

MISSION MOBILITES ACTIVES

Synthèse

Dans un récent rapport de février 2022, l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire Alimentaire, de l'Environnement et du travail (ANSES) dressait un constat alarmiste pour nos politiques de santé : l'organisation de la vie de 95 % des adultes français les exposerait à une détérioration de leur santé, risques encore majorés par le cumul manque d'activité physique et sédentarité.

Générateur de maladies chroniques et de mortalité, ce constat s'accompagne d'inégalités marquées. Ainsi, les femmes, les habitants de l'agglomération parisienne ou encore les catégories sociales les moins favorisées apparaissent plus exposées à un manque d'activité physique. Ce tribut de la sédentarité est payé plus lourdement encore par nos aînés pour lesquels les chutes liées à la perte d'autonomie constituent près de 12 000 décès chaque année en France, représentant un coût estimé à 2 milliards d'euros pour les finances sociales.

Cette mission sur les mobilités actives intervient donc dans un contexte marqué par une double nécessité :

- Celle d'une action volontariste sur les pratiques, les équipements et l'urbanisme et d'une éducation à la santé pour prévenir la sédentarité croissante de l'ensemble la population ;

- Celle d'un accompagnement ciblé en faveur des seniors, à même de garantir aux personnes âgées leur maintien dans une dignité de vie et de mouvement à travers la marche ou le vélo.

En effet, les mobilités actives indépendamment de leurs bienfaits – désormais scientifiquement étayés – sur la santé comme sur les capacités cognitives s'affirment également comme de puissants vecteurs de lien social, aptes à rompre l'isolement qui frappe en France un tiers des personnes âgées.

Pour autant la promotion de ces mobilités actives continue de se heurter à des obstacles sur les **trois axes** que constituent la prévention de la perte d'autonomie, l'action sur les comportements et l'accompagnement des personnes âgées et l'amélioration de l'urbanisme et des équipements.

En matière de prévention en premier lieu, la France n'investit pas assez. Or le maintien dans l'autonomie et la prévention des chutes constituent des phénomènes qui exigent de l'anticipation et des réponses fortes, au premier rang desquelles l'accompagnement des seniors dans une mobilité quotidienne, sécurisée et autonome, y compris dans les résidences seniors et les EPHADS. La mission appelle ainsi à conforter la politique d'action sociale en matière de prévention de la Sécurité sociale et à développer des rendez-vous de la prévention à l'image du modèle danois. Cette politique de prévention passe également par une association étroite des professionnels de santé entendus au sens large, notamment via la prescription du Sport santé mais également par l'intégration très concrète de cette question de la promotion des mobilités actives dans le volet prévention de la rémunération sur objectifs de santé publique des médecins de ville.

Le développement des mobilités actives ne se fera pas, en second lieu, sans une **action sur les mentalités et les comportements et un accompagnement individualisé des seniors** pour lever les freins à l'engagement dans la pratique de ces mobilités.

Cela impose en particulier de se déprendre d'une pratique purement sportive pour intégrer les mobilités actives dans une quotidienneté rassurante où marcher ou pédaler ressortirait de l'évidence et non plus de l'exercice inaccessible ou imposé.

La variété des équipements rencontrés par la mission du tricycle à vélo à assistance électrique invite à cet égard à la construction par l'ensemble des intervenants autour de la personne âgée de **parcours individuels de mobilité**, davantage centrés autour des usages, des besoins et des capacités de l'individu pour que chacune et chacun s'approprie durablement un outil à sa mesure. La sécurisation des pratiques passe également par la promotion du casque comme un élément indispensable voire « design » au service d'une mobilité perçue comme agréable et sécurisée.

L'augmentation du niveau d'engagement dans les mobilités actives pour les publics les plus défavorisés pourrait pour sa part faire l'objet d'un travail dédié sur l'image sociale du vélo par des **campagnes publiques de grande ampleur**. Ce travail pourrait également de manière plus immédiate capitaliser sur l'existant en encourageant, par exemple par la mise à disposition de volontaires du service civiques, le travail remarquable mené par les écoles du vélo, véritables laboratoires de remise en selle et de confiance dans les capacités à se mouvoir en liberté.

En matière d'équipements enfin, c'est l'ensemble des acteurs et des territoires qui doivent se mobiliser pour créer un **écosystème urbain sécurisé plus favorable à la pratique des mobilités actives**.

En dépit des récents progrès marqués – ambitieux plan vélo lancé par le gouvernement, initiatives souvent remarquables de certaines collectivités territoriales pour promouvoir et accompagner financièrement les mobilités actives – l’environnement global n’apparaît toujours pas assez favorable à l’évolution des comportements, et en particulier à ceux de seniors plus avertis au risque et pour certains manifestant une vulnérabilité accrue.

L’espace public demeure ainsi perçu – souvent à juste titre si l’on s’en réfère aux statistiques d’accidentologie des cyclistes et des piétons des plus de 65 ans – **comme peu sécurisé**. Il demeure insuffisamment pensé en fonction des publics faisant face à des contraintes spécifiques, qu’il s’agisse de personnes en perte d’autonomie, en situation de handicap ou même de femmes enceintes, de personnes avec poussettes ou de familles.

Au terme de plus de 70 visites et auditions menées avec un large panel d’acteurs, la mission souscrit ainsi pleinement au constat dressé par l’ANSES à savoir **l’importance des actions collectives et de long terme par l’ensemble des acteurs publics** en matière de santé, d’aménagement du territoire, des modes de transport et de l’organisation du temps et des espaces.

C’est en effet plus radicalement **l’organisation même de l’espace public qui est à revoir** que ce soit en matière de partage de la voirie, d’urbanisme ou de mobilier urbain pour laisser davantage de place aux mobilités actives, ou d’action sur les Plan d’accessibilité de la voirie et des espaces publics (PAVE) pour décroiser leur approche et les ouvrir à une plus grande pluralité d’acteurs incluant les représentants associatifs du grand âge.

La mission a pu constater sur le terrain le foisonnement des initiatives souvent exemplaires dont beaucoup mériteraient d’essaimer et d’être valorisées. La valorisation de ces démarches pourrait être dans un premier

temps confortée par le lancement d'un appel à projet en faveur de l'ensemble des acteurs, adossé à un fonds de dotation hybride cofinancé par le ministère de la santé, le secrétariat d'Etat au handicap et le ministère de l'environnement et des transports et visant à décloisonner les approches sur le grand âge et à valoriser une logique interministérielle dans la prise en compte des mobilités actives.

Ces actions appellent également dans un second temps sans doute à une coordination accrue des acteurs et des financements dont la refonte excède le champ de la mission.

Sans prétendre à l'exhaustivité ni à se substituer aux spécialistes des politiques de santé, ce rapport entend néanmoins donner via ses **21 recommandations issues des échanges avec les acteurs du grand âge, du handicap et de la mobilité**, quelques clés pour promouvoir l'usage de mobilités actives, enjeu qui aurait vocation à constituer une nouvelle grande cause nationale.

La sédentarité et la perte d'autonomie ne constituent pas des fatalités. Pour autant le développement des mobilités actives ne fera pas l'économie d'actions volontaristes et concrètes sur la construction des espaces publics et l'organisation même de nos modes de vie.

I LES MOBILITES ACTIVES DEMEURENT INSUFISAMMENT DEVELOPPÉES ALORS MÊME QU'ELLES CONSTITUENT UNE CLÉ DU MAINTIEN DANS L'AUTONOMIE D'UNE POPULATION FRANCAISE VIEILLISSANTE

I.A. DANS UN CONTEXTE DE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, LA PROMOTION DES MOBILITES ACTIVES CONSTITUE UN IMPORTANT LEVIER DU BIEN VIEILLIR

I.A.1. La hausse de l'espérance de vie et l'arrivée à un âge avancé des premières générations du baby boom posent avec acuité la question de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

Le vieillissement de la population française repose sur la mécanique démographique aux deux composantes que constituent l'arrivée au troisième et quatrième âge des générations du baby-boom et l'allongement de leur espérance de vie et les effectifs de population plus jeunes. Sur la période 1990-2015, la France a ainsi connu une augmentation soutenue de sa population âgée, avec une accélération importante depuis 2011. Suivant les chiffres de l'Institut National de la Statistique et des études économiques (INSEE), la **part des 75 ans ou plus** est passée de 6,6 % en 1990 à 9,1 % en 2015, soit **une hausse de 2,5 points en 25 ans**. En 2020, les **personnes de 65 ans ou plus** représentent 20,5 % de la population, contre 20,1 % en 2019 et 19,7 % en 2018. Leur part a **progressé de 4,7 points en vingt ans**. Le vieillissement de la population s'accélère depuis 2011, avec l'arrivée à 65 ans des générations nombreuses nées après-guerre. En revanche, la proportion des jeunes âgés de moins de 20 ans a reculé de 1,9 point pour s'établir à 23,7 %.

Si ces tendances démographiques se maintenaient, la France compterait 76,4 millions d'habitants au 1er janvier 2070. La quasi-totalité de la hausse de la population concernerait les personnes âgées de 65 ans ou plus, avec une augmentation particulièrement marquée pour les personnes de 75 ans

ou plus. Jusqu'en 2040, la proportion des personnes de 65 ans ou plus progresserait fortement (plus d'un habitant sur quatre aurait 65 ans ou plus) puis plus modérément.

Toutefois, suivant l'Institut National des Etudes démographiques (INED), du fait des effectifs des plus jeunes, relativement plus importants que dans d'autres pays, la France ne devrait pas faire partie des pays où le vieillissement sera le plus important : la part des 65 ans et plus serait en 2050 de 28 % en France contre 36 % dans les pays du Sud de l'Europe, et 38 % au Japon.

I.A.2. Si la France se caractérise par une bonne espérance de vie, elle est distancée par une partie de ses voisins européens en matière d'espérance de vie en bonne santé

Une espérance de vie en bonne santé dans la moyenne européenne

Alors que la France occupe l'une des meilleures places en matière d'espérance de vie à la naissance (en 2019, celle-ci était respectivement suivant l'INSEE de 85,6 ans pour les femmes et de 79,7 ans pour les hommes), elle demeure assez proche de la moyenne européenne pour l'espérance de vie en bonne santé¹, à savoir 64 ans en moyenne. Dans le détail, en 2019, cette espérance de vie en bonne santé atteignait 64,6 ans pour les femmes contre 63,7 pour les hommes. Cet indicateur est plutôt stable depuis les années 2000 et place la France dans la moyenne de l'UE, voire légèrement au-dessus concernant les femmes.

L'écart apparaît en revanche de presque dix ans avec le pays le mieux placé en Europe, la Suède (73,3 ans chez les femmes, 73 ans chez les

¹ L'espérance de vie, marqueur de la santé d'une population et aperçu quantitatif de la moyenne des années à vivre peut-être complété par un indicateur qui combine les deux dimensions quantitative et qualitative. Il s'agit de l'« espérance de vie en bonne santé », qui mesure le nombre d'années qu'un individu peut compter vivre sans souffrir d'incapacité et de limitations de ses mouvements dans les gestes de la vie quotidienne.

hommes), alors que l'espérance de vie à la naissance est quasi équivalente dans les deux pays. La perte d'autonomie intervient donc bien plus précocement en France.

La prévalence de la perte d'autonomie est très fortement croissante avec l'âge.

Celle-ci s'établissait en 2018 à 65-74 1,3 % pour les 65-74 ans, 1,6 % pour les 74-85 ans, et 16,7 pour les plus de 85 ans.

Le nombre de personnes en perte d'autonomie peut être approché par le nombre de personnes percevant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), à laquelle sont éligibles les personnes âgées évaluées en GIR 1 à 4, qui mesure le degré d'autonomie soit 8 % des plus de 60 ans (1,35 million de personnes) cette même année.

Suivant les chiffres de la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) 1,5 million de personnes de plus de 60 ans à domicile cumulaient les différentes composantes du processus de dépendance : maladie chronique, limitations fonctionnelles et difficultés pour se laver. L'écart entre les différentes données peut provenir soit d'un non recours aux prestations comme de différences de mesure.

Suivant la projection de la DREES à l'horizon 2030, le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait d'environ 200 000 personnes (+15 %) entre 2015 et 2030 selon le scénario bas, de 320 000 (+25 %) selon le scénario intermédiaire et de 410 000 (+33 %) selon le scénario haut.

Si l'on se fonde sur le scénario intermédiaire qui est également celui retenue par le rapport Libault sur le grand âge de 2019, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie, au sens de bénéficiaires de l'APA, passerait ainsi de **1 265 000 personnes en 2015 à 1 582 000 en 2030 et 2 235 000 en 2050**. La hausse serait de l'ordre de plus 20 000 personnes par an jusqu'en 2030, mais accélérerait à près de 40 000

personnes par an entre 2030 et 2040, du fait de l'arrivée dans le grand âge des premières générations du baby-boom.

Le nombre d'années de vie en situation de perte d'autonomie demeure toutefois « contenu ».

La Cour des Comptes souligne dans son rapport de fin 2021 sur la prévention de la perte d'autonomie combien la notion d'âge évolue avec le vieillissement. Si les années de vie gagnées se sont accompagnées pour partie d'une perte d'autonomie, car les progrès sanitaires et médicaux ont permis à des publics y compris fragiles, d'atteindre de grands âges, les études européennes indiquent que les situations de perte d'autonomie demeurent contenues alors que l'espérance de vie s'allonge. La prévention et les mobilités actives peuvent ainsi s'affirmer comme des leviers pour limiter les situations de perte d'autonomie et augmenter l'espérance de vie en bonne santé qui n'a pas connu d'inflexion significative depuis 10 ans.

Encadré 1 : mobilités actives et prévention des chutes

450 000 personnes âgées de plus de 65 ans chutent chaque année. Ces chutes entraînent plus de 100 000 hospitalisations et plus de 10 000 décès annuels. Elles marquent également une rupture dans la vie des individus, une perte d'autonomie et pèsent pour près de 2 milliards d'euros dans les finances sociales dont 1,5 milliard pour la seule Assurance Maladie. En réponse à cet enjeu majeur de santé publique, le gouvernement a lancé début 2022 un **plan national triennal antichute** des personnes âgées qui a pour objectif la réduction de 20 % des chutes mortelles ou invalidantes des personnes de 65 ans et plus d'ici 2024.

Ce plan antichute des personnes âgées s'appuie notamment dans ses axes 3 et 4 sur le levier des mobilités actives :

- L'axe 3 propose ainsi un accompagnement au bon choix et au bon **usage d'aides techniques à la mobilité**, intégralement prises en charges ;

- l'axe 4 entend **développer le recours à l'activité physique adaptée (APA) pour les personnes âgées**, en s'appuyant les Maisons Sport-Santé, les collectivités et les centres communaux d'action sociale (CCAS), pour le bon déploiement de ces programmes.

I.A.3 Les effets positifs de l'activité physique sur la perte d'autonomie sont désormais bien étayés scientifiquement...

Les effets positifs de l'activité physique sur la santé cardiovasculaire, les maladies chroniques et la prévention des chutes font l'objet de validations multiples par la littérature scientifique.

Les effets positifs de l'activité physique sur la santé et le bien vieillir sont désormais largement établis et reposent sur un très vaste corpus d'études. L'article « *Vieillir en bonne santé, revue des interventions efficaces* » publié dans le numéro de décembre 2018 de la revue « La Santé en action » réalise ainsi une synthèse de la littérature sur le sujet, basée² sur un corpus non exhaustif mais important de références.

Cette revue des études confirme encore – s'il en était besoin – les bienfaits de l'activité physique sous ces différentes formes sur la santé. Elle permet surtout permet d'identifier pour les politiques publiques de maintien dans l'autonomie **différents types d'interventions validées et/ou prometteuses, favorisant le vieillissement en bonne santé chez les personnes âgées de 55 ans et plus**, autonomes et vivant à domicile, tant dans une démarche de prévention universelle que dans une démarche de prévention plus ciblée.

L'article permet notamment de tirer les enseignements suivants :

² La Santé en action² » est une revue éditée par Santé publique France consacrée à la prévention, l'éducation et la promotion de la santé. L'article cité infra s'appuie sur 32 documents de synthèse (5 synthèses Cochrane, 4 rapports de santé publique et 23 articles de synthèses)

- Les entraînements en groupe et supervisés sont plus efficaces, ce qui manifeste l'importance de l'encadrement, des retours et les bénéfices d'une activité menée en communauté ;
- Les programmes d'exercices physiques via des supports numériques sont quasiment aussi intensifs que les programmes « classiques » en groupe ;
- Les programmes de réduction de la sédentarité sont prometteurs sur l'activité et les compétences physiques, la sédentarité et le risque d'invalidité, la perte de masse musculaire et des capacités cardio-vasculaires ;
- Les interventions multimodales type exercices physiques et ateliers d'éducation pour la santé ont également fait la preuve de leurs bénéfices pour prévenir les chutes, l'ostéoporose et pour améliorer la qualité de vie et la forme cardio-vasculaire.

Ces effets positifs se doublent d'effets significatifs moins connus du grand public, mais également étayés, sur le maintien des capacités cognitives.

En effet, les programmes d'exercices physiques permettent d'avoir un impact plus général sur la qualité de vie. Ils préviennent plusieurs types de troubles et favorisent la santé globale à la fois physique, psychique, cognitive et sociale.

Les études permettant de valider l'aspect positif du sport sur la santé à partir de groupes témoins sont comme on l'a indiqué infra nombreuses et étayées. Il n'existe néanmoins que peu de travaux épidémiologiques portant sur des cohortes françaises de très ³grande ampleur visant à chiffrer

³ La cohorte Nutrinet par exemple, sous égide notamment de l'Institut National de la Recherche Agronomique et de l'environnement (INRAE) et de l'Institut National de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM) est une cohorte prospective d'observation (cohorte ouverte) visant à recruter une large population suivie pendant 10 ans sur le plan de la nutrition et de la santé. Elle comporte plus de 150000 personnes. L'étude a été lancée en France le 11 mai 2009 et en Belgique (Fédération Wallonie-Bruxelles) le 7 juin 2013. Un volet suisse est en cours de préparation.

spécifiquement sur une longue durée l'impact des mobilités actives sur le vieillissement en bonne santé pour une population de seniors donnée.

I.A.4 ... alors même qu'en dépit de progrès récents, les acteurs publics et privés se concentrent encore insuffisamment sur la prévention et les déterminants du maintien dans l'autonomie

La France n'investit pas assez dans les politiques de prévention de perte de l'autonomie.

La France consacre 11,3 % de son PIB à la santé, la part la plus élevée de l'Union européenne. Mais selon l'OSCE le pays devrait renforcer son système de prévention, et compte relativement moins de médecins que la moyenne. En dépit des validations multiples des travaux de recherche évoqués infra, la prévention⁴ de la perte d'autonomie continue d'occuper une place relativement marginale dans les politiques en faveur des personnes âgées.

Les récentes annonces gouvernementales et notamment l'annonce du plan chute triennal assorti d'un objectif chiffré de réduction marquent une inflexion en la matière. Le budget croissant dévolu à la prévention dans la dernière Convention d'Objectif et de Gestion (COG) de la branche maladie manifeste également d'une augmentation de ses moyens⁵.

L'action en matière de prévention de perte de l'autonomie demeure insuffisamment coordonnée.

⁴ La Haute Autorité de Santé opère une distinction entre prévention primaire qui agit en amont de la maladie (type vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence.

⁵ Les crédits du Fonds National de Prévention et d'Éducation et d'Information Sanitaire (FNPEIS) ont fait l'objet d'une augmentation substantielle dans la dernière COG-CNAMTS 2018-2022 (130 M€ annuels supplémentaires sont consacrés à la prévention mais ces crédits ne sont pas spécifiquement fléchés sur la perte d'autonomie et intègrent notamment le Fonds tabac)

Cette politique de prévention apparaît pourtant consensuelle mais comme le relève la Cour des Comptes dans son rapport de 2021 sur le sujet, la dispersion des intervenants en minore les effets opérationnels. Les acteurs participant à la prise en charge de la prévention de la perte d'autonomie sont en effet nombreux : qu'il s'agisse des collectivités territoriales, de la branche maladie, des caisses de retraites au titre de leur action sociale, des associations, des mutuelles ou encore des Agences Régionales de Santé (ARS) etc.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV) du 28 décembre 2015 a tenté une première amorce de rationalisation en établissant des conférences des financeurs, présidées par les présidents des conseils départementaux sans toutefois parvenir à assurer aux financements de cette politique de prévention une lisibilité suffisante. A cet égard, la Cour des Comptes pointe la difficulté à évaluer le montant des crédits spécifiquement engagés au titre de la prévention de la perte d'autonomie⁶.

L'action sociale des caisses de retraite a initié pour sa part un processus d'association en « inter-régimes » à travers la signature d'une convention. L'ensemble apparaît administrativement complexe et n'a pas encore trouvé de transcription dans les différentes Conventions d'Objectif et de Gestion (COG). La COG de la branche maladie intègre pour sa part des crédits supplémentaires dédiés à la prévention dans le cadre du FNPEIS sans qu'apparaisse un fléchage spécifique dédié au développement des mobilités actives. Enfin la branche vieillesse de la Sécurité sociale déploie quant à elle des actions de prévention sur le « Bien vieillir » pour un public estimé à 3 000 000 de retraités.

⁶ La Cour estime ces dépenses à près de 1,5 Md€ par an, dont près de 460 M€ pour les seules « aides techniques » de l'assurance maladie qui en constituent pas toutes en elles-mêmes des actions de prévention (fauteuils, déambulateurs, cannes...) et près de 300 M€ pour l'action sociale de la Cnav)

Les politiques de préventions demeurent insuffisamment basées sur l'approche capacitaire de l'individu.

Associée y compris dans l'esprit du public, aux campagnes de vaccination ou de dépistage des cancers, la prévention est marquée par une approche principalement sanitaire. Les politiques de prévention se concentrent sur les campagnes de dépistages des maladies dont la prévalence augmente avec l'âge mais il n'existe pas de rendez-vous global tourné sur les comportements et le maintien dans l'autonomie comme au Danemark et axé sur une approche individualisée des besoins de la personne âgée et sur une promotion volontariste des mobilités actives.

La nouvelle approche ICOPE promue par l'OMS intègre la mobilité dans la prévention de la perte de l'autonomie.

La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées repose en effet sur un repérage global des facteurs de fragilité. Celui-ci inclut notamment les conditions de vie ainsi que des actions telles l'engagement ou le maintien dans les mobilités actives visant à limiter la perte d'autonomie. L'approche ICOPE promue par l'OMS prévoit ainsi le maintien des cinq fonctions essentielles de l'individu : la mobilité, la cognition, les fonctions sensorielles (audition, vision), le psychosocial et la nutrition. Elle vise ainsi à augmenter l'espérance de vie sans incapacité (ou espérance de vie en bonne santé) et à prévenir le déclin fonctionnel par des interventions précoces.

Encadré 3 : la politique de prévention de la branche vieillesse

Les actions collectives proposées aux retraités par les caisses de retraite se décomposent en deux catégories :

- Les actions collectives de prévention traitant de la globalité du bien-vieillir ou abordant des thématiques spécifiques telles que l'activité physique, l'équilibre, la nutrition.
- Les actions collectives de maintien du lien social qui poursuivent des objectifs de renforcement et de maintien du lien social.

En 2019, 286 272 retraités ont bénéficié d'actions collectives de prévention et d'actions collectives de maintien du lien social à savoir un fléchissement de 1,8 % par rapport à 2018

- Les bénéficiaires d'actions collectives de prévention s'élèvent à 188 710 (- 6,2 % par rapport à 2018) et représentent 66 % du total des bénéficiaires.
- Les bénéficiaires d'actions collectives de maintien du lien social s'élèvent à 97 562 (+ 7,9 % par rapport à 2018) et représentent 34 % du total des bénéficiaires.

I.B DES FREINS AU DÉVELOPPEMENT DES MOBILITÉS ACTIVES SUBSISTENT

I.B.1. LES COMPORTEMENTS INDIVIDUELS DEMEURENT MARQUÉS PAR UNE PRÉDILECTION POUR LA VOITURE AU DÉTRIMENT DES MOBILITÉS ACTIVES PERÇUES COMME PEU SÉCURISÉES

I.B.1.a. La prévalence de la voiture continue de se manifester même sur de courts trajets

En France, **1 trajet en voiture sur 4 fait moins de 3 km**. Dans les

agglomérations, cette part est plus grande encore : 4 trajets en voiture sur 10 font moins de 3 km. Ces trajets "courts" représentent près de 10 % de la distance totale parcourue en voiture. Dans les unités urbaines⁷, la part des trajets effectués en tant que conducteur d'une voiture sur une distance inférieure à 3 km apparaît du même ordre et varie relativement peu.

Ces chiffres mettent en exergue les **marges de manœuvres aux mains des intercommunalités pour transférer les trajets courts vers les mobilités actives** que constituent la marche et le vélo.

Ils soulignent avec acuité le **gisement de report modal** que représentent ces petits déplacements en matière environnementale mais manifestent également tout l'enjeu d'intégrer les problématiques de santé publique dans les politiques de déplacements. En effet, s'ils étaient effectués à pied, en vélo ou même en transport en commun, ces trajets de faible distance contribueraient de manière notable à l'atteinte du seuil d'activité physique recommandé par l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS). Ce sont en effet en France près de 10 % des trajets parcourus en voiture qui le sont sur une distance inférieure à 1 km soit un quart d'heure de marche ou quelques minutes à vélo.

I.B.1.b. La voirie et les équipements sont perçus comme insuffisamment sécurisés notamment dans les environnements urbains et périurbains

Les villes les plus adaptées aux personnes âgées suivant le baromètre « villes amies des aînés » de l'OMS cumulent **sécurisation et bon partage de la voirie, réseau cyclable adapté et connecté sans rupture de**

⁷ L'unité urbaine au sens de l'INSEE est une commune ou un ensemble de communes qui comporte sur son territoire une zone bâtie d'au moins 2 000 habitants où aucune habitation n'est séparée de la plus proche de plus de 200 mètres.

parcours, stationnement et espaces verts de qualité. Le partage modal de la voirie et la connectivité des circuits de marche ou de vélo ne répondent néanmoins pas dans une majorité des cas aux attentes des seniors entravant la mise en place d'une pratique régulière de marche ou de vélo.

L'**insécurité perçue** des espaces publics pour les piétons et les cyclistes en et hors agglomération **constitue pour une large part une réalité** si on s'en réfère aux statistiques d'accidentologie : si les 18-25 ans continuent de constituer en proportion la part à la fois la plus victime et la plus responsable d'accidents mortels, les seniors paient un lourd tribut en matière de sécurité routière.

En 2020, 643 seniors ont perdu la vie sur les routes françaises, soit 25% de la totalité de la mortalité routière alors qu'ils ne représentent que 19% de la population. Et les personnes de plus de 65 ans représentaient même **la moitié des piétons et des cyclistes tués**. Les femmes en constituaient pour leur part les victimes à part égale alors même que les responsables des accidents mortels sont des hommes à 84%. Pour 100 cyclistes tués, 45 avaient ainsi plus de 65 ans, majoritairement des hommes – du fait d'un moins grand nombre de pratiquantes femmes pratiquant le vélo – pour des accidents se produisant en marge des agglomérations.

Ces statistiques élevées d'accidentologie reflètent certes pour une part la vulnérabilité plus marquée des seniors, plus susceptibles d'accidents mortels à gravité égale, mais ils procèdent aussi de **l'inadaptation de la voirie et des espaces publics à leurs besoins spécifiques** dans des contextes toujours plus complexes de partage de la voirie. La réticence plus marquée chez les seniors que chez les plus jeunes à porter le casque est également susceptible de constituer également un facteur explicatif de cette surmortalité.

Encadré 4 : la valorisation de l'accessibilité des territoires à travers le label « Destination pour tous »

Destination pour tous est la seule marque d'État qui valorise une destination touristique en tant que territoire développant une politique d'accessibilité universelle volontariste à travers 4 axes :

- Le **développement d'une offre d'accompagnement adapté** tout au long du séjour pour l'accès aux prestations touristiques, aux services de la vie quotidienne et aux déplacements, complémentaire d'une offre globale accessible en autonomie ;
- Le **développement d'une démarche** intégrant les bonnes pratiques, les nouveaux services numériques ou techniques innovants,
- La **construction, avec les acteurs publics et privés, d'une offre touristique** développée selon les besoins exprimés par chacun des publics, quelle que soit leur situation particulière ;
- **La mise en accessibilité** des établissements recevant du public (ERP), des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie.

La marque entend ainsi valoriser un territoire permettant un séjour inclusif pour tous et tenant compte de toutes les **situations de handicap mais aussi la perte d'autonomie liée à l'âge**, les entraves aux déplacements liés à la situation de famille. En 2021, 7 territoires avaient été labellisés : Amiens, Mauguio-Carnon, Grand Dax Agglomération, Colombiers-Lespignan, Bordeaux, Balaruc-les-Bains et la Communauté Urbaine de Dunkerque.

I.B.2. LA PRATIQUE DES MOBILITES ACTIVES SE CARACTERISE PAR DE FORTES INEGALITES TANT TERRITORIALES QUE SOCIALES

I.B.2.a. Les collectivités territoriales apparaissent très diversement sensibilisées à la nécessité du développement des mobilités actives

Des travaux ont établi une relation entre l'engagement (ou le non-engagement) dans une activité physique et l'accessibilité des lieux de pratique d'une part, et la **qualité des infrastructures** d'autre part. Le potentiel piétonnier tel que les aménagements urbains favorisant la marche, et la sécurité du voisinage contribuent positivement à la fréquence de l'activité physique, alors que la distance des lieux de pratique et l'habitation en zone défavorisée constituent des facteurs importants de désengagement et de moindre pratique. L'absence de mobilier urbain type, propice au repos entre deux trajets marchables, est également particulièrement déploré par les acteurs associatifs.

Les collectivités territoriales ont pris acte inégalement de cette nécessité d'une meilleure sécurisation de leurs infrastructures.

La Loi d'Orientation des Mobilités (LOM), adoptée le 24 décembre 2019, poursuit un objectif de promotion des mobilités douces et d'un meilleur aménagement cyclable du territoire. Elle définit notamment de nouvelles compétences et invitait les intercommunalités à se prononcer sur la prise de la compétence mobilités au sein de leur ressort territorial avant le 31 mars 2021.

L'intérêt partiel et inégal porté par les intercommunalités à cette compétence témoigne d'une appropriation très différenciée de cette question des mobilités actives suivant les territoires qui trouve une traduction dans le baromètre des villes cyclables. A cet égard, le palmarès des villes les plus marchables rappelle celui des villes cyclables :

Strasbourg, Grenoble, Bordeaux, puis Rennes et Nantes. La voiture demeure très présente à Nîmes, à Reims, à Toulon, plus minoritaire à Lyon, Grenoble, Strasbourg, marginale à Paris.

L'exemple de l'engagement de l'Eurométropole de Strasbourg pionnière en la matière (cf. supra) mais également plus récent de la communauté urbaine du Havre Seine Métropole manifestent pourtant de **l'efficacité de politiques volontaristes en matière de mobilités actives**. La communauté urbaine du Havre a ainsi développé la location de vélos de différents types (cargo, tandem) assortie d'une politique d'aménagement des carrefours (carrefours très sécurisés à la hollandaise pour une partie des grands axes) mais également de l'abondance des écoles pour inciter parents et grands-parents à délaisser leurs voitures au profit de la marche ou du vélo. Cette politique a eu des effets notables : progression de + 27% de pratique de 2019 à 2020 dans un cadre rendu plus favorable au vélo par la crise sanitaire mais également entrée de la ville du Havre à la 8ème place du baromètre des villes cyclables.

Le déploiement des plans de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics (PAVE) demeure également marqué par une grande hétérogénéité.

La loi 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, dite loi « handicap » a renforcé les obligations de mise en accessibilité de la voirie. Elle prévoit notamment l'établissement d'un plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics (PAVE) pour toutes les communes de plus de 1 000 habitants et plus. L'établissement de ces PAVE progresse mais ils demeurent déployés de manière inégale, notamment dans les plus petites aires urbaines. Circonscrits à la question du handicap, ils souffrent également d'un certain cloisonnement et n'associent encore qu'imparfaitement les acteurs compétents hors champ du handicap sur ces thématiques.

I.B.2.b. L'essaimage des bonnes pratiques existantes entre établissements et territoires demeure peu développé.

En dépit des dispositions portées dans la LFSS 2018, l'essaimage des bonnes pratiques territoriales n'apparaît pas suffisant.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a en effet introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. La circulaire du 13 avril 2018 relative à ce cadre d'expérimentation en précise les modalités de mise en œuvre par les Agences Régionales de Santé.

Ouverts aux établissements de santé (publics ou privés), aux professionnels de santé libéraux, des associations, des entrepreneurs, ce dispositif qui constitue une première avancée demeure encore circonscrit au seul champ médico-social et ne semble pas permettre à ce stade le développement d'expérimentations transversales santé/transports susceptibles d'assurer la promotion des mobilités actives.

Encadré 5 : l'Eurométropole de Strasbourg et la mise en place d'un « système vélo »

L'Eurométropole de Strasbourg se caractérise par un engagement précoce et jamais démenti, indépendamment des majorités politiques, pour les mobilités actives qui en fait désormais l'une des meilleures villes de France cyclable en dépit de sa densité.

Ce volontarisme politique s'est traduit précocement par la mise en place d'un véritable « système vélo » à savoir la conviction que les aménagements cyclables ne suffiront pas seuls à développer les mobilités actives, mais qu'il convient de créer « un système vélo » en développant un ensemble d'initiatives, intégrées pour promouvoir la pratique du vélo. ». Il s'agit de s'inspirer des meilleures

pratiques pour développer par tous les moyens une « culture vélo » à l'image de celle observable dans les Pays-Bas ou au Danemark.

Ce **système vélo s'appuie sur 4 grands axes** révélateurs d'une approche intégrée et systémique :

1/ L'équipement : l'accès facile et peu coûteux à un vélo est un préalable. Strasbourg propose un service de location de vélos – Vélhop – pour des durées très variables à prix modique, limité dans le temps et avec obligation de retourner le vélo à la station de départ.

Cette solution réduit fortement le coût de ce service pour la collectivité, permet de prêter une grande variété de vélos : classique, électrique, biporteur, triporteur, tandem... et incite les habitants à acquérir un vélo adapté à leurs besoins spécifiques de mobilité. La ville soutient également des ateliers d'autoréparation des vélos. Elle prête aussi des cargocycles, sur une durée courte pour sensibiliser l'utilisateur à leur usage. Cette politique est complétée par des incitations financières type prime à la motorisation électrique de vélo classique. Une prime, variant avec le quotient familial, à l'achat de vélos à assistance électrique ou de vélos cargos a également été instaurée.

2/ Le réseau : l'objectif n'est pas seulement d'augmenter les pistes cyclables mais d'opérer un meilleur partage des voiries en passant par exemple les 4 voies à 2 voies pour éviter d'aménager des pistes cyclables sur les trottoirs, en agissant également sur la réglementation routière en ralentissant le trafic sur les voies rapides urbaines. L'extension du tramway contribue également à sécuriser la voirie urbaine.

Depuis 2011 la ville s'est également lancé dans le développement d'un réseau structurant de grandes pistes cyclables pour favoriser les continuités de parcours, y compris en périphérie. Ces mesures sont complétées par la mise en place de solutions de stationnements sécurisés type « véloparcs » payants pour garantir la qualité de service ou encore par la fixation de seuils de places dans les immeubles neufs.

3/L'usager : la ville entend attirer de nouveaux publics vers le vélo en développant et en soutenant des initiatives type vélo-école pour adultes. Elle agit également en matière de communication et de marketing social en cherchant à faire du vélo un marqueur de l'identité de la ville, volonté dont témoigne le slogan « Strasbourg, un vélo d'avance » des années 1990. Les élus circulent régulièrement à bicyclette dans la ville. En 2012, le Dr Feltz, conseiller municipal, lance « le vélo sur ordonnance » initiative qui connaît un large écho.

4/ La réglementation : la ville a lancé des couloirs de bus ouverts aux cyclistes. De 2012 à 2017, la ville a expérimenté l'amende minorée pour les cyclistes (réduction de 50 %). Le respect des piétons par les cyclistes reste toutefois un sujet conflictuel. Du fait de sa forte densité, la ville est à la fois beaucoup fréquentée à pied comme à vélo.

I.B.2.c. La pratique des mobilités actives apparaît également marquée par de fortes ruptures suivant l'âge, le genre et le statut socio-économique

Le statut socio-économique constitue un déterminant majeur du degré de pratique des mobilités actives : **36% des sujets modestes de la tranche d'âge des 60-64 ans ne déclarent aucune pratique d'activité physique** versus 17% des personnes bénéficiant de hauts revenus ; pour la tranche d'âge des 70-75 ans, 56% des personnes à faibles revenus versus seulement 28% des seniors les plus aisés. Ces statistiques traduisent une appropriation différenciée du vélo et une inégalité sociale face au « savoir rouler » qui peut apparaître d'autant plus technique et coûteux avec l'essor des vélos à assistance électrique qui, s'ils sont plébiscités par les cyclistes de plus de 65 ans, demeurent difficile d'accès pour les publics les plus vulnérables.

La pratique des mobilités décline avec l'âge mais également avec le genre. Les femmes demeurent ainsi moins susceptibles de pratiquer les mobilités actives que les hommes et cette différence est marquée (pour les plus de 75 ans, 16% des femmes vs 40% des hommes).

Les freins psychologiques, sociaux ou fondés sur une appréhension légitime à la pratique des mobilités actives demeurent nombreux pour les seniors. Les collectivités territoriales ont également fait part à la mission des contraintes que faisaient reposer sur le développement du linéaire cyclable la prise en compte de ces aménagements dans l'artificialisation des sols. Pour autant les externalités positives incontestables, tant en matière de santé, de finances sociales et d'environnement, invitent à une mobilisation accrue, à la fois de l'Etat via le renforcement de ses actions de communication et des territoires sur le sujet.

Les exemples portés par certaines collectivités exemplaires soulignent l'efficacité du volontarisme politique en la matière et les leviers réels dont disposent les acteurs locaux en matière d'aménagement du territoire pour favoriser les pratiques et améliorer la qualité de vie et la santé de leurs administrés.

II. 21 Recommandations pour promouvoir les mobilités actives

Fortes des constats établis dans la première partie de ce rapport, les propositions de la mission s'articulent autour des trois axes qui se sont imposés à l'issue des 19 visites de terrain et des 60 audits menés auprès de l'ensemble des acteurs :

1. La nécessité de s'inscrire dans une **logique globale de prévention** et de sensibiliser l'ensemble des acteurs, jeunes retraités, personnes du troisième et quatrième âge en perte d'autonomie, professionnels de santé, personnel médico-social etc. à l'importance des mobilités actives.
2. Une **action sur les comportements** pour lever les freins notamment sociaux à la pratique et à l'engagement dans les mobilités actives.
3. La volonté enfin de **mettre les territoires au cœur de ce virage vers les mobilités actives** tant par leurs actions sur les équipements que sur l'urbanisme et les voiries.

Pour chacun de ces trois axes, il s'agit bien de porter un regard systémique et global sur les mobilités actives pour créer un écosystème favorable à leurs pratiques.

AXE 1 : S'INSCRIRE DANS UNE LOGIQUE GLOBALE DE PREVENTION DÉCLINÉE PAR PALIERS GENERATIONNELS

Recommandation 1 : Créer et déployer un « rendez-vous » de la prévention ciblant en priorité les publics fragiles

Ce rendez-vous de la prévention capitaliserait sur les actions déjà existantes de la branche vieillesse. » Il s'adresserait en priorité aux allocataires de l'Allocation de solidarités aux personnes âgées (Aspa) et s'articulerait autour de deux temps de vie :

1. Un premier temps de vie à quelques mois en aval du départ à la retraite après la liquidation des droits effectués. Les mois entourant le passage à la retraite un moment constitueraient ainsi un moment de promotion de l'exercice physique et des mobilités actives (communications CNAV, actions des collectivités locales).
2. Un deuxième rendez-vous entre 65 et 70 ans, inspiré du modèle danois et davantage orienté autour d'un bilan des pratiques et de la santé.

Recommandation 2 : Renforcer les actions de prévention de la CNAV et de la CNAM y compris en inter-régimes

Des actions inter-régimes en matière de prévention existent déjà mais elles apparaissent dotées d'une lisibilité insuffisante et mériteraient d'être renforcées.

Un objectif commun – voire chiffré – aux deux branches de nombre de rendez-vous de prévention pourrait par exemple être intégré dans les nouvelles Conventions d'objectif et de gestion (COG) de la branche maladie et de la branche retraite et/ou dans les programmes de qualité et d'efficacité de la LFSS concernant l'offre en prévention.

Recommandation 3 : Développer la culture de la prévention chez les professionnels de santé notamment via le levier des Rémunérations sur Objectif de Santé Publique (ROPS)

1. En développant des modules de formation liée à la sensibilisation de l'importance des mobilités actives dans le maintien de l'autonomie, tant dans la formation initiale que la formation continue des professionnels de santé et au sein de l'Ecole de Haute Santé publique (EHSP) ;
2. En s'inspirant des expériences déjà menées par certaines collectivités pour encourager la prescription du Sport Santé, que cela passe par la prescription d'une Activité Physique Adaptée (APA) à l'état de santé du patient ou par la prescription plus générale de mobilités actives, par les professionnels libéraux ;
3. En inscrivant la prescription de mobilités actives dans le volet prévention des Rémunérations sur Objectif de Santé Publique (ROPS) des médecins libéraux.

Recommandation 4 : Capitaliser sur les réseaux locaux de professionnels de santé comme Asalée et les réseaux des formateurs sportifs pour valoriser la pratique des mobilités actives

La promotion des mobilités actives pourrait s'appuyer sur deux grands réseaux de professionnels dans les territoires

1. Le réseau Asalée du côté des professionnels de santé et des ARS,

Les ARS sont fortement engagées dans le déploiement du programme Asalée. Celui-ci instaure une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers, intégrée au cabinet des praticiens et permet l'intervention des infirmières, dans le cadre d'un protocole autorisé par l'ARS, auprès de patients atteints de maladies chroniques.

Le réseau Asalée est donc susceptible de constituer un maillon important

de la promotion des mobilités actives, au travers de l'accompagnement individuel qui intervient en complément de la pratique médicale. Il doit être conforté et sensibilisé à la nécessité d'une promotion systématique des mobilités actives auprès des seniors.

2. Le réseau des éducateurs et éducatrices sportifs, au-delà du seul périmètre des spécialistes du Sport Santé

La question du Sport Santé ne saurait se circonscrire à celle de la seule question de l'activité physique adaptée (APA). Pour promouvoir durablement les mobilités actives c'est tout l'écosystème des éducateurs sportifs qu'il faut sensibiliser et former.

Le réseau des éducateurs sportifs est estimé à environ 60 000 à 70 000 professionnels si on y inclut les titulaires d'une licence STAPS (sciences et techniques des activités physiques et sportives) ou encore les éducateurs territoriaux des activités physiques et sportives (ETAPS) des collectivités territoriales. Ces professionnels pourraient notamment bénéficier d'un module de certification par exemple dans le cadre de leur droit à la formation professionnelle, permettant de les former à l'accompagnement des publics seniors et plus généralement à celui du « savoir rouler » sur le modèle du « savoir nager ».

Recommandation 5 : Ouvrir une négociation avec les principaux acteurs de l'assurance pour enrichir le bouquet « dépendance » des assurances

Cette négociation permettrait d'intégrer aux offres des assurances et des mutuelles des objets connectés ou le financement de la location ou de l'achat d'équipements « sportifs » spécifiquement dédiés à la pratique des mobilités actives.

Recommandation 6 : Lancer de nouvelles études permettant

d'étayer le bénéfice budgétaire et économique des politiques de prévention via un suivi de cohorte de grande ampleur sur un temps plus long

Les cohortes épidémiologiques de grande envergure – type cohorte Nutrinet évoquée infra – assurent un suivi de la santé de population donnée pour en mesurer les déterminants existents. Mais elles ne sont pas ciblées précisément sur les personnes âgées et les effets de leur pratique des mobilités actives.

Réalisée en partenariat avec l'Inserm, la CNAMTS et les universités de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines et de Paris Descartes, la cohorte Constances a par exemple pour objectif un suivi de la santé des volontaires sur le long terme pour en mesurer les déterminants (alimentation, environnement, conditions de travail etc.).

Cette cohorte regroupe 200 000 personnes ce qui constitue un effectif particulièrement important mais ne porte que sur les individus de 18 à 69 ans. Des financements supplémentaires permettraient d'étendre ce type de cohorte de grande ampleur aux personnes âgées.

AXE 2 : AGIR SUR LES FACILITATEURS ET LES FREINS A L'ENGAGEMENT DANS LA PRATIQUE DES MOBILTES ACTIVES

Recommandation 7 : Mieux définir les facilitateurs et les freins à l'engagement dans la pratique d'activité physique chez les personnes âgées, notamment chez les CSP les plus défavorisées

Cela pourrait passer par exemple par des études plus ciblées que les cohortes précédemment évoquées. Celles-ci permettraient d'objectiver les raisons d'un port du casque plus faible chez les seniors ou du niveau de pratique moins élevée chez les femmes, observé pour la marche comme

pour le vélo ou encore les freins sociologiques à la pratique du vélo.

Recommandation 8 : Travailler sur des représentations positives et une sémantique non désincitative de l'activité physique chez les personnes âgées

1. En faisant des mobilités actives pour les seniors une grande cause nationale et en lui affectant les crédits de communication dédiés ;
2. En promouvant des formes alternatives au vélo : à tout âge et à chacun et chacune son vélo (VAE, tricycle, trike, vélo cargo, vélo à main, tandem etc.) via des spots télé/ pub sur le modèle des autres campagnes de santé ;
3. En travaillant sur l'image sociale du vélo (axer sur la facilité plutôt que sur le seul argument santé ou sportif) ;
4. En proposant à la Direction Interministérielle de la Transformation Publique (DITP) de développer avec les caisses de sécurité sociale et les collectivités territoriales volontaires de nouveaux outils et supports intégrant une logique de nudge pour favoriser le niveau d'engagement des personnes âgées.

Recommandation 9 : Mettre la personne au centre de sa démarche de prévention et de mobilité

1. Se déprendre d'une logique tournée uniquement vers la protection pour agir dans la mesure du possible en concertation avec la personne ;
2. Encourager le partage de bonnes pratiques par les pairs et le modèle de la pair-aidance ;
3. Sensibiliser les aidants à l'importance des mobilités actives notamment au sein des maisons des aidants.

Recommandation 10 : Favoriser le partage et les pratiques intergénérationnelles en lien avec l'Agence du Service civique

Les contrats de service civique n'apparaissent pas en première intention

comme les instruments les plus adaptés pour des actions dans les EHPADS dans lesquels les professionnels n'ont pas toujours le temps nécessaire à la formation et à l'accompagnement des jeunes volontaires.

Ils pourraient en revanche être fléchés très utilement vers des petites et moyennes structures associatives type Ecole du vélo ou vers des associations promouvant la marche ou réalisant des actions de sensibilisation à l'activité physique et d'accompagnement des personnes âgées à domicile.

Recommandation 11 : Développer les incitations et les outils spécifiquement dédiés à une pratique sécurisée de l'activité physique

1. En développant l'usage des tricycles mais aussi des objets connectés permettant de moduler l'effort en fonction du pouls etc. ;
2. En élargissant le financement des aides techniques à l'achat d'équipements sportifs favorisant les mobilités actives (tricycles, vélos cargos, vélos électriques etc.) ;
3. En mettant en place un Pass'Sport pour les plus de 65 ans permettant notamment la location de matériel type tricycle, vélo cargo. Celui-ci serait réservé aux bénéficiaires de l'Aspa.

Recommandation 12 : Expérimenter des modalités innovantes de sécurisation de l'activité physique des personnes âgées

Cela pourrait passer par exemple par l'usage de simulateurs ou de vélos d'appartement du même type que ceux expérimentés à dans les établissements de Mantes-la-Jolie et de Magnanville de la Fondation Bellan comme préalable à une reprise d'une mobilité active ou *a minima* au maintien d'une activité physique pour les publics les plus âgés.

AXE 3 : FAIRE DES TERRITOIRES LES PREMIERS ACTEURS DE LA PROMOTION ET DE LA SECURISATION DES MOBILITES ACTIVES

Recommandation 13 : Sensibiliser les collectivités à la nécessité d'un environnement favorable à la pratique de l'exercice physique via des formations de type D-Marche

Les collectivités territoriales sont diversement engagées dans la pratique des mobilités actives. Des formations du type D-marche pourraient être proposées en priorité aux villes les moins bien placées dans le baromètre des villes cyclables ou marchables.

Recommandation 14 : Mieux intégrer l'offre de sport dans les maisons du troisième âge déployées sur les territoires

Ouvrir les maisons du troisième aux activités physiques aux côtés de leurs activités usuelles permettrait de toucher par ce biais les personnes âgées ne vivant pas en établissement médicalisé.

Plus généralement c'est le développement des Maisons Sport et Santé qui doit être encouragé pour que ces structures s'affirment comme des lieux de pratiques et d'échange (pratique du vélo d'appartement, remise en selle etc.) entre les réseaux d'éducateurs sportifs évoqués (notamment les ETAPS des collectivités) et les seniors.

Recommandation 15 : Valoriser les structures exemplaires

1. En s'appuyant sur la plateforme France Mobilités (y intégrer les bonnes pratiques en matière d'accessibilité type « destination pour tous ») ;
2. En créant un label Mobilités actives. Ce label, fondé sur des indicateurs, pourrait le cas échéant se concevoir comme un des composants du Fonds Qualité proposé par le rapport Libault de 2019 sur le grand âge ou comme un complément du label « ami des aînés »

évoqué supra.

Recommandation 16 : Diffuser la culture des mobilités actives par le lancement d'un AMI

Le fonds d'appui pour les territoires innovants seniors a été créé par le Ministère de la Santé et des solidarités et confiés au réseau francophone « villes amies des aînées ». Il comporte des dotations pour près de 8 millions d'euros en direction des petites villes de demain et s'assortit d'un label ami des aînés.

La mission n'entend pas multiplier les labels et les fonds de dotation qui nuiraient à la lisibilité de la politique de l'autonomie dont les financements sont déjà complexes.

Elle propose toutefois d'élargir ce financement et de se baser sur l'existant pour promouvoir plus spécifiquement la question des mobilités actives via un nouvel Appel à Manifestation d'Intérêt :

1. Cet AMI national de relativement courte durée serait ouvert à tous les acteurs du grand âge, du handicap et de l'accessibilité y compris les collectivités territoriales sans limite de taille ;
2. Il se solderait par la remise d'un prix par département, assorti d'une dotation financière permettant d'acquérir du matériel pour la pratique de ces mobilités actives ;
3. La singularité et la plus-value de cet AMI consisteraient avant tout dans sa **volonté de décroisement et de transversalité**. Il serait en effet adossé à un **fonds hybride**– complémentaire de celui des villes amis des aînées – doté de 5 millions d'euros et abondé à part égal par le ministère de la santé, le secrétariat d'Etat chargé du handicap et le ministère de l'environnement et des transports.

Recommandation 17 : Déployer et décroiser les Plan d'Accessibilité des voiries et des Espaces publics (PAVE) notamment dans les plus petites communes

Le déploiement de ces PAVE s'assortit de concertations, celles-ci pourraient intégrer les professionnels de santé et des représentants associatifs du grand âge, dans une perspective de décloisonnement des approches et d'association à la fois des acteurs du grand âge, du handicap, de l'urbanisme et des transports.

Recommandation 18: Développer des pratiques de location de matériel spécifique pour les personnes âgées

Les membres du Club des villes cyclables et marchables ont à cet égard mené des initiatives qui ont fait montre de leur efficacité et gagneraient à être répliquées.

A Arras, la pratique de location de moyenne durée de vélos de différents types a par exemple permis le passage à l'achat à l'issue de la location. La pratique des locations de moyenne et longue durée à des prix modiques apparaît plus généralement comme un véritable facilitateur à la pratique des mobilités actives, marquée par de meilleurs « taux de transformation » et d'usage que des seuls financements directs.

Recommandation 19 : Encourager l'ouverture des EPHADS, les modes d'hébergement alternatifs et les formes d'habitat inclusif

Le Ségur de la santé a prévu un investissement de grande ampleur en faveur de la rénovation des EHPADS, à travers un volet budgétaire important adossé au Plan de Relance et de Résilience. Ces crédits pourraient notamment encourager les modes d'hébergement alternatifs :

1. En intégrant mieux les futurs EHPAD et les résidences seniors en cœur de ville proche pour favoriser la mobilité ;
2. En ouvrant les EHPADS sur l'extérieur et en encourageant le développement de structures hybrides (type résidence autonomie associée à un EHPAD etc.) ;
3. En expérimentant plus généralement toute forme d'habitat inclusif, adossée le cas échéant à des tiers lieux.

Recommandation 20 : Garantir des cœurs de ville et des environnements périurbains agréables et sécurisés pour les personnes âgées

1. En agissant sur une réglementation plus respectueuse du partage des espaces et des mobilités actives (vitesse, sanction des incivilités, permis trottinette etc.) ;
2. En assurant la continuité des parcours pédestres et cyclistes aux abords de ces cœurs de ville (largeur des trottoirs, pentes, carrefours) ;
3. En veillant à la qualité des espaces (parcs, espaces verts)
4. **En lançant un « Plan banc »** pour redonner sa place au mobilier urbain dans le respect du patrimoine et de l'environnement.

Recommandation 21 : Sortir les pistes cyclables de l'artificialisation des sols

De nombreux élus ont fait cette proposition à la mission, la prise en compte des équipements cyclables dans l'artificialisation des sols freine en effet leur développement et la connectivité des voies.

Remerciements

Liste des acteurs et des structures auditionnées et rencontrées

Annexes

Lettre de mission du Premier Ministre à annexer