les patients

- D3** « Le très gros frein qui persiste encore aujourd'hui et que j'analyse comme le regard des autres. »
- A3** « Parce que c'est des gens qui on plein de freins psychologiques, ça peut être leur propre image de se mouvoir au milieu d'autres personnes qui peut poser problème. »
- A1** « Le frein à la pratique, d'ordre personnel, pour eux c'est le manque de confiance en soi. Pour eux ils partent de trop loin pour faire une activité physique, même si elle est adaptée. Il faut arriver à leur faire comprendre que même si c'est marcher à 2km/h pendant 15min, c'est une activité physique. »

Un enquêté animateur expliquait que selon lui le dispositif de Maison Sport Santé est propice à la levée de ce frein « psychologique », parce qu'il est prescrit par le médecin traitant, mais aussi progressif, adapté et sécurisé.

- A3** « Le frein principal, c'est qu'on a affaire à des gens, qui sont très éloignés de l'activité physique. Et là où on est fort c'est que c'est le médecin qui intervient, et qui dit, là il est temps de faire quelque chose, je vais vous proposer d'intégrer un dispositif, on va s'occuper de vous, ça va être progressif, adapté, sécurisé. Et on arrive à capter des gens que des associations de gym volontaire n'arrivent pas à capter. Parce que c'est des gens qui on plein de freins psychologiques, ça peut être leur propre image de se mouvoir au milieu d'autres personnes qui peut poser problème. »

3.3. Réflexions sur le modèle économique de ces structures

3.3.1. Modèle économique

Le modèle économique des trois structures est basé sur des subventions ou des appels à projet. Le soutien venait des ministères de la santé, des sports, de la Région, de l'ARS et la CPAM, de la CAF ou de la Fondation de France. Ce mode de financement permet de faibles coûts voire la gratuité pour la population.

- A1** « Les freins pour le développement de la maison de santé, financièrement, il faut qu'on puisse « vivre », il faut qu'on ait des subventions. »
- D2** « Là actuellement sur nos financements on n'a pas trop de problématiques. On est bien soutenu à la fois par le ministère de la santé, le ministère des sports, la région, l'ARS. »
- A2** « Alors les ateliers du programme sport sur ordonnance c'est 15€ pour les 3 mois. C'est pas ça qui nous rémunère (...) c'est beaucoup sur de l'appel à projet, fondation de France, etc. Il y a la CPAM qui finance un petit peu. »
- D3** « Je pense que la complexité du milieu rural c'est, premièrement la distance, et deuxièmement le frein financier aussi. (...) Et jusque-là on touche du bois on a quand même des fonds de financement, des subventions chaque année donc le coût il est vraiment très réduit pour les gens. »
- D1** « Cette gratuité elle marche avec des financeurs derrière. A partir du moment où on ne trouve plus de financements pour y répondre, le dispositif ne fonctionnera plus de la même façon. Y a un travail qui se fait au niveau régional pour essayer de consolider un petit peu. Donc il y a des perspectives de convention pluriannuelles ou de choses comme ça qui font dire que c'est quand même un dispositif pérenne. Mais pour des actions comme la formation c'est des financements MSS qui n'ont eu lieu qu'une fois et qui peut être s'arrêteront. Et c'est des financements d'acteurs départementaux aussi. On travaille beaucoup sur avoir des compléments et des financements du territoire. »

Sans ces subventions, un des enquêté rapportait des difficultés de fonctionnement

- A3** « On a été financé par la fondation de France, on a eu une action qui a été financé par la CAF, on a été financé par l'état à travers les contrats de ruralité. Car on avait des gens qui savaient répondre à des appels à projets. On a eu une mise à disposition de ces ressources là et c'est ça qui a fait exploser le projet. Après ça été la capacité à rencontrer les médecins, les convaincre, etc. Et c'est quand certaines de ces ressources sont venues à manquer que ce projet c'est retrouvé en difficulté. »

Un autre enquêté souhaitait un fonctionnement différent, une enveloppe annuelle rattachée au budget d'une CPTS par exemple.

D3 *« Toujours justifier auprès des ARS. Si dans le cadre de nos accord conventionnels, interprofessionnels, parce qu'on est aussi CPTS, on avait de l'argent annuellement qui était alloué à ça, voilà ce serait tellement du temps gagné plus que de l'argent. {Notre APA} elle aurait pas de comptes à rendre tous les ans à l'ARS pour les bilans. Voilà on a toujours l'impression qu'il faut toujours rendre des comptes, que rien n'est acquis. On rêverait que ça fasse partie de nos enveloppe annuelle et qu'on ait du temps dégagé. »*

3.3.2. Un coût modéré pour les patients

Selon plusieurs enquêtés, le coût n'était pas un frein pour les patients. Les frais minimisés demandés aux patients ne correspondant pas aux prix de revient.

A1 *« Non pas du tout, et puis si jamais, sans que ça soit exposé aux yeux de tous, si on voit qu'il y a des personnes pour qui réellement c'est un frein, ça peut être gratuit. Mais pour l'instant on n'a pas eu le cas. (...) Donc il n'y a pas de frein financier, pour moi. »*

A2 *« Non vu la formule à 15€ on a pas de frein financier par contre après oui au moment de partir en structure. Parce que quand on a payé 15€ pour 3 mois, payer 90€ le trimestre.... »*

A3 *« Il peut y avoir la dimension financière mais ça on l'a levé. On estime que ça coûte pour un bénéficiaire aux alentours des 450€ par bénéficiaire et par mois, et le bénéficiaire a 12€ par mois à régler pour la dimension psychologique. »*

D1 *« Pour les bilans tout est pris en charge, pour les ateliers passerelle, il y a un système de barème et une participation même symbolique. C'est 15€ pour un cycle de 36 séances pour les revenus les plus bas.. »*

Un enquêté expliquait ne pas vouloir de gratuité pour que les patients se sentent engagés financièrement

A1 *« On ne veut pas le mettre gratuit parce qu'on a peur que si l'offre elle est gratuite, que les gens s'ils ne viennent pas se disent « de toute façon je n'ai pas payé donc tant pis ». Là au moins il y'a un petit engagement quand même.. »*

3.4. Éléments clefs de la réussite pour les enquêtés

Pour plusieurs enquêtés, fédérer les acteurs et travailler en réseau était des éléments importants de leurs projets. Impliquer les collectivités d'un côté et les professionnels de santé de l'autre. Chaque enquêté possédait un réseau différent en fonction de son poste et de sa formation initiale.

- D2** *« La réussite c'est la capacité à fédérer tous les acteurs d'un territoire sur un même projet. D'impliquer la collectivité, la DDCAS, les professionnels de santé... que chacun dans son champ de compétence, ou la collectivité par l'infrastructure, les professionnels de santé par leur confiance à prescrire une ordonnance à leur patient pour une prise en charge (...) La réussite elle est là, la capacité à fédérer les acteurs locaux sur cette dynamique de projet. »*
- A2** *« Moi j'avais un réseau, y'avait le CREPS de vichy, et ça nous a apporté énormément, l'ONAPS, après effectivement le DAHLIR qui est devenu entre deux le DAPAP, le centre médico sportif d'Aurillac, pour appuyer les médecins pour les patients chez qui il était plus difficile de prendre une décision. Ça été une des forces ce réseau. »*
- D1** *« En étant objectif le point fort c'est le maillage territorial que l'on peut construire. Être un département rural ça a des inconvénients autant ça a des gros avantages en termes de proximité des acteurs. Sur des comités de pilotage on peut avoir des directions de l'ARS de la CPAM, de Jeunesse et Sport. Et c'est la même chose au niveau de nos partenaires opérationnels. C'est un petit département, sur le thème du sport santé et des loisirs les personnes sont relativement proches. Et il y a une organisation des partenaires pour mailler le territoire, et ça c'est un vrai point fort. »*

Un enquêté conseillait de se baser sur les forces de son territoire

- A3** *« Je pense qu'il ne faut pas chercher un modèle unique à appliquer, il faut regarder les forces en présence. Il faut rester assez ouvert d'esprit et voir quelles sont les possibilités. »*

Un enquêté évoquait l'absence de « concurrence »

- A1** *« Après la force de notre MSS c'est qu'on est tout seul. Rien que sur la communauté de communes il n'y a pas d'autre offre en APA quasiment. »*

Un enquêté mettait en avant l'accompagnement en club.

- D1** *« On l'a déjà évoqué, la partie vraiment accompagnement en club, qui permet de lever des freins. C'est un plus par rapport à d'autres dispositifs. »*

Discussion

1. Forces et limites de l'étude

Il s'agit d'une étude originale sur les maisons sport santé en zone rurale en France avec recrutement de toutes les structures rurales labélisées Maisons Sport Santé au moment de la rédaction de cette étude.

L'étude qualitative à partir d'entretiens individuels de deux représentants des membres actifs pour chaque structure (APA et dirigeant de chaque MSS) a permis d'explorer leur point de vue et le laisser libre cours à la parole. Les entretiens d'une durée moyenne de 42 mn ont été riches. Ils ont permis la formulation de résultats inattendus. Citons les retours unanimes des enquêtés sur les difficultés de l'après parcours et le manque de débouchés dans les clubs des territoires.

L'étude a été réalisée en simple codage sans triangulation des données par un chercheur qui menait une première étude qualitative, ce qui a pu limiter l'interprétation des données. Le choix arbitraire de 2 intervenants par structure a permis une richesse mais probablement pas une saturation des données. De même l'existence limitée de 3 structures MSS en milieu rural a limité le recueil de données.

Cette étude menée par un chercheur unique médecin en limite son champ d'exploration. Les interventions menées dans des bureaux d'études en santé publique reposent sur une pluridisciplinarité des intervenants (épidémiologie, géographie de la santé, sociologie de la santé, économie de la santé).

Dans le cadre de l'étude de cas, l'ajout d'un travail de production de données quantitatives sur différents indicateurs de santé du territoire aurait enrichi cette étude. De même un travail qualitatif auprès d'une part des professionnels de santé des territoires, notamment médecins et kinésithérapeutes, et d'autre part auprès des patients, aurait permis d'explorer leurs points de vue.

2. Les résultats principaux

Le maillage territorial

L'ensemble des résultats suggérait la nécessité de tenir compte des facteurs socioculturels et environnementaux propres à chaque communauté de communes pour façonner les possibilités d'activité physique et la mise en œuvre de programmes.

L'accessibilité des installations était un obstacle à la mise en œuvre des interventions pour les enquêtés, tout comme la dépendance aux conditions météorologiques et des options de transport limitées. Ces données viennent

en écho à plusieurs résultats de la scoping review de Pelletier et Al.⁹, qui souligne en premier lieu la problématique du maillage territorial.

La réalisation d'ateliers de gym douce dans des salles des fêtes communales pour deux des trois dispositifs était présenté comme une clef par les enquêtés.

La solution de détourner des installations communales pour déployer une activité physique adaptée au plus proche des patients est également une solution déjà étudiée²⁴ (activité de marche dans les couloirs des écoles) et qui a montré une efficacité que ce soit pour la réduction des coûts et de l'accessibilité quelles que soient les conditions météorologiques.

Cette volonté de développer des actions au plus proche des patients est retrouvée chez tous les enquêtés, que ce soit de la création de salles de fitness dédiées au sein des gymnases ou des maisons de santé, ou encore l'utilisation d'installations communales.

Enfin, deux analyses de l'INSEE sur deux régions françaises ont montré que malgré une densité d'équipement par habitant dans la moyenne nationale, les temps d'accès à ces installations sont longs en zone rurale^{25,26}.

Fédérer les acteurs du territoire

La création de réseaux et de partenariats était perçue comme un facilitateur de la mise en œuvre des programmes par au moins un acteur de chaque structure. Cela souligne la nécessité de développer des interventions localement et d'explorer comment le contexte local et les caractéristiques des communautés de communes peuvent faciliter la réussite du programme. Des données équivalentes ont également été retrouvées dans la littérature avec notamment la mise à disposition d'équipements communaux^{18,24}.

Que ce soit pour l'accès à des équipements communaux, le développement de la communication, la recherche de financement ou fédérer les différents acteurs du territoire, l'implication des collectivités territoriales apparaît comme un élément central de la réussite de ces programmes.

La prescription médicale

Les enquêtés pointaient des manques du côté de la prescription médicale, que ce soit du côté du lien avec les médecins avec un manque d'échange pour certains. A l'inverse ils retenaient l'importance de la confiance des médecins en l'EAPA qu'ils connaissaient, ce qui est perçu comme facilitateur de la prescription.

Un point important retrouvé dans le discours de plusieurs enquêtés était surtout le manque de connaissances des médecins de leur territoires sur les activités physiques adaptées, ou sur le statut des enseignants en APA. Ces résultats sont concordants avec ces travaux qui interrogeaient le point de vue des médecins, retrouvant alors un

manque de formations et de connaissances, mais surtout un manque de temps à allouer à la prescription d'activité physique, qui plus est en zone rurale où la densité médicale est moindre^{22,23}.

Ces résultats sont à pondérer par la mise place récente (2019) des guides HAS encadrant la prescription d'activité physique adapté par les médecins⁵. Certains enquêtés ont rapporté également une notion d'habitude de certains médecins à ce type de prescription, avec un noyau dur de médecins qui se sont appropriés cet outil et prescrivant régulièrement des cycles d'activité physique en MSS. Cela signifie qu'une fois qu'un médecin a débuté la prescription d'APA, la prescription sera facilitée voire développée.

Des difficultés unanimes concernant l'après-parcours MSS

Bien que plusieurs éléments soient perfectibles, comme l'adressage par les médecins ou le fonctionnement des cycles d'activités physiques (manque de communications, difficultés de transport), pour les enquêtés, le principal frein mis en exergue se situait sur l'après parcours.

Plusieurs enquêtés mettaient en lumière que les participants à ces cycles (qui se veulent temporaires) renouvellent leur prescription pour rester dans la structure plutôt que de passer à une pratique autonome ou en clubs.

Les principales raisons avancées par ces différents acteurs, étaient que les patients sont rassurés par le fait de continuer la même activité, dans la même salle avec le même groupe et le même enseignant. Ils évoquaient également un attachement à l'enseignant et observait la création de liens entre les membres du groupe.

Cette enquête qualitative¹⁰ démontre que l'engagement dans la pratique d'activité physique est fortement lié aux croyances individuelles sur les bienfaits d'une activité physique et sportive et à la motivation qui peut en découler, à la capacité individuelle à suivre une pratique de façon régulière.

C'est donc autant d'efforts à développer pour créer des habitudes dans une pratique de club, qu'il n'en a fallu pour adhérer aux cycles de séances au sein de la MSS.

Des solutions ont été trouvées par les structures pour aider cette transition, que ce soit l'accompagnement des patients en club par un EAPA sur plusieurs séances pour rassurer et assurer cette transition. Ou bien que cela soit de créer des créneaux « ouvert au public » au sein de la même salle de sport que pour les cycles, avec les mêmes EAPA.

Il est pointé également le manque de créneaux orientés « Sport Santé » au sein des clubs de sport du territoire. Alors qu'il a été montré qu'une offre abondante et diversifiée (densité d'équipements, variété d'activités proposées, large éventail de prix, plages horaires larges, etc.), qui répond aux envies et besoins des pratiquants, favorise la pratique d'une activité physique et sportive¹⁹.

Cette étude¹⁹ souligne également la préférence « historique » des municipalités, pour le sport compétition ce qui les incite à privilégier ce type d'offre au détriment d'offres plus tournées vers le « sport santé » ou le « sport bien être ».

Pour initier un changement, un des enquêtés, avec sa collectivité, projetait la création de partenariat avec les clubs de sport du territoire et la construction d'une offre sport santé étoffée par l'intermédiaire de subvention pour la création de créneaux spécifiques sport santé.

Un autre enquêté expliquait également que le dispositif DAPAP (propre à la région Auvergne Rhône Alpes) a une action spécifique de formation des éducateurs de clubs à l'encadrement du sport sur ordonnance, afin de développer les solutions en sortie de parcours MSS.

Un autre frein au passage à une pratique autonome rapporté par plusieurs enquêtés concernait la différence de tarif entre l'offre du cycle Sport Santé et l'inscription en salle de sport.

Si l'inscription en salle municipale est relativement peu onéreuse, elle est aussi souvent jugée peu diversifiée, et limitée à des activités « classiques » (sport collectifs) et souvent peu en lien avec les pratiques développées lors des cycles au sein des maisons sport santé (Gymnastique Douce, Fitness Santé). Quant à l'offre privée en salles de sport, elle est plébiscitée pour la diversité de disciplines qu'elle propose et qui se rapproche plus des pratiques auquel les patients sont habitués. Cependant elle est plus onéreuse bien qu'elle compense en partie avec des formules de paiement plus flexibles (abonnement mensuel, ou à la séance), tandis que l'adhésion à un club classique suppose de payer (souvent en septembre) la cotisation pour l'année scolaire, et quelque fois même une licence, y compris dans le cadre d'une pratique non compétitive, augmentant ainsi le coût total²⁰.

Enfin, concernant la poursuite par une pratique autonome, plusieurs enquêtés ont évoqué la question des chemins de randonnée et de la réappropriation des forces de leur territoire, avec la possibilité de marcher en pleine nature sur des chemins de randonnée balisés par les collectivités.¹⁵ Cette approche a été étudiée en zone rurale aux États-Unis, avec des bénéfices notamment pour les femmes et les personnes ayant un pouvoir d'achat modeste, soit les deux groupes identifiés comme des publics cibles confrontés à des freins spécifiques par le rapport France Stratégie de 2018. Plusieurs enquêtés ont noté également que le balisage récent des chemins de randonnée, avec des parcours de niveau différents, avait motivé les patients et facilitait l'orientation par les EAPA sur des parcours adaptés, ce qui corrobore des données équivalentes recueillies en milieu urbain²¹.

Développement global de la pratique d'activités physique en zone rurale française

Dans l'Hérault les principales raisons invoquées par les communes de l'espace rural comme frein d'accès à la pratique sportive sont les problématiques de la présence d'équipements, du coût et du manque de proximité des activités physiques et sportives¹⁸

Selon ce même travail, il paraît aujourd'hui utile d'envisager le développement en termes de mutualisation des moyens (financiers, humains et matériels) et l'échelon le plus approprié semble être celui de l'intercommunalité.

Des résultats congruents avec ceux retrouvés sur l'étude nationale de l'ONAPS de 2019

L'étude de Charles et Al.²⁷, et portée par l'ONAPS est une large étude qualitative à l'échelle nationale s'intéressant à tous les dispositifs de prescription d'activité physique en France (et pas seulement aux Maisons Sport Santé). Plusieurs points sont également retrouvés tels que les « difficultés liées à l'absence de financement pérenne » ; « l'importance des initiatives politiques locales et le manque de stratégie nationale » ; des « difficultés liées au manque d'engagement, de disponibilité ou de formation des médecins ».

L'analyse de cette étude nationale permet de faire ressortir un peu plus les problématiques des structures rurales : l'importance du maillage territoriale et le manque de solution d'aval après les cycles en MSS. Ces deux points sont également cités dans l'étude de Charles et Al. mais paraissent comparativement prépondérants en zone rurale.

3. Les perspectives de l'étude

Cette étude améliore les connaissances sur la thématique des Maisons Sport Santé en zone rurale, et ce pour les acteurs qui sont impliqués dans la création ou le fonctionnement de ces structures, avec en objectif principal l'aide à la décision publique.

Ce travail a permis de recenser les ressources locales et repérer les coopérations territoriales ; de recueillir les avis et attentes des professionnels et des associations impliqués dans les maisons sport Santé de ces territoires ruraux, repérer leurs besoins et demandes mais aussi les dysfonctionnements et insuffisances des dispositifs.

Première étape à la création d'outils d'aide à la mise en œuvre de Maisons Sport Santé sur des territoires ruraux, cette étude pourra également servir de piste de réflexion pour les structures répondant aux appels à projets lors des prochaines labélisations des Maisons Sport Santé.

Des études complémentaires pourraient être envisagées pour étudier le regard des médecins prescripteurs ainsi que des patients sur ces dispositifs, sur la poursuite de l'activité autonome, et surtout l'effet de ces programmes et la persistance de ces changements de comportement au fil du temps¹⁷.

Enfin, l'étude de l'impact des maisons sport santé sur les structures d'aval et notamment les clubs sportifs pourrait amener à lever des freins structurels. En effet, l'étude du nombre d'adhérents dans les clubs de sport ruraux après ouverture de créneaux Sport Santé apparaissent comme des pistes intéressantes.

Conclusion

Augmenter l'activité physique est considéré comme une façon simple, rentable et accessible pour diminuer les risques de maladies et de mortalité prématurée. Les bénéfices sont donc bien établis mais la façon de les obtenir est quant à elle moins bien définie, en attestent les disparités d'approches à l'échelle internationale, mais aussi en France avec l'offre très protéiforme des Maisons Sport Santé.

Il existe à l'heure actuelle de grandes inégalités nationales et régionales pour l'accès à l'activité physique adaptée, tout le monde n'a pas les mêmes opportunités pour sa santé. A l'instar de la démographie médicale, on retrouve des territoires sous dotés, avec un accès inégal aux activités physiques adaptées.

Comme le projette les recommandations de la Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 les maisons sport santé doivent être un outil pensé pour gommer ces disparités et non pas les accentuer, que ce soit à l'échelle nationale ou locale.

Ce travail s'adresse aux professionnels de santé en milieu rural et aux élus de zones rurales qui souhaiteraient mettre en place une maison sport santé sur leur territoire pour leurs patients ou leurs usagers.

Ces prochains projets de maisons Sport Santé auront tout intérêt à se saisir des particularités et des forces de leur territoire, afin de devenir ces formidables outils pour la santé et la lutte contre l'isolement.

Les résultats obtenus par cette étude sont cohérents avec la littérature traitant de ce sujet, et notamment la scoping review de Pelletier et Al. D'autres études sont à paraître, dont certaines¹⁶ assez novatrices dans leur approche, témoignant de l'importance de cette thématique dans le champ de la santé publique.

Des études complémentaires à ce travail peuvent s'envisager, notamment pour analyser l'impact des maisons sport santé sur les structures d'aval et en premier lieu les clubs sportifs qui pourraient augmenter leur activité et leur nombre de licenciés en créant des créneaux sport santé.

Bibliographie

1. INSERM. Activité physique : prévention et traitement des maladies chroniques. Expertise collective.
2. INSERM. Activité physique. Contexte et effets sur la santé. Synthèse et recommandation. (2008).
3. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ MINISTÈRE DES SPORTS. Evaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé. (2018).
4. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. (2010).
5. HAS. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. (2019).
6. Foster, C., Hillsdon, M., Thorogood, M., Kaur, A. & Wedatilake, T. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev* CD003180 (2005)
7. Cleland V, Hughes C, Thornton L, Venn A, Squibb K, Ball K. A qualitative study of environmental factors important for physical activity in rural adults. *PLoS One*. 2015;
8. Gimbert V, Nehmar K. Activité physique et pratique sportive pour toutes et tous. Rapport France Stratégie 2018.
9. Pelletier CA, Pousette A, Ward K, Keahey R, Fox G, Allison S, et al. Implementation of Physical Activity Interventions in Rural, Remote, and Northern Communities: A Scoping Review. *INQUIRY*. janv 2020;57:004695802093566.
10. Nguyen Thanh V., Escalon H. et Serry A.-J. (2015), « Déterminants individuels de l'activité physique : revue de la littérature scientifique », *La santé en action*, n° 433, septembre
11. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults. *Nature* 569, 260–264 (2019).
12. BARRY M. POPKIN. Rural areas drive the global weight gain. *Nature* 569, 201–202 (2019).
13. INSEE. Insee - Statistiques locales - Rapports et portraits de territoires.
14. Park, T., Eyler, A. A., Tabak, R. G., Valko, C. & Brownson, R. C. Opportunities for Promoting Physical Activity in Rural Communities by Understanding the Interests and Values of Community Members. *Journal of Environmental and Public Health* 2017, 1–5 (2017).
15. Brownson RC, Housemann RA, Brown DR, Jackson-Thompson J, King AC, Malone BR, et al. Promoting physical activity in rural communities. *American Journal of Preventive Medicine*. avr 2000
16. Beck, A. M. et al. A multilevel approach for promoting physical activity in rural communities: a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health* (2019).
17. Walsh, ShanaM., Meyer, M. R. U., Gamble, A., Patterson, MeganS. & Moore, JustinB. A Systematic Review of Rural, Theory-based Physical Activity Interventions. *am j health behav* 41, 248–258 (2017).
18. Vaudchamp V. l'accessibilité aux équipements sportifs en milieu rural : exemple de l'Hérault (2015)
19. Muller L. et Van de Walle I., L'offre d'équipements sportifs et les freins à la pratique sportive dans les zones urbaines sensibles, ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports / Crédoc ; IRDS (2017)

20. DRJSCS d'Ile-de-France, Le coût du sport est-il un frein à la pratique ? Entre représentations, offre sportive et demande des pratiquants, Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (2014)
21. APUR. Alba. Etude pour le développement de parcours sportifs et d'équipements en accès libre dans l'espace public parisien. (2016)
22. Lubin R. Représentations de l'activité physique et de sa prescription chez les médecins généralistes du Maine-et-Loire. Etude qualitative par entretiens individuels. [Angers]; 2015.
23. Ballay N. Etat des lieux de la prescription de l'activité physique par les médecins généralistes dans le Maine-et-Loire. Angers; 2014.
24. Riley-Jacome M, Gallant MP, Fisher BD, Gotcsik FS, Strogatz DS. Enhancing community capacity to support physical activity: the development of a community-based indoor-outdoor walking program. J Prim Prev. 2010
25. INSEE PACA. Equipements sportifs : dans un espace rural bien doté, les temps d'accès restent élevés. 2013;
26. INSEE GE. Les équipements sportifs dans les espaces ruraux du grand est. 2017.
27. Charles M, Larras B, Bigot J, Praznocy C. L'activité physique sur prescription en France : état des lieux en 2019.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Données générales	4
Tableau 2 : Population par tranches d'âges de la CC de Loue Brulon Noyen	5
Tableau 3 : Population selon la catégorie socio-professionnelle de la CC de Loue Brulon Noyen	5
Tableau 4 : Population par grandes tranches d'âges de Hautes Terres Communauté	6
Tableau 5 : Population selon la catégorie socio-professionnelle de Hautes Terres Communauté	6
Tableau 6 : Population par grandes tranches d'âges de la CC du Champsaur-Valgaudemar ..	7
Tableau 7 : Population selon la catégorie socio-professionnelle de la CC du Champsaur-Valgaudemar	7
Tableau 8 : Caractéristiques des structures étudiées	8

TABLE DES MATIERES

RESUME	9
INTRODUCTION	1
METHODE	3
RESULTATS	4
1. Données générales sur les entretiens	4
2. Caractéristiques des structures étudiées	5
3. Analyse thématique.....	9
3.1. Le fonctionnement actuel des dispositifs étudiés en lien avec les acteurs du territoire.....	9
3.1.1. Le travail avec les médecins	9
a) Retour des médecins sur la MSS	9
b) Importance de la confiance des médecins envers les APA.....	9
c) Difficultés d'échange avec les médecins.....	9
d) Intérêt de se faire connaître des médecins.....	10
e) Manque de connaissance des médecins sur les Activités Physiques Adaptées....	10
f) Manque de reconnaissance du statut des enseignants en APA et des APA en général	11
g) Certains médecins habitués mais un manque global de médecins prescripteurs	11
3.1.2. Le travail avec les élus et les collectivités	12
a) Une implication des élus et des collectivités motrices pour le développement ...	12
b) A absence de soutien des élus et des collectivités : un frein structurel potentiel	13
c) Aide à la communication	13
3.2. Les freins rencontrés au développement de la structure et à la pratique individuelle des patients	14
3.2.1. Les défis de l'après parcours des Maisons Sport Santé	14
a) Manque de solutions en sortie de parcours.....	14
b) Poursuite de la même activité	15
c) Salle dédiée à la pratique d'activités physiques au sein de la Maison Sport Santé	16
d) Poursuite de la pratique autonome par de la randonnée	16
e) Sortie de parcours vers les clubs du territoire.....	17
3.2.2. Maillage territorial.....	19
a) L'éloignement géographique en zone rurale est un frein à la pratique d'activités physique	19
b) Différentes actions pour lever ce frein	20
3.2.3. Communication	21
3.2.4. Freins à la pratique des patients	21
3.3. Réflexions sur le modèle économique de ces structures	22
3.3.1. Modèle économique.....	22
3.3.2. Un coût modéré pour les patients	23
3.4. Éléments clefs de la réussite pour les enquêtés	24
DISCUSSION	25

1.	Forces et limites de l'étude	25
2.	Les résultats principaux	25
3.	Les perspectives de l'étude	29
BIBLIOGRAPHIE		31
LISTE DES TABLEAUX		33
TABLE DES MATIERES.....		34
ANNEXES		I

ANNEXES

Version 2 du 09/09/2020

Guide entretien semi directif (APA)		
Partie 1 : Présentation de la personne	Nom	Est que je peux vous laisser vous présenter ?
	Poste dans la maison sport santé	Pouvez-vous me décrire votre parcours ?
	Autre poste / fonction	
	Temps plein	Avant de travailler ici aviez vous un lien particulier avec le sport santé ? <u>la région</u> ?
	Depuis combien d'année employé au sein du projet ? depuis l'origine ? quelle action dans sa mise en place et son développement ?	
	Quel parcours avant de rejoindre ce projet ? (Quels diplômes ? - BPJEPS AF - Licence APA - Master APA - Autre)	
	Lien particulier/personnel avec le « sport santé » ?	
Partie 2 : Présentation de la structure à l'heure actuelle	Quel est le nom de la structure et son champ d'action ?	Pouvez-vous me décrire le fonctionnement et le champ d'action de la maison sport santé ? <i>Quels horaires d'ouverture ? Prix ?</i> <i>Quel rythme de séances ? 1x/semaine ?</i>
	Quel est le fonctionnement type de la structure et du circuit des patients ? tests ?	
	Orientés majoritairement par des médecins généralistes ?	La structure a toujours fonctionné comme ça ? Toujours les mêmes locaux ?
	Quels sont les autres acteurs au sein de la structure ? Leurs actions ? Nutrition ?	
	Quels sont les objectifs qui vous sont demandés ?	Quelles sont vos missions au sein de la MSS ? (si d'autres personnes, leur missions ?)
	Missions seulement au contact des patients ou également de promotion du centre ?	
Partie 3 : Naissance du projet	Pourquoi le choix de ce dispositif plutôt qu'un autre ?	
	Quelles motivations à l'origine des différents projets ?	
	Études des difficultés rencontrées lors de la mise en place du projet ?	
Partie 4 : Retombées	Quels sont les partenaires privilégiés dans le fonctionnement de la MSS ?	Quels sont les retours des patients ?
	Quel pourcentage de poursuite d'une pratique autonome vers une structure associative locale ? <u>Quels relais</u> ?	Quelle quantité poursuit l'AP à l'arrêt du programme ? quels relais ?
	<i>Combien de patients ont bénéficié du dispositif depuis sa création ? quid du renouvellement ?</i>	Transports actifs ?
	Quels sont les retours des patients ?	
	Quels sont les retours des professionnels de santé ?	Quels sont les freins retrouvés chez les patients ?
	Projet de recherche en cours sur la structure pour étudier son fonctionnement ?	
	Quels sont freins au développement de la MSS ? (Financier, humain, structurel)	
Partie 5 : Objectifs Perspectives Évolution	Quels développements des liens avec les associations ?	Quel regard sur l'APA dans la régions ? Par les médecins ? Patients ?
	Quels développements liens avec les maisons médicales ?	
Partie 6 : Ouverture / synthèse	A votre avis, qu'est ce qui fait la réussite de votre projet ? Quelles sont les particularités et les forces de ce projet ? Quels serait vos projets avec un budget illimité ?	Quel est votre avis sur la promotion de l'activité physique par les MSS en zone rurale ? Quelles sont les freins à la pratique de l'AP en zone rurale pour les patients ?

Guide entretien semi directif (Dirigeant)		
Partie 1 : Présentation de la personne	Est que je peux vous laisser vous présenter ?	Nom - Prénom
	Pouvez-vous me décrire votre parcours ?	Poste dans la maison sport santé
	Avant de travailler ici aviez-vous un lien particulier avec le sport santé ? <u>la région ?</u>	Autre poste / fonction
		Temps plein
		Depuis combien d'année en charge du projet ? depuis l'origine ?
		Quel parcours avant de rejoindre ce projet ?
		Lien particulier avec le « sport santé » ?
Partie 2 : Présentation de la structure à l'heure actuelle	Est-ce que je peux vous laisser présenter la structure et son fonctionnement ?	Quel est le nom de la structure et son champ d'action ?
		Quels sont ses objectifs ?
		En quelle année est née l'idée de ce projet ?
		Qui a été à l'origine de ce projet ?
		Comment est composée la structure ? Combien d'emplois temps plein/temps partiels ?
		Structure privée ? publique ? quels financements ?
		Implication du département ? Communauté de commune ?
Partie 3 : Naissance du projet - comment est né ce projet de MSS ?	... si structure déjà présenté par APA :	Quel fonctionnement ? (Rapide car partie développée / APA)
	- Pouvez-vous me présenter la naissance de ce projet ? qui en est à l'origine ? Les difficultés ou les freins rencontrés ?	Objectif de pratique autonome à terme pour les patients ? Quelles réorientations vers les structures locales ?
	- Au moment de la création quels étaient vos objectifs ? (Pour les patients, la commune) qu'est ce qui a guidé vos choix ?	Pourquoi le choix de ce dispositif plutôt qu'un autre ?
Partie 4 : Retombées	Quelles étaient les retombées attendus de ce dispositif ? quels sont les retombées actuelles ?	Quelles motivations à l'origine des différents projets ?
		Études des difficultés rencontrées lors de la mise en place du projet ?
		Quels bénéfices éventuels sur le dynamisme local ?
		Quels sont les partenaires privilégiés dans le fonctionnement de la MSS ? (Médecin/clubs/associations)
		Combien de patients ont bénéficié du dispositif depuis sa création ?
Partie 5 : Objectifs Perspectives Évolution	Pouvez-vous me décrire vos objectifs pour l'avenir ? Quelles sont vos perspectives d'évolution ?	Projet de recherche en cours sur la structure pour étudier son fonctionnement ?
		Quels sont freins au développement de la MSS ? (Financier, humain, structurel)
		Quels développements des liens avec les associations ?
Partie 6 : Ouverture / synthèse	Quel est votre avis sur la promotion de l'activité physique par les MSS en zone rurale ?	Quels développements liens avec les maisons médicales ?
		Pérenne financièrement ?
		Si vous deviez créer une MSS dans une autre zone rurale feriez-vous différemment ? A votre avis, qu'est ce qui fait la réussite de votre projet ? Quelles sont les particularités et les forces de ce projet ? Quels sont les freins à la pratique de l'AP en zone rurale pour les patients ? Quels serait vos projets avec un budget illimité ?

État des lieux des maisons sport santé en zone rurale en 2020

RÉSUMÉ

Introduction - 138 Maisons Sport Santé (MSS) ont vu le jour en 2019 (Stratégie nationale Sport Santé 2020 – 2024) mais seulement 3 en zone rurale alors qu'on estime que plus de la moitié l'obésité mondiale (55 %) est issue des populations rurales. Ce travail cherchait à améliorer les connaissances sur les Maisons Sport Santé en zone rurale, en étudiant 3 dispositifs labélisés. Cette étude se place comme une première étape à la création d'outils d'aide à la mise en œuvre de ce type de structures.

Méthode - Étude qualitative de type étude de cas par entretiens individuels semi directifs, à destination d'un dirigeant et d'un EAPA par Maison Sport Santé. Les entretiens ont été réalisés entre septembre 2020 et janvier 2021 en distanciel par un chercheur unique. Après enregistrement audio, retranscription intégrale puis anonymisation, une analyse thématique a été réalisée.

Résultats - Les enquêtés rapportaient comme principale difficulté l'orientation des patients après les cycles d'activités physique au sein des Maisons Sport Santé. Les raisons avancées étaient de deux ordres : des patients rassurés par le fait de continuer leurs habitudes de pratiques, mais aussi un manque de solutions en après parcours. Des solutions sont expérimentées : détourner les installations communales pour l'activité physique, subventionner les clubs du territoire pour la création de créneaux « sport santé ». Des manques existaient concernant la prescription médicale et le maillage territorial. Enfin fédérer les acteurs locaux, l'implication des collectivités et notamment des communautés de communes, ressortaient comme des éléments clefs à la réussite de ces projets.

Conclusion - Les résultats obtenus par cette étude sont cohérents avec la littérature traitant de ce sujet. Il existe à l'heure actuelle de grandes inégalités nationales et régionales pour l'accès à l'activité physique adaptée. Ce travail s'adresse aux professionnels de santé et aux élus de zone rurale qui souhaiteraient mettre en place une MSS sur leur territoire pour la population et développer les liens avec les structures d'aval.

Mots-clés : rural ; sport-santé ; activité physique ; sédentarité

Review of physical activity centers in French rural areas in 2020

ABSTRACT

Introduction Following the National Sport Health Strategy 2020 - 2024, 138 "Maisons Sport Santé" (MSS) (Physical activity centers) were created in 2019 but only 3 in rural areas. At the same time, a study published in Nature tell us that rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults.

This study seeks to improve knowledge on MSS in rural areas, by studying these 3 labeled organizations.

This work is a first step in the creation of tools to help implement this type of organisations.

Method Qualitative study based on semi-structured interviews. Managers and physical activity coach of MSS located exclusively in rural areas. Interviews took between September 2020 and January 2021 by a single researcher. After audio recording, full transcription then anonymization, a thematic analysis was done.

Results Respondents report as the main obstacle the difficulty in orienting their patients after cycles of physical activity. There are many reasons (patients reassured by the fact of continuing their practice habits, lack of solutions afterwards) and some solutions already being tested or planned (using municipal facilities for physical activity, help clubs in rural areas for the creation of physical activities). Lack of medical prescription and the importance of communication are also reported. Finally, federating local actors, the involvement of communities and in particular communities of municipalities, are key elements of success.

Conclusion The results obtained by this study are consistent with the literature. There are currently large national and regional inequities for physical activity interventions. This work is aimed at health professionals and politics from rural areas who would like to develop an MSS or encourage the development of physical activity class in sports clubs.

Keywords : rural areas ; countryside ; physical activity ; health related sport process