



MARCHE, VÉLO ET SPORT-SANTÉ :

**vers de nouvelles alliances
dans les territoires**

L'ambition de cette étude est d'identifier des leviers pour renforcer la promotion de la marche et du vélo dans les dispositifs de prescription d'activité physique.

Ce document s'adresse aux acteurs du monde sanitaire qui souhaitent en savoir davantage sur les actions de promotion de la marche et du vélo portées par des acteurs associatifs et sportifs, ainsi qu'aux associations de promotion des mobilités actives désireuses de s'investir plus amplement auprès des malades chroniques et des publics avec des facteurs de risque sanitaires.

SOMMAIRE



Introduction	3
Revue de littérature	4
Problématique	17
Méthodologie	17
Résultats	20
Des recommandations pour développer la pratique du vélo et de la marche chez les malades chroniques et les publics à facteurs de risques	39
Conclusion	43
Sigles et acronymes	44
Bibliographie	45

• **Pour citer ce document** : Académie Des experts en Mobilités Actives (2023)
Marche, vélo et sport-santé : vers de nouvelles alliances dans les territoires.

• **Rédaction** : Nicolas Notin et Clara Vadillo-Quesada, Académie Des Mobilités Actives (2023).
Ce document a été élaboré en collaboration avec l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (Onaps).

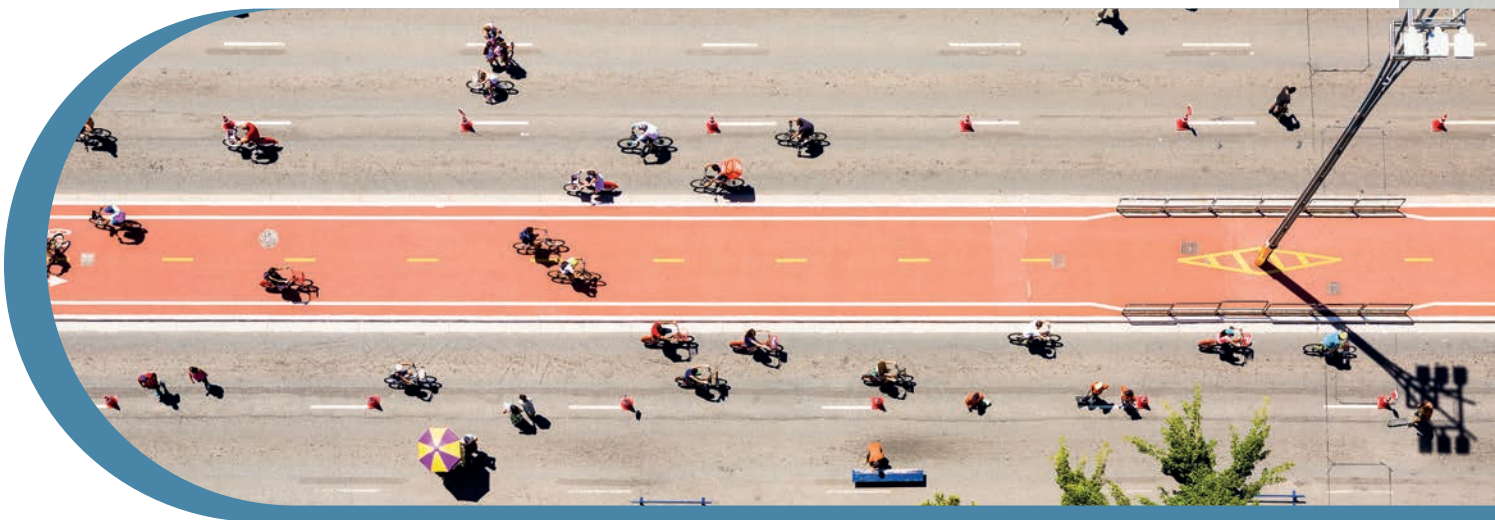
• **Crédits photos** : Adobe Stock, ADMA, Baptiste Buisson, Britt Gaiser, CROMS AURA, cycl'Avenir, Daniel Frese, François-Xavier Chamoulaud, Fotolia, FUB, Gaétan Morin, Isère Nordic Walking, Lawrence mendelsohn - Flickr, Mon vélo - ma santé, Unsplash, Vlada Karpovich.

• **Remerciements** : Nous tenons à adresser un grand merci :

→ aux personnes ayant participé à un entretien dans le cadre de cette étude : Olivier Dailly (ADAL), Sarah Grivey (Agence Écomobilité Savoie Mont-Blanc), Dr Jehan Lecocq (CNOSF), Emeline Chapdelaine (Collaboratrice parlementaire), Olivier Moran (Croms Auvergne-Rhône-Alpes), Laetitia Le Corguille et Yannick Lamarque (FFC), Marie Lamarque (FFrandonnée), Nicolas Viguier (FUB), Colin Cazaly (Maison du Vélo Lyon), Dominique Cabarbaye (Mon vélo, ma santé et FFVélo), Camille Pechoux (Praxie Design), Sébastien Simonneau (Siel Bleu), Charles Gaignon et Pierre Caillault (SRAE Nutrition Pays de la Loire), Chloé Malet et Isabelle Chusseau (UFOLEP), Bertrand Rabatel (Versolution), Pauline Blanc, François Jouan et Julia Host (Ville de Strasbourg) et Christine Lamy (Ville de Villeurbanne)

→ aux personnes ayant relu et contribué à cette étude : Lucile Bruchet (Onaps), Benjamin Larras (Onaps), Pauline Demonteix (Onaps), Léa Patoux (Onaps), Arthur Janus (FUB), Thibault Quéré (FUB), Tiphaine Cheveau (FUB), Claire Toubal (FUB), Chloé Dufour (Adma), Clément Dusong (Adma) et Léa Devun (Adma).

→ et à l'ensemble des Maisons Sport-Santé, vélo-écoles, acteurs institutionnels et professionnel·les de terrain qui ont pu répondre à nos sollicitations !



en collaboration avec



INTRODUCTION

En France, 95 % de la population adulte est exposée à un risque de détérioration de son état de santé par l'inactivité physique ou par l'adoption de comportements sédentaires (ANSES, 2022). En effet, les 2 problématiques de santé publique que représentent l'inactivité physique et la sédentarité exercent une influence majeure sur la prévalence de pathologies dites chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, etc.) et entraînent une dégradation globale de l'état de santé et une perte d'autonomie. Ces problématiques touchent davantage les femmes, les jeunes enfants, les personnes âgées et les publics dont la position socio-économique est la plus défavorisée (INSERM, 2014).

De nombreuses études et de rapports d'acteurs institutionnels rappellent les coûts sanitaires et sociaux liés à la santé et à l'inactivité physique (Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques, 2022a). Ces travaux renvoient, depuis les années 2010, à **l'opportunité nouvelle de prescrire une activité physique dans le cadre de dispositifs dédiés**, en lien étroit avec les professionnel·les de santé, ainsi qu'au besoin de leviers pour inscrire cette activité prescrite dans le temps long, en lien avec des pratiques sportive et utilitaire, telles que le vélo et la marche.

En parallèle, nous assistons en France à un accroissement de la pratique du vélo (Vélo & Territoires, 2023) et de la marche (SDES, 2021). Ces modes de déplacement répondent à la fois à des problématiques environnementales, économiques et de santé publique. Le développement de cette pratique s'accompagne de l'émergence de nouveaux acteurs et d'un écosystème associatif dense, notamment dans le champ du vélo, avec un spectre d'actions et de services liés à l'apprentissage, à la réparation et à l'aide au changement de modes de déplacement (Dusong, 2021). En dépit de cette croissance de l'usage du vélo et de la marche, 60% des trajets domicile-travail de moins de 5 km sont encore réalisés en voiture individuelle (Pages & Brutel, 2021). Se posent également d'importants défis en termes de pratique et d'équité : certains publics parmi les plus vulnérables d'un point de vue sanitaire, notamment les malades chroniques, les personnes âgées, les adolescentes et les habitants des quartiers politiques de la ville, seraient également ceux qui pratiquent le moins le vélo au quotidien (SDES, 2021).



Ces inégalités et l'importance de renforcer l'usage de la marche et du vélo chez les personnes âgées ont d'ailleurs été mis en avant dans un récent rapport parlementaire (Zulesi & Baudry, 2022). Ces constats soulignent ainsi l'ampleur des défis à relever pour pérenniser la pratique d'activités physiques quotidiennes et promouvoir la santé de toutes les populations. Ils appellent des réponses fortes en termes d'action publique pour accompagner les usagères, les usagers et les territoires, aux niveaux national et local.

Dans ce cadre, l'ADMA a souhaité contribuer, par une étude apportant éclairages et recommandations, à la promotion de l'activité physique par le prisme des mobilités actives. L'intégration de la marche et du vélo dans les dispositifs de prescription d'activité physique constituera le fil rouge cette étude, réalisée en collaboration avec les équipes de l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (Onaps). L'étude se structure de la manière suivante. Une revue de littérature résume les principaux enjeux sanitaires de l'activité physique et des mobilités actives, ainsi que les liens entre dispositifs de prescription d'activité physique et promotion de la pratique de la marche et du vélo en France. Cette revue de littérature amène à la formulation d'une problématique et des objectifs de l'étude puis à la description de la méthodologie employée pour répondre aux dits objectifs. Les résultats de l'étude caractérisent ensuite la place des mobilités actives dans les activités des Maisons Sport-Santé, et en miroir les premières actions des fédérations sportives et des acteurs associatifs de la marche et du vélo en matière de sport-santé. Enfin, des recommandations sont formulées pour développer la pratique de la marche et du vélo au quotidien parmi les malades chroniques et les publics avec des facteurs de risque sanitaire.

Cette revue de littérature revient sur les évolutions récentes du cadre législatif en matière d'activité physique et sur l'inscription de la prescription d'activité physique dans le cadre réglementaire. Une attention est donnée aux premiers succès et manques liés à ces évolutions. Cette partie intègre également une analyse propre à l'ADMA sur les principaux plans et stratégies nationaux et régionaux, et les premières incursions du sujet « mobilités actives » dans ces documents des champs du sport-santé et de la santé environnementale.

Impacts sanitaires de l'activité physique : enjeux et état des lieux en France

Dès les années 1950, la recherche démontre l'existence d'un impact positif de l'activité physique sur la santé (Katzmarzyk, 2010). Le corps médical accorde

alors une importance accrue au sport, recommandé sous la forme d'exercices vigoureux aux patient-es avec des maladies cardiovasculaires mais aussi aux adultes en bonne santé afin de réhabiliter leurs capacités cardiaques ou d'améliorer leurs performances (Ding et al., 2020). À partir des années 1980, la recherche identifie les impacts positifs pour la santé d'une activité physique d'intensité modérée. De nouvelles recommandations orientées sur la pratique régulière d'une activité physique, et plus uniquement centrées sur le sport, sont alors formulées (Ding et al., 2020). Depuis les années 2000 jusqu'à aujourd'hui, les analyses en la matière cherchent à quantifier les impacts de santé associés à différents niveaux et types d'activité physique.

En parallèle, des preuves scientifiques sont produites quant à l'impact négatif des comportements sédentaires (Katzmarzyk, 2010; Ojiambo, 2013). Les comportements sédentaires se caractérisent par « des activités qui entraînent une dépense énergétique proche du repos » et qui incluent, par exemple, l'adoption d'une position assise de façon prolongée (France & Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2014). Les comportements sédentaires sont donc être indépendants du niveau d'activité physique. Ils augmentent la mortalité toutes causes confondues, ainsi que les troubles musculosquelettiques, les troubles cognitifs et la dépression (Park et al., 2020).



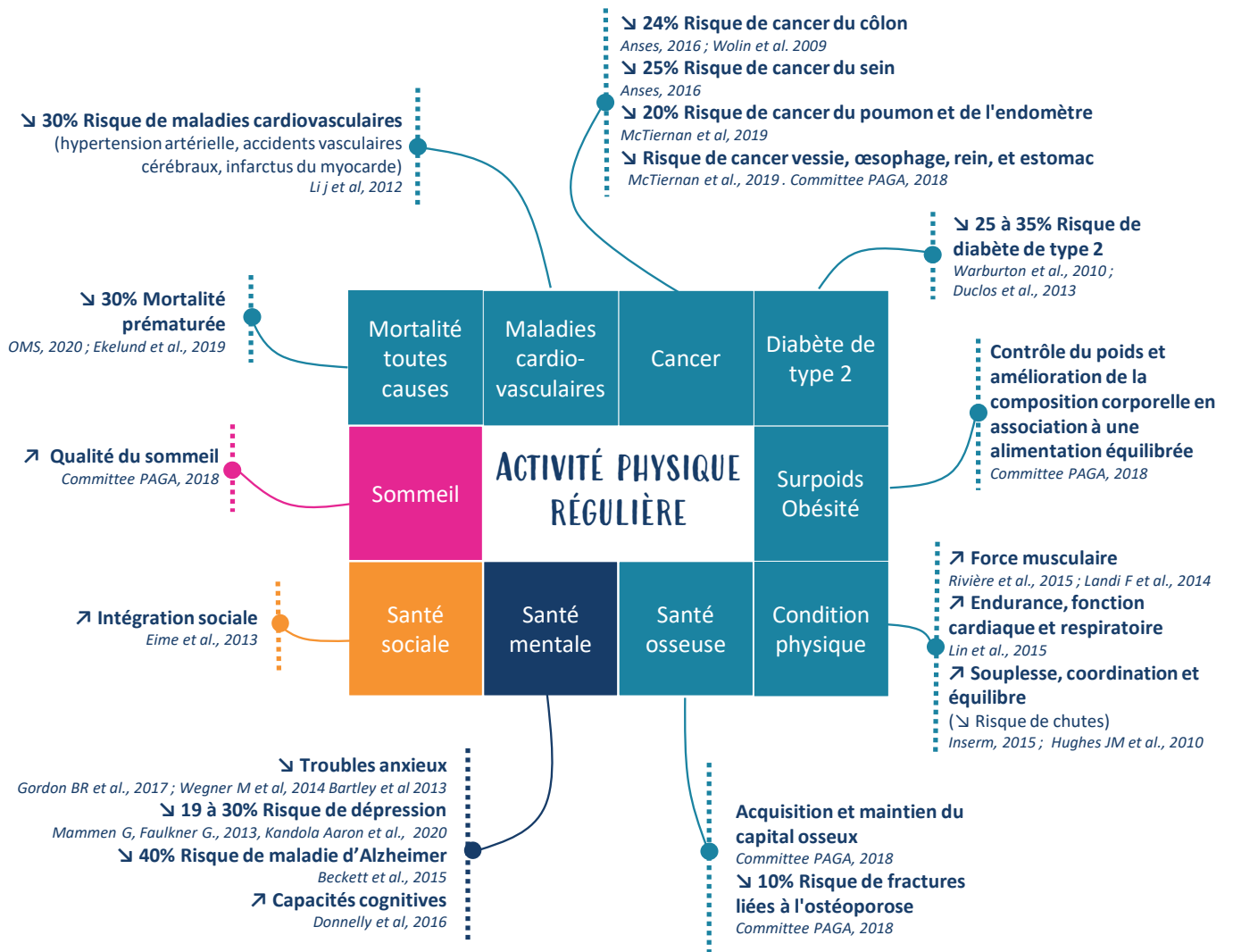


Figure 1 - La diversité des atouts d'une pratique d'activité physique régulière (Onaps, s. d.)

Ces découvertes et ces pratiques ont contribué à établir le consensus selon lequel **l'activité physique modérée peut, si pratiquée régulièrement, prévenir des maladies chroniques et mentales** (Hancock, 2011) **et améliorer le fonctionnement cognitif** (Cheval et al., 2023). Actuellement, l'Organisation mondiale de la Santé présente la marche, le vélo, le jeu actif, les sports, comme des types d'activité physique à pratiquer régulièrement pour prévenir ou traiter des maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et plusieurs types de cancers. Le niveau d'activité physique recommandé est de 60 minutes par jour pour les enfants et adolescents entre 5 et 17 ans, et de 150 à 300 minutes par semaine pour les adultes, y compris avec des maladies chroniques (Organisation Mondiale de la Santé, 2022). Des travaux de revue de littérature menés par l'Onaps ont permis de synthétiser l'ensemble des impacts positifs sur la santé physique et mentale d'une activité physique régulière (figure 1).

En tant que modes de déplacements actifs, la marche et le vélo peuvent s'intégrer au quotidien des individus et agir durablement sur la prévention des maladies chroniques (Dinu et al., 2019), le ralentissement de la perte d'autonomie et l'amélioration de la santé mentale (Martin et al., 2014). Leur impact peut être encore plus important dans la mesure où ils remplaceraient la dépendance à la mobilité motorisée, qui encourage l'adoption de comportements sédentaires.

La prise en compte des inégalités de santé dans la promotion des mobilités actives et de l'activité physique

S'il est vrai que les mobilités actives ont un rôle central à jouer dans l'amélioration de l'état de santé, il existe des écarts dans la population, à la fois en termes d'état de santé et d'accès aux mobilités actives. Ces inégalités de santé et de mobilité sont des facteurs à prendre en

compte dans le déploiement d'actions de sport-santé, à travers les mobilités actives en particulier. Dans cette section, nous identifierons les inégalités de santé et les inégalités de pratique de la marche et du vélo existant au sein de la population. Enfin, nous soulignerons l'importance de leur prise en compte pour la conception et le déploiement de politiques et d'action sport-santé, afin d'avoir un impact positif sur les populations plus vulnérables.

Les inégalités de santé

À l'échelle d'une population, plusieurs éléments ont un impact sur son niveau de santé : il s'agit des déterminants de santé. Le modèle des déterminants de santé développé par Dahlgren et Whitehead en 1991 indique que, au-delà des facteurs individuels tels que l'âge, le sexe ou la constitution, l'état de santé des individus dépend en grande partie de leurs modes de vie et des conditions socio-économiques, culturelles et environnementales dans lesquels ils évoluent (Dahlgren & Whitehead, 1991; Dahlgren & Whitehead, 2021). En effet, les modes de vie et les capacités des individus à se maintenir en bonne santé sont intimement liés à leurs réseaux, comme la sphère familiale, le quartier de résidence, leur espace de travail et les soins auxquels ils peuvent avoir accès. Il existe ainsi une multiplicité de déterminants sur lesquels les politiques, y compris en



matière d'urbanisme et de mobilité, peuvent influencer afin d'améliorer l'état de santé de la population (figure 2). Si ce modèle permet d'identifier la diversité des déterminants sociaux de l'état de santé d'une population, d'autres phénomènes expliquent les inégalités de santé au sein de cette population. Diderichsen et al. (2001) identifient quatre mécanismes créant et reproduisant des inégalités de santé au sein d'une population : différentiel d'accès au pouvoir et ressources, différentiel d'exposition aux risques sanitaires, différentiel de vulnérabilité, et différentes conséquences économiques et sociales de la maladie.

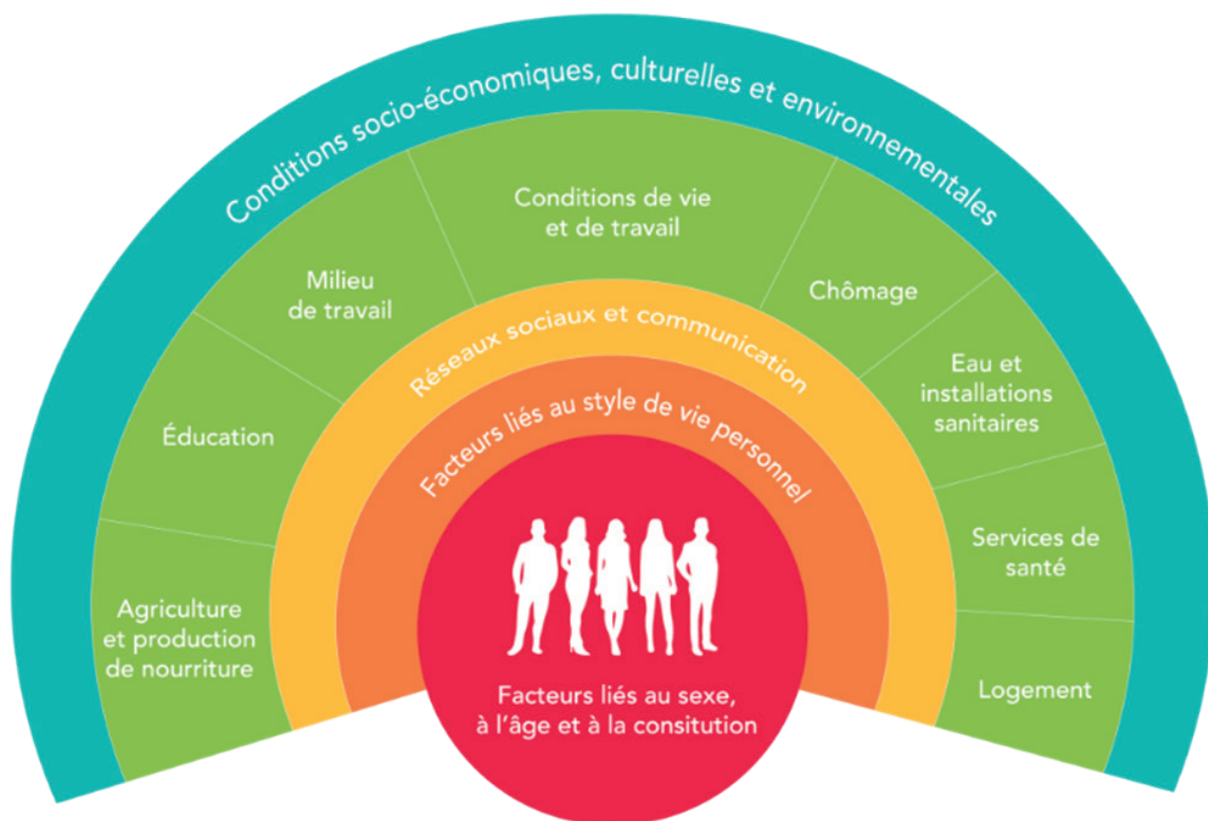


Figure 2 - Les principaux déterminants de santé (source : PTSM 21, s. d., adapté de Dahlgren et Whitehead, 1991)



Les inégalités de pratique des mobilités actives

La pratique de la marche et du vélo en tant que mode de déplacement est inégale au sein d'une population donnée. À partir d'une revue de la littérature scientifique, Koszowski et al. (2019) proposent un cadre conceptuel pour penser l'interaction de différents facteurs qui amènent les individus à choisir et leur permettent de pratiquer une mobilité active. Ce cadre distingue deux types de déterminants sur lesquels il est possible d'agir pour favoriser l'usage des modes actifs¹ :

(1) L'environnement construit. Celui-ci varie sur chaque territoire en fonction de ses caractéristiques spatiales, des espaces publics, et du système de transport. Dans leur ensemble, la présence, la qualité et l'accessibilité de ces éléments déterminent en grande partie s'il est possible pour les individus d'utiliser la marche ou le vélo pour leurs déplacements quotidiens dans le territoire en question. Par exemple, la marche est facilitée si la ville où l'on réside possède l'ensemble des équipements nécessaires pour y réaliser ses activités quotidiennes (courses, bureaux, écoles) et si les espaces publics sont conçus pour faciliter l'accès des personnes à pied, indépendamment de leurs capacités physiques (en fauteuil roulant, avec des poussettes, etc.)

(2) Les facteurs socio-démographiques, socio-économiques et socio-psychologiques. Comme pour la santé, la propension à marcher ou à faire du vélo dépend de facteurs attachés à l'individu lui-même ainsi qu'à des facteurs développés au contact de différentes sphères dans lesquels il évolue, comme la sphère familiale, ses pairs et son quartier. Par exemple, l'on aura une plus

grande propension à faire du vélo pour se déplacer si l'on est un homme, que l'on a grandi dans une famille qui nous a enseigné à faire du vélo, si la pratique de ce mode de transport est valorisée par nos pairs, et si l'on a les ressources pour disposer de et entretenir un vélo en bonnes conditions.

Comme dans le cas des inégalités de santé, différents mécanismes produisent des inégalités de pratique de la marche et du vélo en tant que mode de déplacement : parmi eux, les différentiels dans l'exposition aux mobilités actives comme des modes de déplacement souhaitables, dans l'apprentissage de la mobilité à vélo ou de l'utilisation des transports en commun (source de trajets à pied vers ou depuis les réseaux de transports), dans la construction sociale du genre et des activités qui lui sont associées, entre autres.

L'action auprès des publics concernés

Il existe ainsi de nombreux déterminants et processus produisant et reproduisant des inégalités de santé d'une part, et des inégalités dans la pratique de la marche et du vélo d'autre part. Ces inégalités se creusent entre différents secteurs de la population en fonction de caractéristiques qui peuvent intersecter les unes avec les autres. En France, les filles et femmes (Guérandel, 2017), les résident·es de quartiers prioritaires de la ville (QPV) (Juste et al., 2018), les personnes âgées ou en perte d'autonomie (Zulesi & Baudry, 2022) et les personnes en situation de handicap (C. Pechoux, communication personnelle, 23 février 2023) sont davantage éloignées de la pratique du vélo. De même, des inégalités de santé sont constatées parmi les résident·es de QPV (Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine, 2021), les personnes d'origine étrangère (Jusot et al., 2009) et les personnes âgées (Zulesi & Baudry, 2022). **Ainsi, les catégories vulnérables sur le plan sanitaire et éloignées de la pratique du vélo semblent regrouper les personnes en situation de précarité économique et sociale, les personnes âgées ou en perte d'autonomie, et les personnes porteuses de handicap**, entre autres publics vulnérables dont la présente étude n'a pas vocation à identifier de façon exhaustive.

Les projets ou politiques d'activité physique adaptée portant sur le vélo ou la marche doivent tenir compte des besoins et des contraintes de ces publics, qui ne se tournent pas spontanément vers ces pratiques en raison de facteurs structurels et sociaux. La prise en compte de ces particularités est d'autant plus nécessaire que la pratique des mobilités actives au quotidien sont des leviers fondamentaux pour le bien-être, la prévention sanitaire et l'autonomisation de ces publics vulnérables.

1. Ce modèle évoque également les conditions naturelles, telles que le climat ou la topographie, que nous n'approfondissons pas ici puisqu'il n'est généralement pas possible d'influer sur elles.



L'activité physique et les mobilités actives au sein des dispositifs de promotion de la santé en France

La prescription d'activité physique sur ordonnance : avancées et questionnements

• Évolutions législatives récentes

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 accorde aux médecins la possibilité de « prescrire une activité physique adaptée » aux patients atteints d'une affection longue durée² (ALD). Les articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 du code de la santé publique donnent le cadre de cette prescription, en définissant une activité physique adaptée (APA) et en précisant les professionnel·les en mesure de prescrire et de dispenser cette activité.

Cette prescription d'activité physique sur ordonnance est progressivement élargie à un spectre plus large de bénéficiaires regroupant les personnes atteintes d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie, à travers la loi de démocratisation du sport de 2022 et son décret d'application du 30 mars 2023³. Les personnes en surpoids, souffrant d'hypertension artérielle ou toute personne présentant un comportement susceptible d'augmenter la probabilité de développer une pathologie sont concernées. Cet effectif représenterait

20 millions de personnes. Au-delà de l'élargissement des publics bénéficiaires et des professionnel·les en mesure de prescrire de l'APA, la loi de démocratisation du sport de 2022 inscrit les « Maisons Sport-Santé » (MSS) dans le code de la santé publique et affirme leur rôle et leur statut pour accueillir et orienter les publics concernés vers la pratique d'une APA⁴.

Depuis 2016, le rôle des Agences Régionales de Santé (ARS) et des Délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES) est d'intervenir en soutien des initiatives locales de prescription d'activité physique, de les référencer et d'apporter un appui méthodologique voire financier. Sous l'égide de ces deux institutions, des plateformes ont été créées dans la majorité des régions pour recenser l'offre de « sport-santé » et d'activité physique sur prescription, souvent en partenariat avec des conseils régionaux. Ce rôle des ARS et des DRAJES dans le pilotage des actions sur le sport-santé est réaffirmé par la récente déconcentration des critères d'habilitation des MSS (décret du 8 mars 2023). Ce décret permet de passer d'une logique nationale à une logique territoriale et d'un « label MSS » à une homologation.

Actuellement, le processus de prescription d'activité physique peut être résumé en 3 étapes : la prescription d'activité physique par le médecin traitant, la mise en relation avec une structure recensée et coordonnant l'activité physique prescrite, et la dispense de l'activité physique (figure 3).

2. Une ALD est une affection de longue durée qui, si elle nécessite des soins continus (et/ou un arrêt de travail) de plus de 6 mois, implique des dispositions médico-administratives particulières (Onaps, 2019). Le détail des affections et pathologies chroniques en ALD sont listées dans le Code de la Sécurité Sociale.

3. Le Décret n° 2023-235 du 30 mars 2023 fixe la liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'activités physiques.

4. LOI n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France (1), 2022-296 (2022).

PRINCIPALES ÉTAPES DE LA PRESCRIPTION MÉDICALE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

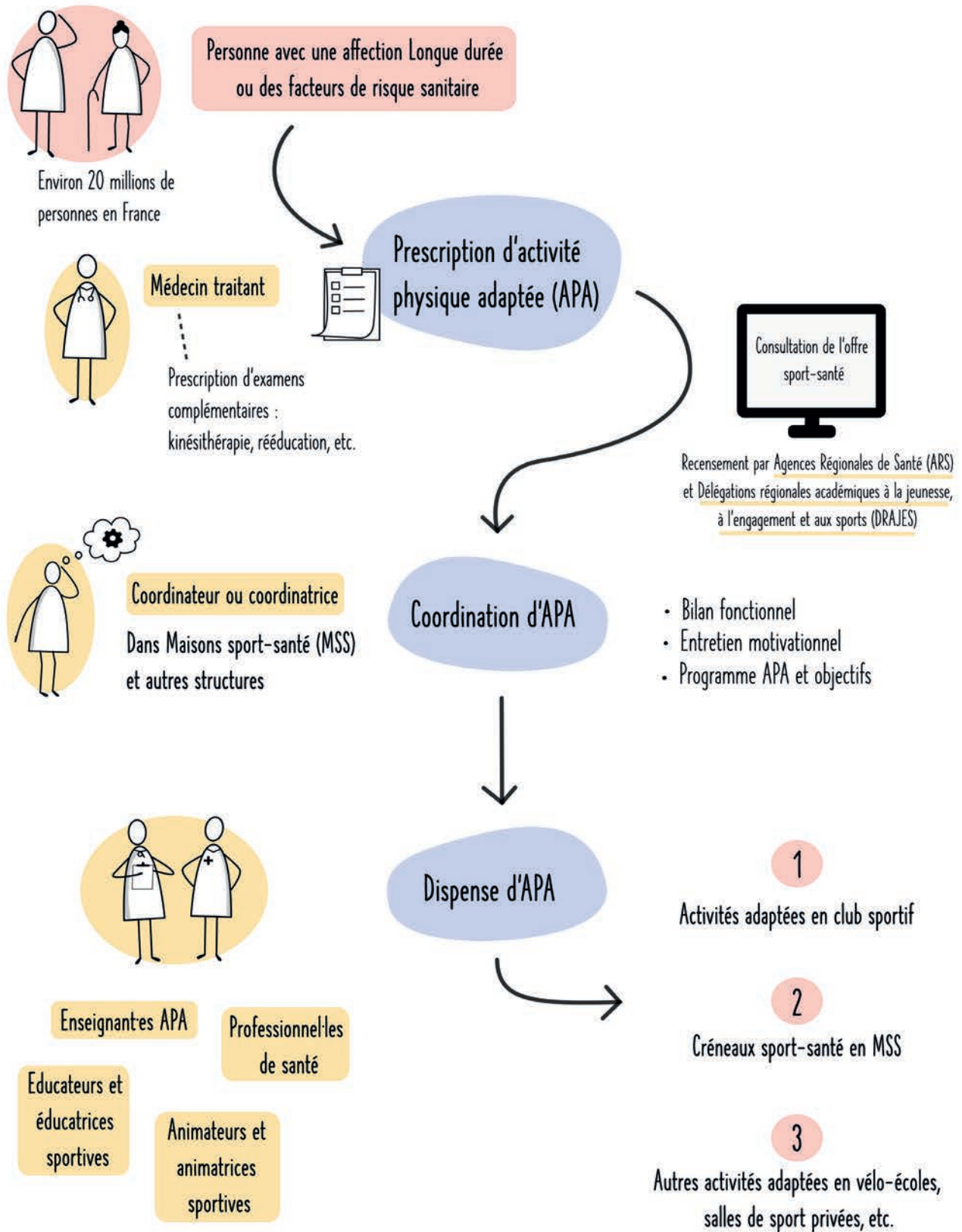


Figure 3 - Principales étapes du fonctionnement de la prescription médicale d'activité physique (source : adapté de Charles et al., 2019)

• Des premiers dispositifs d'activité physique sur prescription aux Maisons Sport-Santé

Les premiers plans régionaux sport-santé bien être (SSBE) de 2013 et l'inscription dans la loi de la prescription d'activité sur ordonnance en 2016 catalysent le développement de dispositifs locaux, départementaux et régionaux de prescription d'activité physique (Figure 4). Dans un rapport de référence, l'Onaps revient sur les premières années de déploiement de ces dispositifs : caractéristiques et échelles des dispositifs, nature des principaux acteurs porteurs, bénéficiaires, principaux leviers de financement, et lien avec les professionnel·les de santé (Onaps, 2019).

Parmi les acteurs référencés et en capacité d'encadrer la pratique d'activité physique sur prescription, **on peut noter la présence d'une grande diversité d'acteurs publics et privés** : comités départementaux olympiques et sportifs (CDOS), associations d'usagers liées à une pathologie (clubs cœur et santé de la Fédération Française de Cardiologie par exemple), associations sportives, collectivités, établissements de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles, entreprises de fitness, avec une centaine de dispositifs recensés, impliquant plusieurs milliers de séances et acteurs proposant de l'activité physique adaptée.

Les professionnel·les de l'activité physique adaptée (éducateurs, éducatrices et enseignant·es APA) sont au cœur du dispositif pour encadrer des activités (notamment en termes de nombre de professionnels mobilisés), à la suite d'une prescription médicale, comme détaillé dans la Figure 3. Suivent de près les professionnel·les de santé, comme les masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, infirmières et infirmiers,



psychomotricien·nes, ainsi que les professionnel·les du sports habilité·es, que nous aborderons dans une prochaine section de l'étude. Au-delà de la prescription, les médecins généralistes constituent le gros du vivier des professionnel·les de santé engagé·es (77% de l'ensemble des professionnels) dans ces dispositifs entre 2016 et 2019.

Depuis 2019, 573 établissements ont été labellisés « Maison Sport-Santé » au niveau national. Ces MSS permettent de qualifier la majorité des dispositifs et guichets d'encadrement de la prescription d'activité physique sur ordonnance évoqués précédemment. De 2019 à 2022, ce sont près de **360 000 malades chroniques** ou publics éloignés de la pratique qui ont été accueillis dans les MSS (Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques, 2022b), avec une **hétérogénéité des lieux et des modalités d'accueil**.

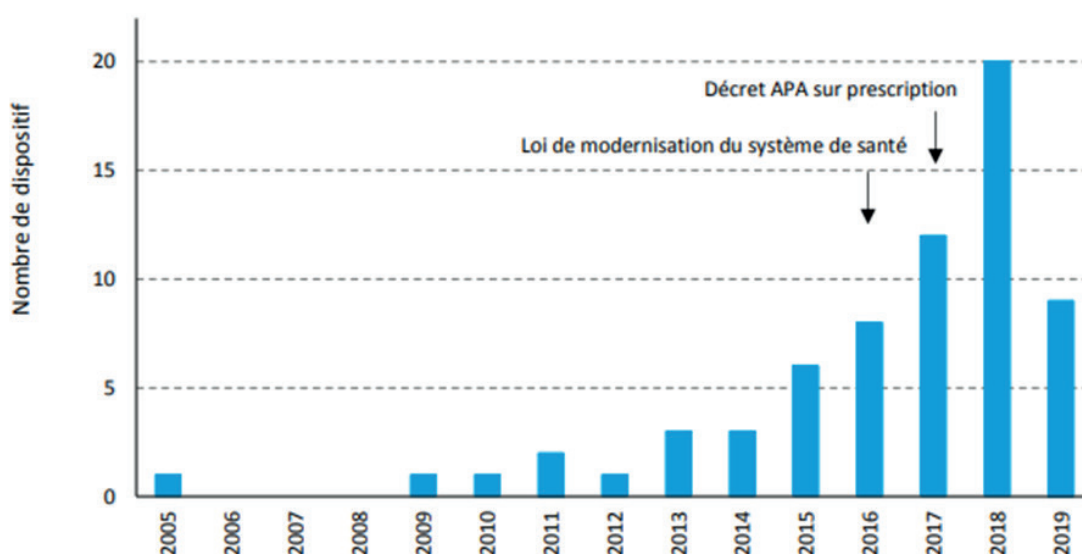


Figure 4 - Nombre de dispositifs d'activité physique sur prescription mis en place en France depuis 2005 (source : Onaps et PRN Sport Santé Bien-être, 2019)



En effet, certaines MSS jouent un rôle plus conséquent dans l'orientation et l'agrégation d'une offre locale de séances d'activités physiques adaptées, en partenariats avec des clubs et structures locales du territoire, alors que d'autres se focalisent sur l'encadrement d'activités en interne.

• **La prescription d'activité physique : un levier pour ouvrir les enseignants en APA (voir encadré p.35) vers les champs sportif et les associations de promotion de la marche et du vélo ?**

Chaque année, plus de 1 200 étudiant-es seraient diplômé-es d'une licence STAPS APAS (Sciences et techniques des activités physiques et sportives - Activité physique adaptée et santé) et plusieurs centaines d'un master APAS. Une part importante de ces étudiant-es intègrent des structures hospitalières (soins de suite ou de réadaptation, établissement hospitalier type MCO, psychiatrie, etc. pour 32% du total) et des établissements médico-sociaux pour personnes âgées et en situation de handicap (11%) (INJEP, 2021). Par ailleurs, une part notable exerce en libéral (20%) ou en salariat auprès de tous secteurs (8%), avec la possibilité d'exercer dans des structures de ville : maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé et espaces dédiés au sport-santé et à la prescription d'activité physique tels que les MSS.

L'intégration de ces profils APAS dans des postes de coordination au sein de fédérations et clubs sportifs reste relativement récente. Elle fait écho à la dynamique de renforcement de la place des acteurs du mouvement sportif dans le champ du sport-santé, et à l'ambition de certaines fédérations de coordonner des dispositifs et parcours autour de l'encadrement d'une activité physique adaptée. On retrouve en parallèle

peu d'exemples d'enseignant-es en APA exerçant au sein d'associations d'usagers et de sociétés publiques mobilisées dans la promotion de la marche et du vélo, à exception l'exemple notable de l'agence écomobilité Savoie-Mont Blanc (voir encadré p.35).

Plusieurs raisons peuvent expliquer la faible orientation des jeunes diplômé-es APAS vers les associations d'usagers et les fédérations sportives. Les formations universitaires en APAS sont centrées sur des dimensions « physio-pathologiques » de la pratique d'activité physique, et les notions d'encadrement et de mesure des effets sanitaires est prépondérante. Les carrières dans le champ hospitalier et les structures de soins de suite et de réadaptation (SSR) sont davantage valorisées en termes financiers et professionnels sur les typologies d'usagers à accompagner⁵. Enfin, les enjeux autour des activités physiques utilitaires et des mobilités actives sont encore peu intégrés dans la formation des futur-es professionnel·les en licence APAS et sont peu abordés dans la pratique professionnelle, notamment en secteur hospitalier⁶.

• **Les limites de la prescription d'activité physique et la faible place donnée à la marche et au vélo**

Les lois de 2016 et 2022 promeuvent que des professionnel·les de l'activité physique adaptée accompagnent les publics les plus vulnérables d'un point de vue sanitaire. Elles présentent néanmoins certaines limites et affirment encore trop peu le rôle de la marche et du vélo comme des vecteurs d'activité physique quotidienne. De récents rapports parlementaires pointent les défis à relever pour développer la prescription d'activité physique (Juanico et Tamarelle-Verhaeghe, 2021) et placer les modes actifs au cœur des politiques de prévention en santé (Zulesi & Baudry, 2022).

5. C. Gaignon, communication personnelle, 21 avril 2023

6. Op.cit.

Les limites les plus notables se posent sur le dimensionnement des dispositifs de prescription d'activité physique, la faiblesse des financements nationaux et l'importance des disparités régionales. Les dispositifs d'activité physique sur ordonnance et les activités des MSS touchent aujourd'hui 10 millions de personnes en ALD, mais ils pourront bientôt concerner 20 millions personnes avec la prise en compte d'une pathologie chronique ou d'un facteur de risque. Au niveau national, en 2020, 15 millions d'euros sont alloués par le ministère des sports à travers l'Agence Nationale du Sport (ANS) à des structures développant des actions sport-santé, à commencer par les clubs sportifs. Un financement complémentaire de 3,5 millions d'euros est également alloué aux MSS en 2021, et de 4,2 millions d'euros en 2022. **Au niveau régional, les financements sont disparates et inégalitaires.** L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2018 a permis de financer un nombre conséquent d'expérimentations et de dispositifs liés à la prescription d'activité physique sur ordonnance, sur la base du volontariat.



Dans le cadre des Fonds d'Interventions Régionales (FIR) et de la mise en œuvre des plans régionaux sport-santé bien-être, la distribution des financements est inégale selon les régions. Toutes les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et ARS ne financent pas des maisons et des réseaux sport-santé (La Gazette des Communes, 2022a). La question d'un financement national du sport-santé en lien avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) est au cœur des débats depuis les premières expérimentations. À l'automne 2022, le gouvernement lance la mission Delandre, sous l'impulsion du Dr Dominique Delandre et de 10 expert-es et élu-es locaux, pour étudier le modèle de financement et les leviers de déploiement du sport-santé à l'échelle nationale (La Gazette des Communes, 2022). En parallèle, une vingtaine d'expérimentations sur l'efficacité et les coûts évités liés à la prescription d'activité physique sont en cours, en lien notamment avec l'Article 51 de la LFSS évoqué précédemment, et seront évaluées par la CNAM et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques, 2022a).

Par ailleurs, des questions se posent sur **le manque de formations et de moyens offerts aux médecins** sur la prescription d'activité physique adaptée. Les liens entre ces derniers et les MSS sont encore à consolider. Concernant les ressources et la formation, on peut néanmoins souligner les avancées récentes autour du Médicosport-santé publié par le Comité National Olympique et Sportifs Français (CNOSF) en 2017, puis actualisé en 2020 (CNOSF, 2020), l'intégration de journées obligatoires sur l'activité physique dans le cursus des internes de médecine générale à Toulouse (ONAPS, 2019) et les nombreux guides relayés par les ARS. Les réticences sur la prescription soulignent un **certain cloisonnement entre les mondes de la santé, du sport et de l'accompagnement vers une pratique d'activité physique adaptée.** Elles renvoient également aux questionnements récurrents quant à la responsabilité des médecins et aux difficultés de suivi et d'évaluation des patient-es pouvant freiner les professionnel·les (Juanico et Tamarelle-Verhaeghe, 2021).

De plus, le déploiement de la prescription d'activité physique se confronte à un phénomène de non-recours aux soins des publics les plus vulnérables, de l'hostilité de certains patient-es à la notion d'activité physique ou aux injonctions d'une prescription « trop rigide » qui freinerait l'accès aux dispositifs. Des publications insistent sur le fait de proposer une activité physique « régulière, adaptée, progressive et sécurisante », et de s'appesantir sur les désirs de la personne, avec une approche éducative et « psycho-sociale » (Favier-Ambrosini et Delalandre, 2018). Ce non-recours et cette potentielle hostilité représentent



des enjeux clés pour l'équité dans la prescription d'activité physique adaptée en lien avec les enjeux de déterminisme social des pathologies chroniques évoquées précédemment.

Enfin, la prise en compte de la marche et du vélo dans les dispositifs se heurte aux **limites d'une approche « sportivo-centrée » de la pratique d'activité physique sur ordonnance**. Cette focale sur une pratique sportive est perceptible dans les textes de loi et dans les critères de labélisation et de référencement des organismes en mesure d'encadrer la pratique d'une activité physique adaptée. À titre d'exemple, les notions d'activité physique utilitaire et des choix de mobilité ne sont pas évoqués explicitement ni dans les articles de loi ni dans le cahier des charges national de labélisation des MSS.

Des plans nationaux à l'action publique locale en santé : une place limitée pour les mobilités actives ?

Différents plans et stratégies (nutrition santé, sport-santé-bien-être, santé environnement) se sont succédés depuis le début des années 2000, aux échelles nationale ou régionale pour promouvoir la santé, l'activité physique au quotidien, et accompagner au mieux les malades chroniques et publics avec des facteurs de risque.

Premièrement, ces plans sont généralement peu dotés financièrement. À l'initiative des ministères, des ARS et des services déconcentrés de l'État, ils ont principalement joué un rôle d'impulsion à l'émergence et la consolidation d'un écosystème du sport-santé.

Deuxièmement, le sujet des mobilités actives est relativement peu abordé dans ces plans nationaux et régionaux. On peut noter une brève évocation des modes actifs dans la stratégie nationale de sport-santé de 2019⁷, et un chapitre plus conséquent dans le Programme

national nutrition santé (PNNS). Le PNNS se cantonne néanmoins à des actions générales comme « développer des itinéraires pédibus », « mise en place de couloirs cyclables », et à rappeler des avancées liées à la loi d'orientation des mobilités et de la création en 2018 d'un fonds national « mobilités actives » (Ministère des solidarités et de la santé, 2019). La faiblesse de ces orientations se retrouve dans leurs déclinaisons régionales, à travers les Plans Régionaux Sport Santé Bien-être (PRSSB), initiés dès 2013. La marche et le vélo, en tant que déplacements utilitaires permettant une activité physique quotidienne, sont relativement peu abordés dans les objectifs opérationnels et les actions de ces plans, révisés à intervalle de 5 ou 6 ans.

Les mobilités actives paraissent davantage présentes dans les stratégies et plans de santé environnementale portés par l'État. À travers une annexe et une feuille de route ad hoc dédiée aux transports, le Plan National Santé Environnement 3 (PNSE 3) se distingue par une volonté d'intégrer plus largement le sujet de la santé environnementale dans les documents de planification territoriale et des mobilités. Il porte également la volonté de promouvoir l'usage des mobilités actives en qualifiant plus finement leurs effets sur la santé, et en évaluant l'impact sanitaire des mesures issues du Plan d'Actions pour les Mobilités Actives de 2014, qui a préfiguré les récents travaux et avancées issues de la loi d'orientation des mobilités (Ministère des solidarités et de la santé, 2015).

Le rôle d'impulsion du PNSE est important et trouve des déclinaisons territoriales fortes, à travers les Plans Régionaux Santé Environnement (PRSE), qui traitent et déclinent, dans leur quasi-totalité, des actions relatives à la promotion des mobilités actives. On peut citer plusieurs exemples éloquentes : le PRSE 3 de la Région Grand Est (2017-2021) a notamment permis d'organiser 4 éditions d'un trophée des mobilités actives qui valorisaient chaque année des initiatives

7. La stratégie nationale sport-santé propose une action autour de la promotion « des mobilités actives au quotidien (marche et vélo) », néanmoins elle n'entrevoit que le lancement du savoir rouler à vélo. Elle n'évoque pas encore la question de l'apprentissage/remise en selle vers le vélo pour les malades chroniques et les publics en perte d'autonomie.

exemplaires d'aménagement et d'action en faveur de la marche et du vélo. Le PRSE 3 de PACA a permis de conduire une étude sur le lien entre mobilités actives et santé, et de mettre en application l'outil HEAT⁸ de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur trois métropoles aujourd'hui peu avancées sur l'usage du vélo : Marseille, Toulon et Nice. Cet outil avait été jusqu'à présent utilisé en France dans des agglomérations favorables au vélo comme Nantes, Grenoble ou Strasbourg. Le PRSE 3 a ainsi joué un rôle clé pour montrer aux collectivités qu'il était appropriable par n'importe quel territoire et permettrait de souligner de façon très concrète les gains sanitaires associés à la promotion des modes actifs.

Toujours au niveau national, **les programmes d'innovation des Certificats d'Économies d'Énergies (CEE)**, qui visent notamment à agir en faveur de la maîtrise de la demande énergétique ou de réduction de la précarité énergétique, ont pu être un relai pour penser le lien entre mobilités actives et santé.

L'association Siel Bleu, acteur moteur sur l'accompagnement des publics éloignés d'une pratique régulière vers une activité physique adaptée (APA), a pu s'investir de 2019 à 2021 dans le cadre du programme **national Éco-Santé** sur des actions relatives à la promotion des modes actifs auprès de **38 000 bénéficiaires**. Siel Bleu a réalisé 3 500 cycles d'accompagnement de 6 mois, comprenant des séances d'activité physique, des actions de sensibilisation aux pratiques de mobilités durables et l'accès à des programmes de réentraînement en ligne. L'association a mobilisé 800 professionnels de l'APA auprès de publics vulnérables, avec notamment 75 % de bénéficiaires de plus de 70 ans. Dans le cadre de ces actions de sensibilisation, une attention forte était portée à la promotion de l'usage de la marche et du vélo : à travers, 24 interventions de 5 min sous la forme de « Minutes Éco-Santé » pendant les séances collectives d'activité physique et 4 ateliers thématiques de sensibilisation collective sur la pratique quotidienne des mobilités actives. Une évaluation d'impact a été menée et construite durant 3 ans avec Kimso sur un échantillon représentatif de 333 personnes. Elle a permis de mettre en avant des bénéfices en matière de changement de comportement (69% des bénéficiaires ont acquis de la connaissance sur les mobilités actives et 61% les pratiquent plus régulièrement), que sur les économies d'énergie engendrées (sur 1 an, économie de l'équivalent d'1,5 tour du monde parcouru en véhicule thermique).



Au niveau local, les dispositifs de coordination en santé portés par les collectivités en lien étroit avec les ARS, ont pu permettre ponctuellement d'initier des actions en faveur des mobilités actives. On peut notamment citer les exemples de Metz, avec un diagnostic de son **Contrat Local de Santé⁹ (CLS)** intégrant une approche sur la marchabilité, et le CLS de Marseille, intégrant l'appui et le co-financement d'une boucle sécurisée de 30 km pour piétons et cyclistes avec un itinéraire balisé. Un ensemble de collectivités investies dans le « Réseau français des Villes Santé¹⁰ » (Évry-Courcouronnes, Besançon, Amiens, Strasbourg) ont pu porter des actions en faveur des mobilités actives dans le diagnostic et le plan d'action de leur CLS (Réseau français Villes-Santé, 2023).

8. Outil d'évaluation économique des effets sanitaires (HEAT) liés à la pratique du vélo et de la marche permet notamment d'évaluer le nombre de morts évitées du fait du développement des mobilités actives. HEAT ne permet pas en revanche de traiter les questions de l'accidentologie, de la qualité de l'air et des inégalités sociales de santé.

9. Les Contrats locaux de santé (CLS) ont vocation à renforcer les partenariats sur un même territoire dans l'objectif de mieux prendre en charge la santé des habitants. Ils sont conclus entre les ARS et les collectivités territoriales à partir d'un diagnostic établi de façon concertée. Le CLS permet de coordonner davantage les interventions des différents acteurs locaux de santé sur leur territoire, que ce soit en matière de prévention, promotion de la santé, d'accès aux soins ou d'accompagnement médico-social.

Le cadre des **Ateliers Santé Ville** (ASV), dispositif de coordination et de promotion de la santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville a également permis d'initier des actions en faveur d'une pratique d'activité physique quotidienne et de promotion du vélo. C'est par exemple le cas à Strasbourg, où de 2018 à 2022, des actions d'apprentissage et de réparation de vélos ont été promues à destination des 6-15 ans (80 bénéficiaires par an) et de leurs familles.

Si l'impulsion et le renforcement des liens entre mobilités et santé sont principalement à l'initiative de l'écosystème de la santé publique, de nouvelles opportunités liées au développement des **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)**¹¹ émergent, à travers leur volet prévention. Plusieurs de ces communautés accompagnent les professionnel·les de santé dans le développement d'actions en faveur du sport-santé (tels que les CPTS de Tours, de Metz, Var-Ouest, Pays d'Azur, Nancy) mais l'évocation des mobilités actives est encore peu visible.

En parallèle de ces plans et dispositifs de coordination en faveur de la promotion de la santé, les autorités sanitaires, rectorats et acteurs mutualistes sont investis depuis le début des années 2000 sur le développement de programmes locaux suivant la **méthodologie ICAPS** (Intervention auprès des collégiens centrée sur

l'activité physique et la sédentarité). Après une première phase d'expérimentation de 2011 à 2015 ayant permis de toucher plus de 13 000 collégiens¹², le programme est actuellement en phase de déploiement pour essaimer sur l'ensemble du territoire français et toucher plus largement les 3-18 ans. Les actions développées dans le cadre d'ICAPS se dirigent aussi bien aux jeunes, qu'à leur entourage (équipe pédagogique, famille), et à leur environnement. Certaines interventions dans les sites pilotes sont tournées sur les pratiques de déplacement et la promotion des mobilités actives, avec l'exemple de Clichy-sous-Bois, en Seine-Saint-Denis (Czaplicki et al, 2016).

Vers l'intégration des mobilités actives dans des démarches à la jonction entre urbanisme et promotion de la santé

• Des travaux de recherche sur les liens entre urbanisme et santé à la conduite de démarche d'évaluation d'impacts sur la santé (EIS) dans les territoires

Les mobilités, l'urbanisme et les enjeux de santé publique sont des notions intimement liées. Dès la fin du 19^{ème} siècle, les travaux des premiers urbanistes hygiénistes contribuèrent à résorber des poches d'insalubrité, assainir les villes et juguler la propagation des maladies infectieuses. Ils furent néanmoins le prologue du développement des grandes avenues et d'espaces de circulation qui caractérisèrent la ville fonctionnaliste et la mise au pas d'un développement urbain favorisant l'usage de l'automobile (ADMA, 2022). L'étalement urbain et l'organisation territoriale des territoires auraient donc un impact majeur sur la pratique d'activité physique quotidienne et sur la santé de la population.

Ces constats renvoient aux travaux menés notamment depuis les années 1990 dans la continuité des publications de Whitehead et Dalghren (Whitehead et al, 1991) évoqués précédemment. Ils soulignent le rôle de « déterminants environnementaux », de l'organisation du territoire, sur les comportements, les modes de vie et la santé des populations (Cantoreggi, 2010). En s'attardant sur l'impact de l'aménagement du territoire et de l'urbanisme, les travaux de l'OMS (Barton et Tsourou, 2004) ainsi que de l'INSERM et de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) en France ont depuis permis d'approfondir les sujets concernant l'impact sur la santé de l'aménagement du territoire et de l'urbanisme.



10. Le réseau des villes santé est un réseau de collectivités œuvrant au développement d'actions et d'initiative en faveur de la promotion de la santé. Il est accrédité par le bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé.

11. Les CPTS regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser autour d'un projet de santé et mieux se coordonner (professionnels de santé de ville en libéral ou salariés, établissements de santé, acteurs de la prévention ou promotion de la santé, établissements et services médico-sociaux).

12. Sur 15 sites pilotes à l'échelle de communes ou de départements.



Cet impact sur l'état de santé et la prévalence de certaines pathologies impliquerait donc une prise en compte renforcée dans les politiques publiques locales, et plus particulièrement dans les documents de et d'aménagement du territoire. C'est pour accompagner cette décision publique et une prise en compte plus large de la santé dans les politiques urbaines que l'EHESP, Santé Publique France, la DGS et les ARS **promouvent les démarches d'Évaluation des Impacts sur la Santé (EIS)**. Une EIS est « une combinaison de procédures, méthodes et outils qui permettent de juger des effets possibles d'une politique, d'un programme ou projet sur la santé de la population et la distribution de ces effets au sein de la population » (Ison, 2012). Cette démarche reste néanmoins inégalement appropriée selon les différentes régions françaises (Haut Conseil de la Santé Publique, 2018).

Dans la continuité d'un premier guide sur l'urbanisme favorable à la santé (EHESP, 2014), et des travaux liés aux EIS, les équipes de l'EHESP et de l'a-urba¹³ ont publié un guide de référence baptisé ISadOrA¹⁴ qui vise à intégrer plus largement la prise en compte de la santé dans les projets d'aménagement opérationnel (EHESP et A-urba, 2020). Déclinés en 15 clés opérationnelles pour intégrer la santé dans les projets urbains, la clé n°6 du guide ISadOrA est dédiée à l'intégration des mobilités actives et les déplacements des personnes à mobilité réduite (PMR). Elle propose notamment un certain nombre de pistes d'action pour promouvoir la marche et le vélo aux différentes étapes de l'élaboration d'un projet d'aménagement, tels que les plans guide, cahiers des charges des espaces publics et les fiches de lots, en soulignant les effets sanitaires différenciés et le besoin d'accompagner les usagers éloignés de la pratique d'une activité physique au quotidien.

13. Agence d'Urbanisme Bordeaux Aquitaine

14. ISadOrA : Intégration de la Santé dans les Opérations d'Aménagement urbain. <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2020/06/001-Guide-entier-ISadOrA-version-web.pdf>

• La structuration du courant du « design actif »

En cohérence avec les travaux autour de l'EIS et de l'urbanisme favorable à la santé, des travaux de littérature grise et scientifique ont permis de développer un courant du « design actif », notamment dans les pays anglo-saxons. Le design actif poursuit l'idée que l'aménagement du bâti et des espaces publics favorise une pratique d'activité physique quotidienne et par extension promeut la santé.

Ces approches se focalisent sur la pratique d'activité physique régulière et quotidienne, pouvant conjuguer des dimensions ludiques et utilitaires, autour notamment de la marche et du vélo notamment. Le « design actif » peut être appréhendé comme une dimension de « l'urbanisme favorable à la santé » qui traite, quant à lui, plus largement des impacts de l'aménagement sur les nuisances environnementales, les conditions de vie et d'habitat, visant ainsi un spectre holistique de la santé physique, mentale et sociale.

Cette approche autour du design actif comme levier de santé est notamment promue par la ville de New-York (City of New York, 2010), mais aussi en France (Hess, Charreire et al, 2017). Elle a été plus récemment reprise dans les chantiers d'Héritage des Jeux Olympiques de Paris 2024 qui se tiennent à Paris. Ces notions de design actif sont promues par l'Agence Nationale pour la Cohésion des Territoires (ANCT) pour penser la pratique d'une activité physique et sportive en lien avec l'environnement de vie, et encourager sa prise en compte dans l'aménagement des espaces publics des villes moyennes (ANCT et Paris 2024, 2021).

PROBLÉMATIQUE

L'activité physique est aujourd'hui reconnue pour ses impacts sanitaires positifs, notamment vis-à-vis des pathologies chroniques. Bien que connaissant une période de croissance, la pratique du vélo et de la marche reste inégale selon les territoires et les publics. Les politiques publiques de santé se sont ainsi dotées de nouvelles orientations, plans et dispositifs, dont la prescription d'activité physique est un récent exemple. Ces initiatives marquent un tournant en faveur de la promotion de l'activité physique et de la santé, et des résultats positifs sont déjà à saluer. Pour autant, ces avancées présentent des limites, notamment dans le cadre de la pratique du vélo et de la marche chez les publics vulnérables.

Dans ce cadre l'étude ici proposée tend à répondre aux questions suivantes :



- **Quels leviers d'action permettraient de favoriser la pratique du vélo et de la marche chez les publics atteints par une pathologie chronique ou présentant un facteur de risque ?**
- **Quelles actions pourraient être déployées afin de renforcer la collaboration et les apprentissages mutuels entre professionnel·les du sport-santé et des mobilités actives ?**

Afin de répondre à ces questionnements, plusieurs objectifs ont été définis pour cette étude :

- Documenter les cadres d'intervention et de prise en compte de la marche et du vélo dans les dispositifs de promotion de la santé auprès des malades chroniques et des publics avec des facteurs de risque sanitaires ;
- Expliciter les besoins et les cadres de collaboration existants entre professionnel·les des champs de l'activité physique adaptée (APA), du sport et des mobilités ;
- Formuler des recommandations pour développer la pratique du vélo et de la marche au quotidien chez les malades chroniques et les publics avec des facteurs de risque.

MÉTHODOLOGIE

Afin de répondre aux objectifs posés, cette étude s'appuie sur une méthodologie mixte par questionnaires et entretiens.

Questionnaires

Publics cibles

Pour répondre à ces ambitions, deux questionnaires ont été déployés auprès des publics cibles suivants :

(1) Les professionnel·les des MSS

Bien que les MSS ne constituent qu'une part de l'écosystème du sport-santé et des initiatives portées par des établissements de santé (notamment en SSR¹⁵), des établissements médico-sociaux, réseaux de santé, clubs sportifs et associations à vocation sanitaire, sociale ou dans le champ des mobilités, elles jouent et joueront dans les prochaines années un rôle majeur pour orienter et déployer des actions en faveur d'une pratique d'activité physique régulière chez des publics atteints par une pathologie chronique et/ou présentant des facteurs de risque. L'enquête déployée à leur rencontre vise à apporter quelques éléments de réponse concernant les niveaux auxquels elles interviennent, et sur d'éventuelles disparités entre elles.

15. SSR : Soins de Suites et de Réadaptation. Ces unités d'établissements hospitaliers ont une antériorité forte dans la conduite de programmes et l'intégration de professionnels de l'activité physique adaptée.



(2) Les vélo-écoles de réseau de la FUB

Les vélo-écoles adoptent diverses approches d'apprentissage du vélo en fonction de leur réseau ou fédération d'appartenance. Certaines privilégient une approche sportive, comme les vélo-écoles de la Fédération française de cyclisme par exemple, ou utilitaire, telles que les vélo-écoles du réseau de la FUB. Pour les besoins de cette étude, les vélo-écoles du réseau de la FUB, actuellement au nombre de 207, centrées sur l'utilisation du vélo comme mode de transport, ont été la cible de notre questionnaire. Les questions formulées à leur égard ont eu pour but d'identifier d'éventuels partenariats avec des acteurs médico-sociaux et la nature de ceux-ci.

Déploiement

• Maisons Sport-Santé

Les équipes de l'ADMA ont publié entre janvier et mars 2023 un questionnaire en ligne à destination des salarié-es et responsables des MSS, en collaboration avec l'Onaps. Sur les 573 maisons labélisées au niveau national, 236 personnes au sein de 224 MSS ont répondu à cette enquête, soit près de 51 % **des structures labélisées au niveau national au lancement de l'enquête**¹⁶.

Les MSS étaient interrogées sur 20 questions traitant principalement de leurs modalités d'intervention et de prise en compte de la marche et du vélo dans leurs activités. Il était également question du type de formation de leurs intervenants, des partenariats mis en place et de leurs besoins pour promouvoir plus largement l'usage des modes actifs.

Parmi les 236 réponses, on peut noter une diffusion **dans l'ensemble des régions françaises métropolitaines**, avec néanmoins certaines régions sous-représentées parmi celles qui accueillent le moins de structures (5 répondants en Centre-Val de Loire et en Bourgogne-France-Comté par rapport aux 38 en Occitanie et 35 en Nouvelle-Aquitaine). Pour les DROM et le COM, les réponses viennent majoritairement de la Réunion (5 sur 6). L'enquête de l'ADMA a été relayée par plusieurs canaux de diffusion au niveau national : l'ADMA, le réseau français Ville-Santé et son Groupe de Travail « sport-santé », l'Onaps, l'association nationale des MSS et le ministère des Sports notamment. En régions, il a pu être relayé par des acteurs associatifs régionaux tels que la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) Nutrition en Pays de La Loire, des Instances Régionales d'Éducation et de Promotion Santé (IREPS), des DRAJES et ARS. Certaines actions de relance et de relais de la part d'acteurs institutionnels régionaux peuvent expliquer, en partie, les différences de résultats entre les régions.

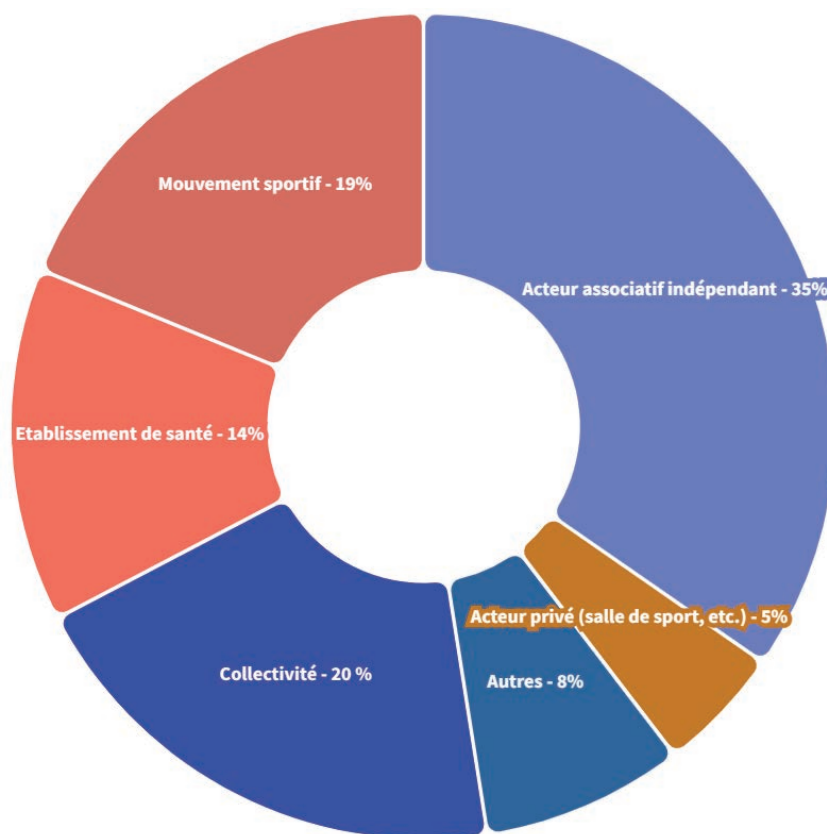


Figure 5 - Répartition (%) des Maisons Sport-Santé interrogées en fonction du type de porteur

16. Au lancement de l'enquête, 436 MSS étaient labélisées en France. Si l'on met en perspective le nombre de répondants avec le ratio actuel en avril 2023, 40% des MSS actuellement labélisées auraient répondu à l'enquête.



Les professionnel·les ayant répondu à l'enquête sont en grande majorité des enseignant·es en APA, pour 72% d'entre elles et eux. La part de répondants restants se divise entre responsables administratifs, éducateurs territoriaux des activités physiques et sportives (ETAPS), et médecins.

Sur les caractéristiques et les typologies de MSS, **une diversité de profils de répondants**, avec des MSS autonomes et d'autres rattachées à des institutions est visible. Les acteurs associatifs autonomes représentent la plus forte proportion de répondants (35%). Suivent ensuite les MSS associées à des collectivités territoriales (20%), établissements de santé (14%) et acteurs du mouvement sportif (19%) qui constituent une part non négligeable des MSS ayant répondu au questionnaire (figure 5).

Si l'échantillon des MSS interrogées est important, les chiffres doivent cependant être interprétés avec une certaine prudence, et ne permettent pas d'appréhender la totalité des usages et des besoins des 573 MSS labellisées en avril 2023 en France.

• Vélo-écoles FUB

La FUB réalise annuellement une enquête auprès de son réseau de vélo-écoles, afin de connaître leurs évolutions et leurs attentes en matière d'accompagnement de la part de la Fédération. Pour répondre aux besoins de l'étude, la FUB a intégré à l'édition 2023 de cette enquête des questions supplémentaires portant sur les liens des vélo-écoles avec des prescripteurs de santé. L'ensemble des réponses à l'enquête ont

été reçues par la FUB entre janvier et mai 2023, et les réponses spécifiquement en lien avec l'étude ont été traitées par l'ADMA dès clôture de l'enquête.

Parmi les 207 structures composant le réseau, **122 vélo-écoles, soit 59% du total, ont répondu à l'enquête 2023 de la FUB**. Ces vélo-écoles sont réparties sur l'ensemble des régions françaises, et 2 en Guadeloupe. Les résultats d'enquêtes précédentes indiquent que les vélo-écoles FUB, de statut associatif, fonctionnent pour un tiers d'entre elles uniquement grâce à des bénévoles, un quart avec des personnes salariées, et le reste avec des ressources humaines mixtes (Les vélo-écoles en chiffres | Fédération française des usagers de la bicyclette, s. d.).

Entretiens

Publics cibles

En complément aux enquêtes quantitatives, des entretiens qualitatifs ont été menés auprès de 20 personnes salariées et bénévoles investies sur les thématiques de la marche, du vélo et du sport-santé pour des malades chroniques, des personnes avec des facteurs et risque, ou des personnes vieillissantes. Ces personnes ciblées appartiennent à trois catégories principales :

(1) Des acteurs s'inscrivant dans des parcours de sport-santé en proposant des activités autour de la marche ou du vélo, dans des structures telles que des MSS et fédérations sportives ;



(2) Des acteurs de promotion de la marche et du vélo au quotidien avec une visée de bien-être et de santé, dans des structures associatives ;

(3) Des acteurs de la formation des professionnel·les encadrant les activités d'apprentissage du vélo et de l'activité physique adaptée.

Déploiement

Les structures pertinentes pour mener les entretiens ont été identifiées au moyen de discussions initiales avec l'Onaps et la FUB. Une première liste d'environ 30 MSS, fédérations sportives et associations a été dressée, puis partagée avec ces 2 acteurs afin d'identifier d'éventuels manques. Puis, les équipes de l'ADMA ont pris contact avec ces structures, dans la plupart par le biais de personnes salariées.

Les entretiens ont été construits selon une grille de questions types, auxquelles ont été ajoutées des questions particulières à la nature de l'acteur ciblé. De façon générale, ces questions ont été formulées pour permettre aux personnes de décrire le fonctionnement de leurs institutions, le type d'actions d'accompagnement des publics, et le profil professionnel et de formation des personnes encadrant cet accompagnement. De plus, les entretiens ont permis d'identifier des difficultés rencontrées pour développer des actions de sport-santé en lien avec la marche et le vélo sur certains territoires.

Les principaux résultats quantitatifs et qualitatifs issus des questionnaires et des entretiens sont présentés dans cette partie. Ces résultats permettent d'appréhender **le niveau d'intégration de la marche et du vélo par les MSS d'une part**, et la prise en compte des malades chroniques et des publics avec facteurs de risques **dans les activités des fédérations sportives et des associations œuvrant à la promotion de la marche et du vélo d'autre part**.

État des lieux de la place de la marche et du vélo dans l'activité des MSS

Les résultats de l'enquête ADMA initiée auprès des MSS soulignent un intérêt fort des professionnel·les et bénévoles de ces structures pour promouvoir la marche et le vélo. **88% des répondant·es** estiment que la prescription d'activité physique pourrait être un bon outil pour renforcer la pratique de la marche et du vélo au quotidien et **90% d'entre elles et eux** seraient intéressé·es pour développer des actions d'apprentissage du vélo ou de la marche. Ces chiffres et l'important volume de réponses à l'enquête soulignent l'intérêt des professionnel·les du sport-santé à l'égard de la promotion de la marche et du vélo au quotidien.

Une place centrale de la pratique de la marche dans les activités des MSS

Les résultats sur l'intégration et **la valorisation de la pratique de la marche dans les MSS sont marqués** : 94% des salarié·es et encadrant·es des MSS abordent la pratique de la marche auprès du public de leur maison Sport-Santé (figure 6).

C'est principalement **la dimension « loisir » de la marche qui est abordée** par les professionnel·les auprès des publics des MSS pour 88% d'entre eux, contre 66% pour la marche « utilitaire » et 42% pour une pratique sportive de la marche.

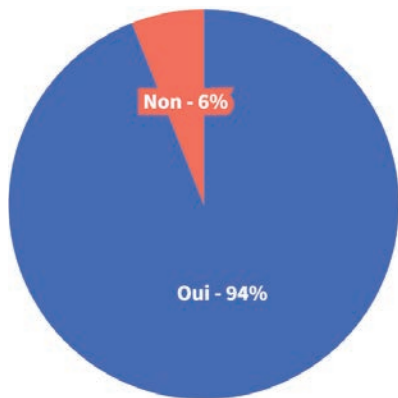


Figure 6 - Part des maisons Sport-Santé réalisant des actions autour de la marche

En termes de modalités concrètes d'exercice, les MSS intègrent **la promotion de la marche majoritairement dans le cadre des activités physiques dispensées en lien avec la prescription (pour 77% d'entre elles) et des entretiens motivationnels (75%)**. Les actions de sensibilisation des personnes, de type événement « grand public », « challenge » (43% des MSS) et de prise en compte de la marche dans les programmes d'éducation thérapeutique des patients (29% des MSS), sont également mises en œuvre dans certains territoires, bien que dans une moindre mesure (figure 7).

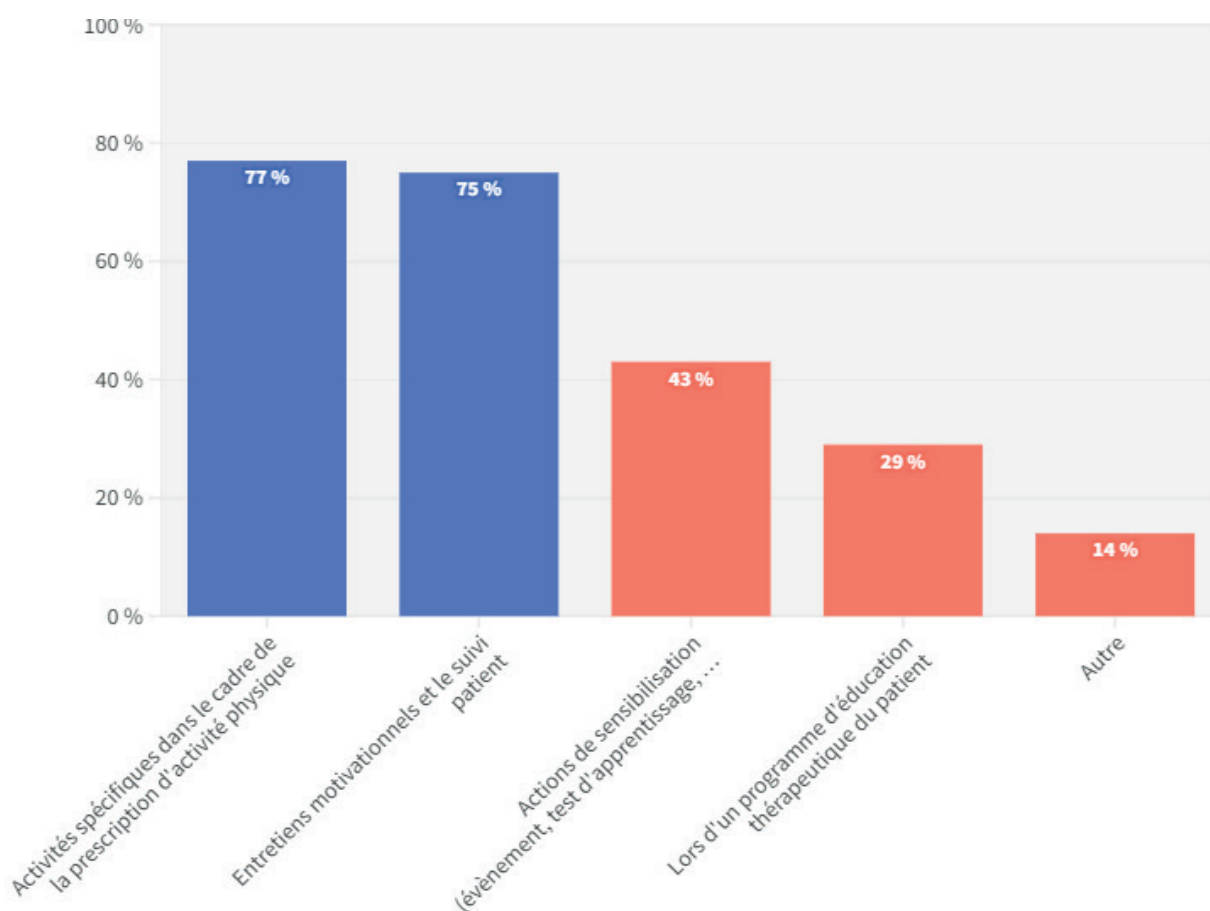


Figure 7 - Fréquence des actions de promotion de la marche dans les Maisons Sport-Santé interrogées

Invité-es à apporter des informations complémentaires, certain-es répondant-es insistent sur le rôle motivationnel et la simplicité de la promotion de la marche. **Elle est également perçue comme un « levier de cohésion et de convivialité » entre les usagères et usagers.** Certaines disciplines sportives et activités de loisir comme la marche nordique et la marche posturale sont valorisées dans les réponses. Les professionnel·les de l'APA insistent également sur l'opportunité des outils et des parcours d'auto-apprentissage : « Par cœur Santé » et le Programme « D-marche », (voir encadré p.36) notamment. L'activité de marcher est par ailleurs perçue comme « plus simple à mettre en place » par deux répondant-es par rapport à la pratique du vélo, qui implique des enjeux logistiques, de formation et d'encadrement de la pratique plus importants.

Les répondant-es soulèvent également des points de vigilance, comme la difficulté de suivre des recommandations sur la marche utilitaire données aux usagers, et d'évaluer leurs progrès. Ce type de réponse renvoie à la difficulté, pour certain-es praticien·nes, de se projeter au-delà d'une activité encadrée et de porter une action de prévention en santé.

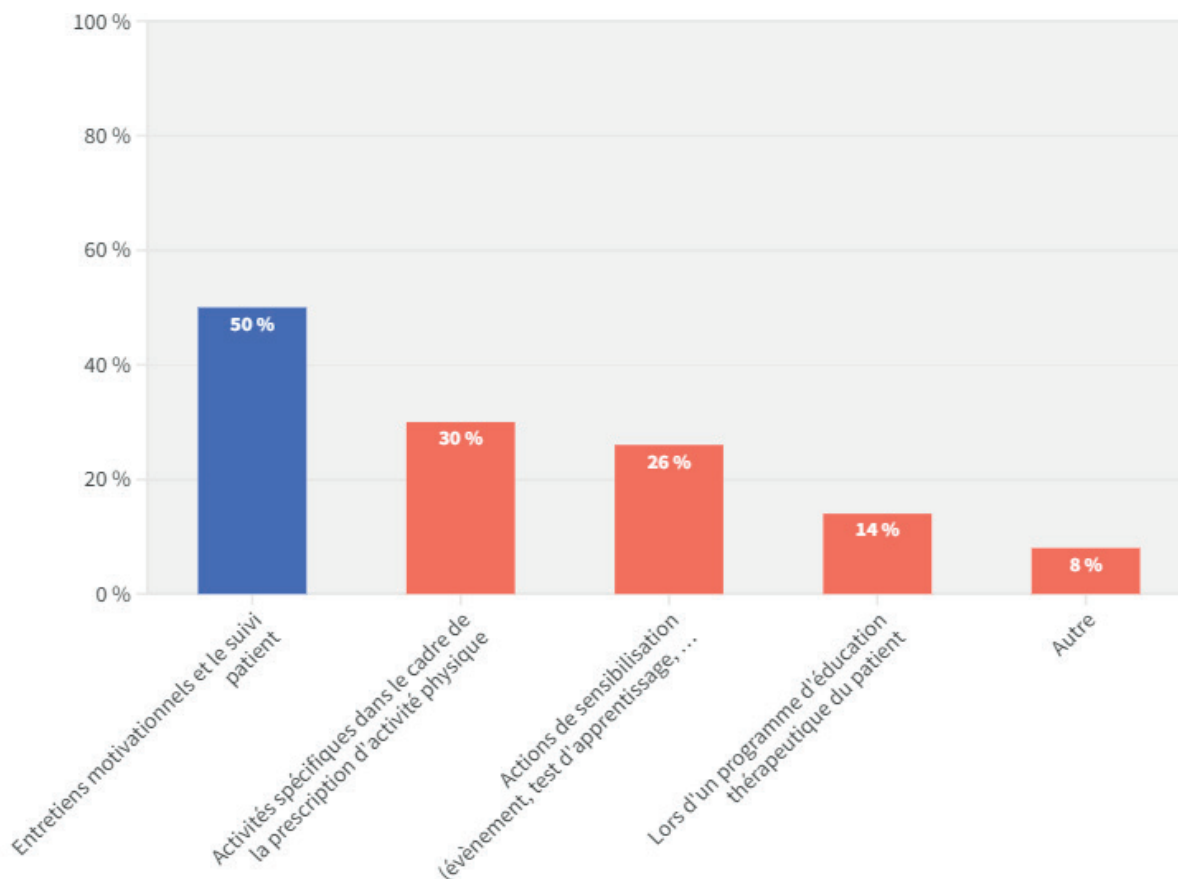


Figure 9 - Fréquence des actions de promotion du vélo dans les Maisons Sport-Santé interrogées

Un intérêt et des actions autour de la promotion du vélo à conforter

Les résultats sont **davantage nuancés quant à la pratique et la promotion du vélo** dans les MSS. 61% des salarié-es et encadrant-es des maisons sport-santé abordent la pratique du vélo auprès du public de leur maison sport-santé (figure 8). Ce chiffre souligne tout de même **un certain intérêt des professionnel·les pour ce mode de déplacement**, ses bienfaits pour la santé et la pratique d'une activité physique régulière.

En léger décalage avec la marche, **le vélo est abordé à part presque égale pour sa dimension « loisir » (52%) et « utilitaire » (50%)**, auprès des usagers des MSS, et seulement par 20% des personnes ayant répondu pour une pratique sportive du vélo. De nombreuses MSS abordent conjointement les dimensions « loisir » et « utilitaire » dans leurs réponses.

En termes de modalités concrètes d'exercice, **les MSS intègrent la promotion du vélo majoritairement dans le cadre des entretiens motivationnels** (pour 50% des professionnel·les interrogé·es), puis également dans un nombre notable **d'activités physiques dispensées en lien avec la prescription** (pour 30% d'entre elles)

(figure 9). Tout comme la promotion de la marche à pied, les actions de sensibilisation des usagers de type événement « grand public », « challenge » (26% des MSS) et de prise en compte du vélo dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient (14% des MSS) sont également mobilisées dans une moindre mesure. On perçoit néanmoins pour le vélo un écart plus faible entre les activités liées à la pratique et à l'événementiel.

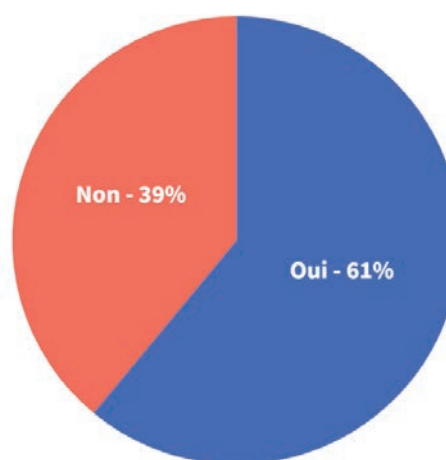


Figure 8 - Part des Maisons Sport-Santé réalisant des actions autour de la promotion du vélo

Plusieurs professionnel·les de l'APA reviennent ainsi dans leurs réponses sur le potentiel de motivation lié à des événements gratuits et ouverts autour du vélo, ainsi qu'à l'opportunité de nouer des liens avec des collectivités, des associations d'usagers et des clubs sportifs dans le cadre de ces événements.

Dans le cadre de cette enquête, l'évocation du sujet vélo est plus important que la marche, en lien notamment avec des questions additionnelles relatives aux types de diplôme ou de certification, aux partenariats sur le matériel et l'apprentissage avec d'autres structures. Ces questions liées à la formation et aux partenariats avec des collectivités, clubs sportifs et associations d'usagers sont abordées plus dans le détail dans la section suivante de l'étude.

Globalement, **les MSS développent encore peu de partenariats avec l'écosystème des acteurs du vélo** sur des actions d'apprentissage, de sensibilisation ou d'appui technique et logistique. Parmi les MSS prenant en compte le vélo dans leurs activités, seulement 57 d'entre elles (38%) ont noué des partenariats avec des collectivités, associations pro-vélo et clubs sportifs.

Cette cinquantaine d'initiatives locales et partenariales pour promouvoir le vélo dans les MSS offre néanmoins un signal positif, si l'on tient compte de la

création récente de certaines de ces MSS. Les partenariats se font majoritairement avec des **associations locales d'usagers** (15% des MSS impliquées sur le vélo), des **clubs sportifs** (14%), et un peu plus rarement avec des collectivités (8%) et des acteurs privés (2%) (figure 10).

Sur la dernière section du questionnaire relative à leurs attentes et à leur vision, les professionnel·les de l'APA évoquent à nouveau l'aspect motivationnel et les opportunités du vélo pour le développement d'une pratique quotidienne, sous condition d'un bon accompagnement et de l'utilisation d'un matériel adapté. Le recours à des vélos à assistance électrique (VAE), des tricycles, vélos adaptés (assise, posture, limitation fonctionnelle) est régulièrement mentionné, tout comme la possibilité d'adapter la pratique et la typologie de vélo en fonction du territoire de pratique, du niveau, de l'âge et des éventuelles limitations des publics accompagnés. L'utilisation du VAE est citée à plusieurs reprises en lien avec la question du dénivelé.

À la différence de la marche, les personnes interrogées **se projettent plus largement sur une vision utilitaire et systémique de la promotion du vélo** : certaines insistent sur l'opportunité de développer le vélo auprès des personnes à condition de travailler sur l'accessibilité financière des vélos, l'accès à des services

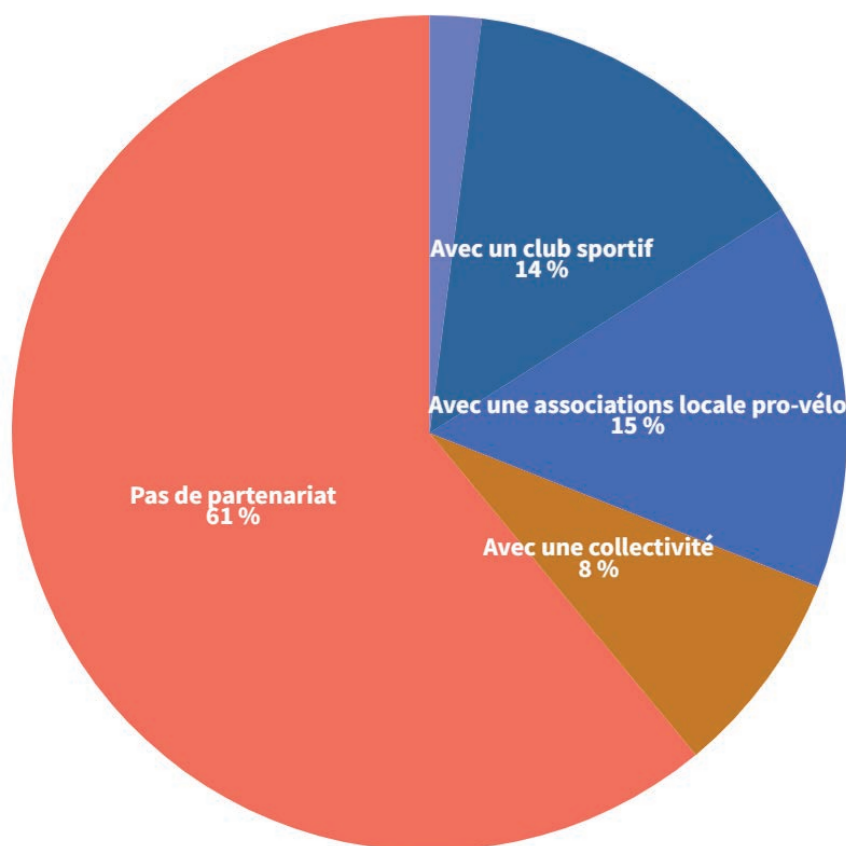


Figure 10 - Répartition des structures partenaires des Maisons Sport-Santé en matière de promotion du vélo

d'entretien, des lieux de stationnements et des pistes cyclables. La question d'accès à **des guichets financiers, des appels à projets et des subventionnements pour financer l'acquisition** ou le prêt de vélos est évoquée. Parmi les répondants, 11 professionnel·les de l'APA formulent le souhait d'être mis en lien avec des acteurs de l'écosystème du vélo (apprentissage, réparation) et des intervenant·es du Savoir Rouler à Vélo (programme national sur l'apprentissage du vélo à l'école primaire détaillé dans la section suivante de l'étude).

Sur les points de vigilance, de nombreux répondants insistent sur **les freins à la pratique du sport adapté par certains publics du fait du manque d'infrastructures cyclables**, notamment dans les territoires peu denses. La volonté d'encadrement de la pratique se heurte également au manque de moyens matériels des MSS, et à la difficulté de disposer d'un matériel et de lieux adaptés. Plusieurs freins et expériences avortées sont évoquées par les répondants : une MSS de Seine-Saint-Denis évoque par exemple les difficultés d'accès à ce mode de déplacement dans des territoires défavorisés et l'enjeu de la pérennité de la pratique du vélo pour des publics faiblement dotés financièrement.



Pour les acteurs de la promotion de la pratique du vélo et de la marche : des initiatives encore timides vers le sport-santé

Après analyse des actions des MSS, il convient d'aborder la question de l'accompagnement des malades chroniques et les publics éloignés de la pratique d'une activité par les acteurs de la promotion du vélo et de la marche. Si l'enjeu de l'apprentissage est central, notamment dans le cas du vélo, il s'inscrit dans un système plus large de services, d'activités et de leviers pour pérenniser la pratique des plus vulnérables.

Cette sous-section et les 2 suivantes présentent l'engagement des acteurs investis dans la promotion de la marche et du vélo sur l'encadrement d'activités physiques adaptées. Cette analyse s'appuie sur les deux questionnaires et les entretiens évoqués dans la section de méthodologie de l'étude. Après avoir exposé des éléments de contexte sur les acteurs du vélo et de la marche dans cette première section, nous présenterons **les initiatives des fédérations et clubs sportifs sur l'activité physique adaptée, puis celles des associations pro-marche et pro-vélo dans les sous-sections suivantes.**

Les acteurs associatifs investis dans la promotion de la marche et du vélo en France

La promotion de la marche et du vélo en France renvoie à des typologies variées d'acteurs publics, privés et associatifs, ainsi qu'à des approches différentes à ces pratiques : utilitaires, sportives et de loisir. Au cours de ces dernières années, les mobilités actives sont redynamisées comme objets sociaux et culturels dans un agenda de préservation de l'environnement et de la santé des populations (ADMA, 2023).

En parallèle des actions des pouvoirs publics, les mobilisations en faveur de la marche en France sont essentiellement associatives et proposent des entrées thématiques, notamment sur la marche loisir à des usagères et usagers présentant des vulnérabilités particulières, plutôt que globales (ADMA, 2023). Le collectif « **Place aux piétons** », créé en 2020, regroupant la Fédération Française de Randonnée et les associations Rue de l'Avenir et 60 millions de piétons, constitue un acteur central. La Fédération Française de Randonnée s'est historiquement impliquée comme un acteur militant œuvrant dans les territoires en faveur la randonnée sportive, et plus récemment de la « marche en ville ». Rue de l'Avenir, quant à elle, œuvre en faveur de l'amélioration globale du cadre de vie pour favoriser la marche à pied, avec une attention

forte sur la lutte contre la sédentarité et l'inactivité physique (Rue de l'avenir, 2021). Enfin, 60 millions de piétons est une association nationale qui œuvre pour défendre les droits des piétons.

Si la pratique des acteurs du sport-santé et leur appréhension de la marche se focalisent notamment sur la dimension de loisir, cela fait écho à la place forte de la marche loisir dans le quotidien des Français·es. La randonnée constitue en 2022 le premier loisir sportif en France, pratiqué par 56 % de la population (ADMA, 2023a).



Figure 11 - Les acteurs associatifs, publics et privés qui œuvrent en faveur de la marche en France

L'impact de la marche utilitaire sur des enjeux sanitaires, sociaux et environnementaux, mais aussi en termes de conception et d'aménagement des villes, repositionne cette entrée dans le débat public et la mobilisation d'acteurs et d'initiatives. En toile de fond, se pose la question de l'atteinte de recommandations d'activité physique quotidienne, et son interrelation avec l'usage des transports en commun (Celis-Morales et al., 2017). Des collectifs locaux commencent également à émerger, en lien avec le collectif national « Place aux piétons » et pourraient constituer des relais et interlocuteurs privilégiés pour le champ sanitaire et les collectivités locales.

Pour le vélo, les enjeux de promotion de son usage sont pluriels et s'inscrivent dans la mise en place d'un système vélo, impliquant un cadre juridique, des infrastructures propices pour une pratique utilitaire/et ou de loisir, mais aussi des services de réparation et de stationnement.

Si la pratique utilitaire du vélo est encore faible parmi les Français·es, son redéploiement et l'émergence de nouveaux enjeux sanitaires et environnementaux contribuent à la structuration d'un réseau associatif dense et maillé sur le territoire français, sur les dimensions utilitaires, sportives et de loisir. En prenant l'exemple de la FUB, le nombre d'associations adhérentes a fortement augmenté, passant de 200 associations adhérentes en 2015 à près de 500 en 2023. Parmi ces 500 associations, un peu plus de 200 d'entre elles réalisent des activités de vélo-écoles.

Ce maillage est complété par un riche tissu associatif, tels que les ateliers d'autoréparation membres de l'Heureux Cyclage, l'AF3V pour la promotion des véloroutes et voies vertes, et les milliers de clubs des fédérations sportives, avec en première ligne les plus de 5 000 clubs affiliés aux Fédérations françaises de cyclisme et de cyclotourisme, mais aussi ceux de l'Union Française des Œuvres Laiques d'Education Physique (UFOLEP).

Le rôle central de l'apprentissage et les récentes avancées liées au SRAV et au CQP AMV

Parmi les actions de promotion du vélo, l'apprentissage de la mobilité à vélo joue un rôle majeur dans l'autonomisation des publics avec des besoins spécifiques. Si la plupart des Français et des Françaises apprennent à pédaler et utiliser un vélo étant enfant, de nombreuses personnes arrivent à l'âge adulte sans cette compétence. De plus, le fait de savoir pédaler



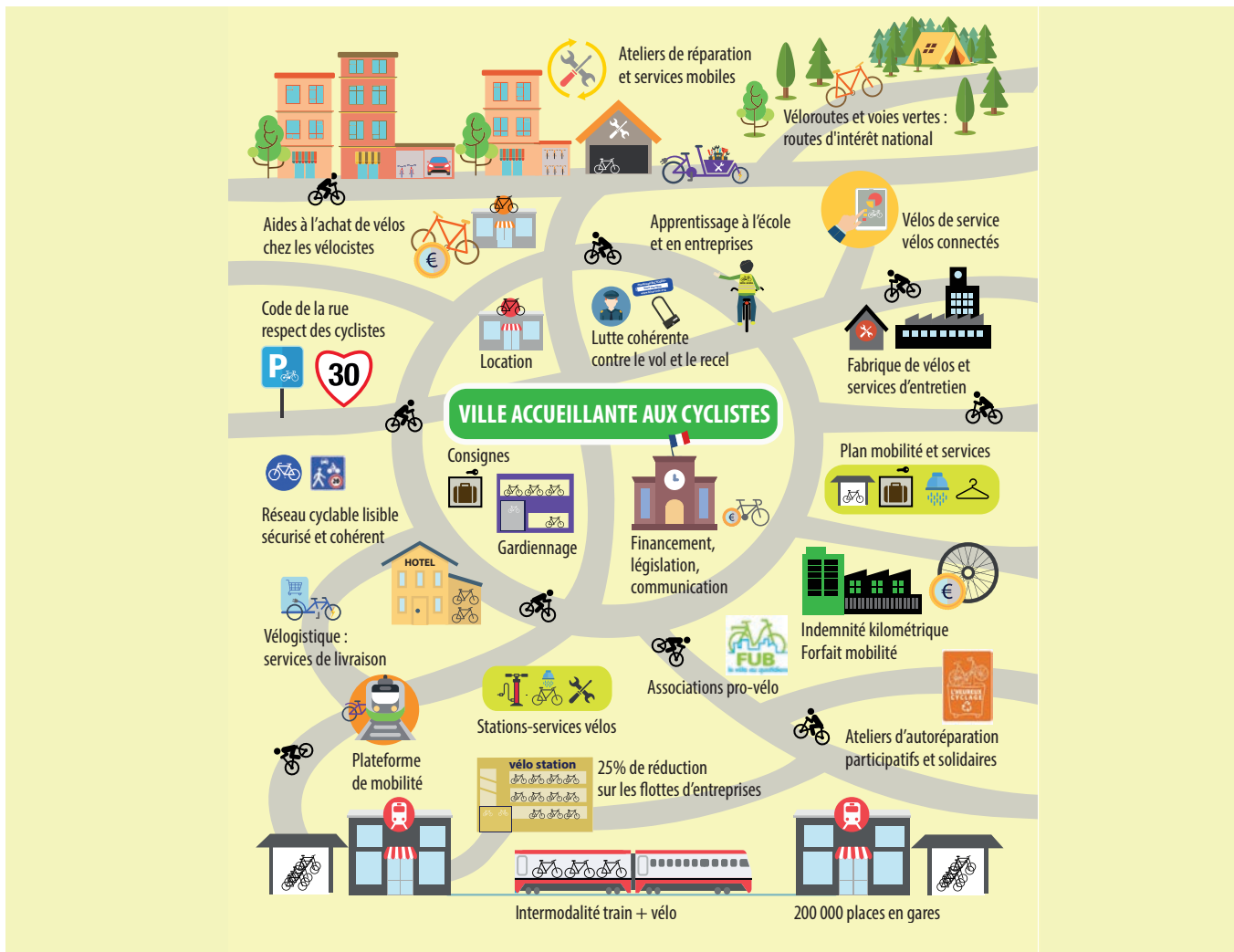


Figure 12 - Les composantes du « système vélo » (source : Fédération des Usagers de la Bicyclette)

n'est pas suffisant pour circuler à vélo en étant à l'aise sur la voirie et ainsi faire du vélo un mode de déplacement du quotidien. Les publics vieillissants, avec une mobilité réduite ou des problématiques d'équilibre, font face à l'enjeu de redécouvrir une pratique adaptée, éventuellement au moyen de l'utilisation de vélos spéciaux (tricycles, vélo-couchés, tandems, bicycle à enjambement bas, à assise basse, etc.). Ces vélos peuvent répondre à une diversité de limitations liées à l'équilibre, les articulations, des douleurs posturales, une hémiplégie mais aussi des difficultés cognitives (Praxie Design, 2020).

Pour apprendre à faire du vélo en France, **plusieurs possibilités existent** :

→ Dans le cadre scolaire, périscolaire ou extrascolaire, à travers le programme du Savoir Rouler à Vélo (SRAV), lancé en 2019 avec pour objectif de généraliser l'apprentissage du vélo aux enfants de 6 à 11 ans. Le SRAV est une formation d'au minimum 10 heures divisée en trois blocs : savoir pédaler, savoir circuler et savoir rouler ;

→ Dans les vélo-écoles, qui proposent deux types principaux d'enseignements :

(1) l'apprentissage initial de la pratique du vélo, en suivant les étapes de maîtrise de la maniabilité du vélo, la circulation en milieu sécurisé et la circulation en conditions réelles ;

(2) les ateliers de remise en selle, destinés à des personnes qui savent déjà pédaler et qui visent à leur redonner confiance et les rendre autonome dans la pratique du vélo quotidienne.

→ D'autres lieux de diffusion de l'apprentissage de la mobilité à vélo, comme des ateliers de remise en selle en milieu professionnel.

Parmi l'ensemble des acteurs moteurs de l'apprentissage du vélo, le tissu associatif comprenant clubs, fédérations sportives, associations du réseau FUB offrant des services de vélo-école et acteurs indépendants autour notamment des Moniteurs Cyclistes Français (MCF), jouent un rôle pivot.

Formation	Durée	Contenus
Certificat de Qualification Professionnelle « Animateur Mobilité à Vélo » (CQP AMV)	168 h dont une partie en stage	Encadrement de l'apprentissage de la mobilité à vélo au quotidien et immersion auprès de divers publics, via des activités sous tutorat.
Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS) « Activités du cyclisme »	600 h dont une partie en alternance	Spécialité éducateur sportif ou animateur. Sa valeur ajoutée, en comparaison au CQP AMV, est d'inclure l'encadrement du cyclisme touristique et les loisirs sportifs.
Diplôme d'État de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (DEJEPS)	1 200 h dont une partie en alternance	Comporte différentes mentions (cycliste ou vélo tout terrain par exemple). Par rapport au BPJEPS, le diplôme d'État ajoute des contenus spécifiques à la pratique du vélo sportif et compétitif.

Tableau 1 - Formations pour l'encadrement de l'apprentissage du vélo

L'expertise de ces acteurs en matière d'apprentissage de la mobilité à vélo repose sur deux piliers que sont d'un côté les formations initiale et continue, et de l'autre l'expérience acquise sur le terrain. Actuellement, on dénombre trois formations principales à l'encadrement de l'apprentissage du vélo (tableau 1).

En parallèle de ces diplômes et certifications, **un brevet d'initiateur mobilité à vélo (IMV)** est créé sur la base du référentiel national établi par l'Instance de Coordination de l'Apprentissage de la Mobilité à Vélo (ICAMV) regroupant la FUB, la Fédération française de Cyclotourisme (FFvelo), le Club des villes et territoires cyclables et marchables (CVTCM) et le Syndicat National des Moniteurs Cyclistes Français (SNMCF). Cette formation de 24 heures permet d'acquérir une première expérience dans la gestion d'un groupe d'apprenants à vélo.

Le déploiement de ces formations est croissant mais reste insuffisant face à la forte demande d'encadrant-es d'apprentissage du vélo. L'inscription dans la loi d'orientation des mobilités (LOM) de 2019 et de démocratisation du sport de 2022 du SRAV ont été des catalyseurs à la structuration d'une offre d'apprentissage du vélo sur le territoire français. En 2021, d'après un inventaire de l'ADEME, on retrouve près de **2 200 opérateurs référencés** sur la plateforme "SRAV" du Ministère des Sports (figure 13). Ces intervenant-es doivent détenir un niveau de qualification et de diplôme minimal pour réaliser ce type d'apprentissage

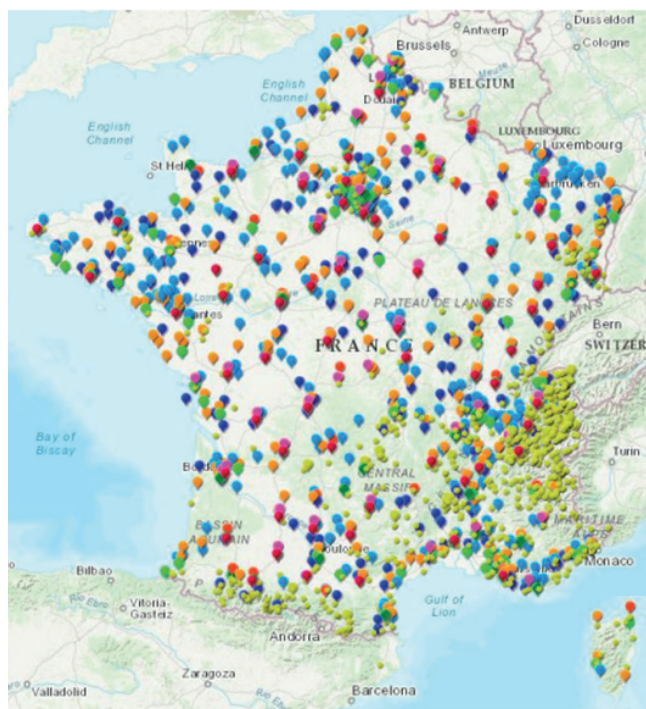


Figure 13 - Les 2 200 opérateurs du SRAV en France (source ADEME 2021)

(Gioria, 2016). Cependant, l'augmentation du vivier d'acteurs en mesure de dispenser le SRAV auprès des 6-11 ans nécessite **une montée en compétences des encadrant-es et la dispense de formations courtes sur le vélo auprès d'encadrants sportifs généralistes** comme les ETAPS.

De plus, la majorité des vélo-écoles du réseau de la FUB fonctionnent grâce à des bénévoles. Ces derniers représentent près des trois quarts des moniteurs et monitrices du réseau, quand les personnes salariées et à statut d'auto-entrepreneurs représentent le quart restant. La montée en compétence de ces bénévoles passe par des formations qui leur sont dédiées (brevet Initiateur Mobilité Vélo). Quant aux professionnel·les (salarié·es et auto-entrepreneurs), ils et elles doivent dorénavant obligatoirement disposer du Certificat de Qualification Professionnelle animateur de Mobilité à Vélo (CQP AMV), ce qui vient apporter un socle minimum en matière de diplôme requis. La mise en place, puis l'inscription du CQP AMV au Registre National des Compétences Professionnelles (RNCP) ainsi qu'à l'annexe II-1 du code du sport fin 2022, participe à l'ambition de proposer un cadre propice à l'accompagnement rémunéré et sécurisé d'activités d'apprentissage et d'une action collective, regroupant associations d'usagers et fédérations sportives. Le CQP AMV s'inscrit désormais dans un ensemble de diplômes sportifs avec différents niveaux d'approfondissements et de qualifications pour l'encadrement de la pratique du vélo.

Par ailleurs, ces formations ne préparent pas de façon égale leurs apprenant·es à l'intégration du sport-santé dans l'apprentissage du vélo. Le sport-santé n'est formellement abordé que dans les formations BPJEPS et DEJEPS. **La formation CQP inclut des contenus sur les besoins spécifiques de personnes âgées et des enfants mais n'habilite pas à l'encadrement de la pratique sportive, et ne s'inscrit donc pas dans le dispositif de prescription sport-santé** (B. Rabatel, communication personnelle, 21 décembre 2022).

De même, les 2 formations plus poussées abordent les spécificités du handicap mental et des troubles cognitifs, tandis que cela n'est pas systématique mais peut être abordé dans le cadre de mises en situation dans le cadre du CQP (N. Viguié, communication personnelle, 21 décembre 2022).

En revanche, aucune des formations n'aborde l'accompagnement de personnes porteuses de handicap physique, notamment en raison du difficile accès à des vélos adaptés pour ces formations ; un problème qui ne se pose pas pour les handicaps mentaux (B. Rabatel, communication personnelle, 21 décembre 2022). Ainsi, la montée en compétences sur l'accompagnement des publics avec handicap moteur ou physique nécessite le suivi d'une formation Accompagnateur fédéral cyclisme, de la Fédération française handisport (Formations d'encadrement sportif disciplinaire – Pôle Formation Handisport, s. d.)¹⁷. Ces manques dans le cadre et les formations relatives à l'apprentissage du

vélo se retrouvent dans les résultats de notre enquête ADMA menée auprès des MSS. **La majorité des professionnel·les de l'APA en MSS, réalisant des actions d'apprentissage auprès des publics des MSS, n'ont effectivement pas suivi de formation courte ou longue sur l'apprentissage du vélo** (pour 68% d'entre eux). Parmi les répondant·es, **plusieurs professionnel·les de l'APA soulignent leur souhait de monter en compétence sur l'apprentissage du vélo** à travers le CQP AMV, des brevets fédéraux ou même des formations courtes tels que le brevet « initiateur mobilité à vélo » (IMV). D'autres Maisons Sport-Santé reviennent sur le souhait d'établir un partenariat et de se rapprocher des acteurs proposant des activités autour du SRV.



Les fédérations sportives : une intervention émergente dans le cadre des MSS et dans des dispositifs dédiés

État des lieux des initiatives des fédérations et du mouvement sportif dans la formation des professionnel·les et l'accompagnement des publics

Une fédération sportive fédère plusieurs associations, aussi connues comme clubs, œuvrant dans un ou plusieurs secteurs sportifs. Elle dispose généralement d'une antenne nationale et d'un ensemble de clubs sur le terrain, avec quelquefois des comités régionaux ou départementaux. Certaines fédérations sont délégataires du ministère des Sports et peuvent à ce titre organiser entre autres des compétitions sportives

17. Pour la randonnée, il existe le Certificat de Qualification Handisport (CQH).

homologuées. Pour faire partie d'une fédération, les clubs paient leur affiliation et accèdent en contrepartie à divers avantages, tels que la possibilité de former leurs bénévoles et salarié·es, de disposer de financements dans le cadre de partenariats avec des collectivités territoriales par exemple, ou encore d'accéder à des compétitions sportives homologuées pour des fédérations délégataires. Pour participer aux activités d'un club, telles que des randonnées ou sorties vélo, les personnes doivent payer une licence à la fédération à laquelle ce club est affilié.

Dans le cadre de cette étude, des entretiens ont été menés avec des représentant·es de fédérations impliquées dans la promotion ou la pratique du vélo et de la marche, qu'elles soient unisport (les Fédérations Françaises de Cyclisme, Vélo, Randonnée), ou multisports (l'Union Française des Œuvres Laïques d'Éducation Physique, UFOLEP). Ces fédérations, et d'autres similaires à elles, proposent généralement des actions de formation pour les salarié·es et bénévoles de leurs clubs, afin de leur permettre de mieux organiser, encadrer ou soutenir les activités auprès des licencié·es et du public en général.

• Des formations sport-santé comme leviers pour la prévention primaire et secondaire

Certaines fédérations sportives proposent depuis plusieurs années des formations qui répondent aux enjeux et à l'état de santé des publics qu'elles accompagnent dans leur pratique d'activité physique ou

sportive. D'après nos entretiens, 2 types principaux de formation émergent et permettent d'accompagner des publics avec des facteurs de risque et des publics atteints par une pathologie chronique.

1. Formations pour préparer à l'encadrement de publics avec des facteurs de risque, une pathologie ou une affection longue durée

Pour ces publics, l'activité physique ou sportive permet d'atténuer les facteurs de risque ou de réduire les effets d'une pathologie, généralement en suivant une prescription ou un conseil médical. Ces pratiques relèvent donc de la prévention secondaire ou tertiaire. Les besoins d'adaptation à ces publics peuvent être importants ; par exemple, en proposant des vélos spéciaux pour des personnes souffrant d'une maladie neurodégénérative.

Ces formations sont généralement destinées à des personnes licenciées déjà habilitées à encadrer une pratique sportive, afin de leur apporter les connaissances nécessaires pour s'inscrire dans le dispositif du sport sur ordonnance, ou pour accueillir des personnes aux besoins particuliers du fait de leurs conditions de santé. Concrètement, les formations évoquent les spécificités de l'accompagnement de ces publics et le fonctionnement de la prescription d'activité sur ordonnance.

Dans cette catégorie de formations, nous retrouvons par exemple celle de « Coach vélo santé » de la Fédération française de cyclisme (FFC). Sa création, récente, est





issue de l'impulsion nationale du sport-santé, et a bénéficié du retour d'expérience d'un programme expérimental de la fédération proposant du vélo d'appartement dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPADs) et les résidences autonomie (L. Le Corguillé Boutte, communication personnelle, 1^{er} février 2023).

La formation « **Coach vélo santé** » a pour objectif de permettre aux stagiaires d'encadrer des séances prescrites sur ordonnance et d'accompagner les publics, depuis l'évaluation de leur condition physique jusqu'à l'exercice d'une pratique adaptée (Labellisation Cyclisme Santé, s. d.). La validation de cette formation permet ensuite à la personne formée d'obtenir le label « Cyclisme santé » pour son club. Donnée 3 à 4 fois par an à raison d'une douzaine de stagiaires par session, cette formation est réservée aux licencié-es déjà habilité-es à encadrer la pratique sportive du cyclisme, couvrant donc un spectre relativement large de profils¹⁸. En pratique cependant, il s'agit en majorité de personnes avec une formation BPJEPS, DEJEPS ou des professionnel·les du monde médical et paramédical, car les contenus restent généralistes pour un public STAPS déjà formé sur l'activité physique adaptée (L. Le Corguillé Boutte, communication personnelle, 1^{er} février 2023).

De même, la formation « **Prescri'MarCHE** » de la Fédération française de randonnée est destinée aux animateurs et animatrices licenciées, en possession d'un brevet fédéral randonnée, ayant déjà suivi une première formation « Santé » et souhaitant encadrer

des séances de randonnée dans le cadre du sport sur prescription (FFRandonnée, s. d.-a). La validation de cette formation permet également à la personne formée de labelliser son club.

D'après le Comité national olympique et sportif français, en 2020, 36 fédérations sportives disposaient d'une certification complémentaire permettant aux éducateurs sportifs et éducatrices sportives, salariées et bénévoles, d'encadrer des patient-es dans le cadre d'une prescription médicale.¹⁹

2. Formations pour préparer à l'encadrement du public en général, d'enfants, d'adultes sédentaires ou de personnes vieillissantes

Ces publics présentent des spécificités diverses lorsqu'il s'agit de pratiquer une activité physique. Par exemple, la pratique du vélo ou de la randonnée pour des adultes sédentaires demande une attention particulière quant à leur condition physique de départ. Ces formations, généralistes, peuvent inclure des contenus portant sur l'activité physique adaptée.

Par exemple, la Fédération française de cyclisme prévoit d'inclure des contenus portant sur les particularités de l'accompagnement d'adultes sédentaires ou fragiles dans sa formation « Animateur fédéral » réservée aux licencié-es souhaitant encadrer des séances de SRAV et le public général (L. Le Corguillé Boutte, communication personnelle, 1^{er} février 2023). Quant à elle, la Fédération française de randonnée propose une formation sur la santé, pour permettre aux licenciés brevetés fédéraux, y compris bénévoles, d'obtenir des connaissances de base pour comprendre les limitations liées à l'âge et aux affections médicales des publics à encadrer (FFRandonnée, s. d.-b; M. Lamarque, communication personnelle, 9 février 2023).

• Les MSS portées par les fédérations sportives

Quelques fédérations sportives portent également des MSS, à travers lesquelles elles déploient des actions spécifiques d'accompagnement de publics vulnérables.

Le cas de l'UFOLEP, fédération multisports affinitaire, se distingue des autres fédérations par sa mission de promotion du sport et de l'éducation populaire. L'UFOLEP s'adresse principalement à un public en situation de vulnérabilité sociale, souvent éloigné du secteur médical et de la pratique du sport, comme évoqué précédemment dans l'étude. C'est pourquoi les clubs de l'UFOLEP s'appuient sur des éducateurs

18. Ces publics incluent donc les personnes titulaires d'une carte professionnelle du cyclisme, de type DEJEPS, BPJEPS ou licence STAPS, mais également les professionnel·les du monde médical ou paramédical qui détiendraient un diplôme de la Fédération.

19. À ces 36 certifications, on peut ajouter les actions de formation des 6 CROS et 27 CDOS sur le « sport sur prescription médicale. »



et éducatrices socio-sportives ou des associations support – telles que les missions locales ou foyers d'hébergement – pour proposer à ce public le sport en tant qu'outil vers l'autonomie et l'émancipation (C. Malet, communication personnelle, 8 février 2023).

Pour mieux accompagner les pratiques de ces publics vulnérables, souvent sédentaires et parfois atteints de pathologies, l'UFOLEP a créé le dispositif « À mon rythme » (UFOLEP, s. d.). Ce dispositif est principalement déployé dans les MSS de la fédération, appelées UFO3s, qui sont actuellement au nombre de 55 sur le territoire, et parmi lesquelles 30 sont référencées. Il vise principalement à faire de la prévention primaire, et non secondaire ou tertiaire, puisque les publics n'ont généralement pas de suivi médical, et ne sont donc pas orientés dans le cadre du sport-santé (I. Chusseau, communication personnelle, 17 mars 2023). Dans les UFO3s, les personnes sont informées, orientées et prises en charge, afin d'améliorer leur santé sur les plans physique, mental et social. Les activités physiques et sportives qui leur sont proposées varient en fonction des UFO3s concernées, mais incluent très souvent les mobilités actives en raison de leur facilité de déploiement. Les femmes sont d'ailleurs souvent intéressées par les actions d'apprentissage du vélo (C. Malet, communication personnelle, 8 février 2023).

• Actions partenariales entre MSS et clubs sportifs

Dans le cadre de l'enquête ADMA, 19 des 224 MSS répondantes évoquent la mise en place de partenariats avec des clubs et fédérations sportives. La grande majorité de ces partenariats sont mis en place sur des

actions d'apprentissage et d'encadrement de la pratique du vélo (17 sur 19), où les éducateurs et éducatrices des clubs sportifs peuvent être directement mobilisé-es sur l'encadrement de l'apprentissage du vélo, comme évoqué par une MSS des Pays de la Loire. Pour les deux restantes, les clubs sportifs interviennent auprès des MSS dans le cadre d'évènements, de séances de test et d'initiation à l'utilisation d'un vélo.

Parmi les personnes ayant répondu, il est fait mention du soutien apporté par des fédérations sportives à travers le prêt de matériel et de vélos. Une MSS d'Occitanie insiste sur le rôle clé de l'association de cyclotourisme qui met à disposition des vélos avec l'aide d'un bénévole tous les jeudis. Ces vélos sont par ailleurs financés par l'Agence Nationale du Sport.

Il est notamment question de l'intérêt de nouer un partenariat pour bénéficier d'un appui matériel, mais également des bénévoles pour la logistique et la gestion de ce matériel.



En Gironde, une association crée des ponts entre les enseignant•es APA, les acteurs de la santé et le mouvement sportif

Le projet « vélo-santé » a débuté en 2017 sous l'impulsion d'un passionné, Dominique Cabarbaye, moniteur et instructeur fédéral de la fédération française de Cyclotourisme (FFVélo), au sein de l'association club ASH Section Vélo à Haillan : « au début, on m'a pris pour un fou ! »

Pour accompagner des publics directement en lien avec le sport-santé, une nouvelle association baptisée « Mon vélo, ma Santé » est créée à Haillan (Gironde) en 2022, sous l'affiliation FFVélo. La conviction de l'association est que le vélo peut être un vecteur de bien-être et d'amélioration du quotidien de publics éloignés de l'activité physique et/ou vivant avec une pathologie chronique. En 2023, l'association revendique 8 partenariats avec des établissements de santé, des MSS, le centre européen de cardiologie et des associations d'usagers (association des familles de traumatisés crâniens, Europa Donna sur le cancer du sein, etc.). L'accompagnement des publics de l'activité physique adaptée sur ordonnance est au cœur de l'activité de l'association, qui s'appuie sur un partenariat avec l'université de Bordeaux et sur deux futures enseignantes en APA (en fin d'études en master APAS). Elles réalisent les séances d'apprentissage du vélo de 5 à 15km (D. Cabarbaye, communication personnelle, 28 avril 2023).

Ces 2 stagiaires ont par ailleurs pu bénéficier du brevet « Initiateur Mobilité à Vélo » (IMV), qui leur a permis d'acquérir une double compétence (APAS et apprentissage du vélo).

En 2022, ce sont 200 personnes qui ont pu être accompagnées vers l'apprentissage du vélo par l'association (contre seulement 10 personnes 2 ans auparavant). Au niveau national, Dominique Cabarbaye, par ailleurs membre de la commission nationale sport-santé de la fédération, porte l'ambition de diffuser l'expérience girondine dans d'autres territoires français. Il œuvre à ce que d'autres clubs s'investissent sur le sujet, notamment après avoir suivi la formation « coach vélo santé » de la FFVélo et en développant des partenariats entre les clubs et d'autres masters universitaires APAS, éléments clé du dispositif actuel de l'association « Mon vélo, ma santé ».



Un pas de côté, les initiatives du mouvement sportif et des centres ressources pour faire « rouler et marcher les seniors »

Aux côtés des fédérations et des clubs sportifs, des acteurs associatifs et publics œuvrent au sein du mouvement sportif pour développer le sport-santé et la pratique du vélo chez des publics à besoins spécifiques. C'est notamment le cas du CROMS en Auvergne Rhône-Alpes dans le cadre de l'initiative « Roulez Seniors ».

Après une première phase test en 2018 et 2019 sous l'impulsion de l'Onaps dans le Cantal et le Puy-de-Dôme, le CROMS Aura a déployé plus largement sur toute la région ces séances de test et d'apprentissage du Vélo à Assistance Electrique (VAE) auprès de personnes âgées de 60 ans et plus.

Entre 2020 et 2022, ce sont 300 personnes qui ont pu être accompagnées dans 6 nouveaux départements (Loire, Haute-Loire, Ain, Isère, Drôme et Ardèche), avec l'appui de deux enseignants en APA sur l'encadrement des usagers, notamment du Creps de Vichy, et de 2 agents du CROMS Aura mobilisés sur la logistique et la promotion des événements.

Le dispositif se déroule généralement sur une journée avec dans un premier temps un atelier de prise en main proposé, suivi d'un choix entre 2 parcours de 15-20 km par groupes d'une douzaine de personnes. Les journées « Roulez Seniors » revêtent également un rôle de prévention et de promotion de la santé avec

l'installation de stands et d'espaces d'information autour de la promotion des modes actifs, les enjeux de lutte contre l'inactivité physique et la sédentarité, et sont ouverts aux personnes âgées et à leurs familles.

Toujours en région AURA, des initiatives analogues sont organisées par le CROMS autour de la promotion de la marche à pied et l'initiative « Marchons dans nos campagnes ». Ces actions offrent la possibilité à des personnes sédentaires ou peu actives de se mouvoir en toute sécurité dans le cadre de séances hebdomadaires d'une heure sont organisées toute l'année dans les 12 départements de la région. À noter que « Marchons dans nos campagnes » s'inscrit dans la continuité du projet fédéral de la Fédération Nationale des Offices Municipaux du Sport (FNOMS), avec l'ambition de favoriser l'activité physique des personnes âgées notamment dans les territoires ruraux, en lien étroit avec les acteurs sanitaires et sociaux locaux (CLIC, MDA, CCAS), et comme prestataires au niveau de l'encadrement l'association Siel Bleu ou encore Sport pour tous.

Ces initiatives ont bénéficié d'un appui financier de l'Agence Nationale du Sport, du Conseil Régional AURA et de la conférence des financeurs²⁰ sur certains départements. Le lancement des actions a pu être réalisé à la suite de réponses aux appels d'offre de la conférence des financeurs des départements visés par le CROMS.

Des difficultés pour faire aboutir des actions sport-santé dans les territoires et au sein des clubs sportifs

Les entretiens menés permettent d'identifier plusieurs barrières à l'utilisation du vélo et de la marche dans des parcours de sport-santé. Premièrement, **certains projets sportifs restent trop centrés sur la compétition pour permettre d'aborder la dimension utilitaire et quotidienne des mobilités actives.** Lors de l'absence de coach ou moniteur avec une approche sport-santé, il peut être difficile d'intégrer les publics vulnérables aux clubs sportifs locaux. Dans ce sens, il ressort de l'enquête nationale ADMA que certains responsables de MSS ont tenté d'établir des partenariats avec des clubs locaux de cyclisme, mais se sont heurtés à des projets de clubs parfois trop centrés sur la compétition sportive, avec une absence d'encadrant-es mobilisables sur des actions de sport-santé. Les initiatives et le développement des formations de type « coach vélo », encore récentes (avec 19 coachs vélo-santé formés fin 2022 par la FFvélo si l'on prend l'exemple de cette fédération), pourraient permettre d'infléchir cette tendance.

De plus, certains clubs sportifs sont relativement peu visibles par les acteurs du sport-santé. Ces clubs sportifs sont incertains quant à la demande de sport-santé au sein de la population, ce qui pose alors la question de l'intérêt de développer plus durablement la formation en sport-santé de leurs moniteurs et monitrices. De même, il a été fait plusieurs fois mention du fait que peu de médecins prescrivait à leurs patient-es du sport sur ordonnance par méconnaissance du dispositif et des MSS. Cette tendance contribue en retour à accentuer la friilosité des clubs.



20. La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées a pour objectif de coordonner dans chaque département les actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus et leurs financements dans le cadre d'une stratégie commune.



Enfin, l'environnement et sphères sociales des publics vulnérables peuvent présenter des barrières pour la durabilité de la pratique du vélo et de la marche dans un parcours de sport-santé. Par exemple, l'UFOLEP, qui intervient souvent auprès de publics en vulnérabilité sociale, observe que malgré un enthousiasme initial pour le vélo, les personnes abandonnent la pratique en raison d'un manque de stationnement sécurisé à leur domicile (C. Malet, communication personnelle, 8 février 2023). Les enfants de ces foyers tendent à s'éloigner du vélo, peu ou pas utilisé par leurs familles et leurs pairs.

Les associations d'usagers et de promotion de la marche et du vélo au quotidien : une faible intégration dans les dispositifs de prescription d'activité physique sur ordonnance

L'intervention des associations d'usagers et d'usagers du vélo ou de la marche dans le champ de la santé et de la prescription reste inégale d'un territoire à l'autre. Cette section présente les initiatives menées par différentes typologies d'associations œuvrant à la promotion de la marche (Rue de l'Avenir, l'ADAL) et du vélo au quotidien (réseau FUB), dans le cadre de dispositifs nationaux, locaux ou de tiers lieux.

Une antériorité des associations pro-vélo dans le champ du handicap et un intérêt pour les enjeux sanitaires et d'inclusion

Une enquête menée par le réseau FUB en 2021 auprès de ses vélo-écoles soulignait l'intérêt et la projection des vélo-écoles sur la question du handicap. Sur les 98 structures interrogées, 24% évoquaient les actions et initiatives menées à destination des publics en situation de handicap, et les partenariats mis en place avec les acteurs du champ médico-social. En 2023, des questions relatives aux partenariats entre vélo-écoles et acteurs du champ de la santé sont ajoutées à l'enquête pour les besoins de cette étude.

Sur le panel de 122 vélo-écoles interrogées, un faible nombre accompagne des publics en lien avec une vulnérabilité sanitaire (14%) et seulement 8% dans le cadre d'un partenariat avec un établissement de santé ou une maison sport-santé. **En revanche, une très large majorité de répondant-es (87%) parmi les vélo-écoles du réseau FUB estime qu'il serait pertinent de développer à l'avenir des actions d'apprentissage de la mobilité à vélo pour des publics à qui de l'activité physique est médicalement prescrite ou conseillée.**

Ces résultats soulignent donc le caractère nouveau du sujet, et le faible nombre d'actions sport-santé mises en œuvre, mais un intérêt fort pour investir la thématique, notamment pour accompagner des publics vulnérables d'un point de vue sanitaire.

Dans le cadre de l'enquête ADMA auprès des MSS, 20 d'entre elles ont mis en place des partenariats avec des associations d'usagers et d'usagers œuvrant dans la promotion du vélo. Ces associations sont diverses : on retrouve des vélo-écoles, des associations FUB, mais également des tiers lieux, des associations à vocation sociale, entre autres.

À la différence des clubs et fédérations sportives, la majorité des partenariats entre les MSS (16 parmi les 20) et les associations concernent des actions évènementielles : tests, challenges, services de réparation, etc. Les actions d'apprentissage concernent néanmoins un nombre conséquent d'initiatives et de partenariats avec les MSS (13 sur 20). Les MSS insistent par ailleurs dans leurs réponses sur la diversité et le soutien que peuvent apporter les associations pour les aider à promouvoir et inscrire l'usage du vélo. À titre d'exemple, une MSS de Bretagne revient sur la diversité des rôles lors d'une action conjointe entre MSS, club sportif et association d'usagers et d'usagers vélos : cette dernière a apporté son appui sur une opération de marquage des vélos pour les protéger contre le vol, alors que des actions d'apprentissage étaient réalisées par un encadrant d'un club sportif. Une MSS en Pyrénées-Atlantiques évoque les ateliers et les actions de sensibilisation autour de la réparation de vélos, en parallèle de l'apprentissage.

Cette diversité d'actions souligne la multiplicité de partenariats possibles pour promouvoir la pratique d'une activité physique quotidienne avec le vélo. Plusieurs MSS reviennent sur la possibilité de mobiliser un budget « animation » pour des activités de prévention et de promotion d'une activité physique autonome autour du vélo.

Le rôle singulier de l'agence Écomobilité Savoie-Mont Blanc : un acteur des mobilités actives « pour faciliter la reprise d'activité-physique »

L'agence Écomobilité Savoie-Mont Blanc est une Société Publique Locale qui accompagne les collectivités locales de Savoie et de Haute-Savoie adhérentes, sur les enjeux de mobilité durable, notamment par le pilotage de projets, le conseil en mobilité, la gestion de service vélo, l'animation, et la sensibilisation.

Acteur de référence sur la promotion des mobilités actives, l'Agence s'est distinguée dès 2015 par le lancement d'initiatives sur l'apprentissage et/ou la remise en selle de publics à besoins spécifiques : malades chroniques, personnes âgées, publics en situation de handicap, etc. Ce rôle d'accompagnement des usagers, réseaux et établissements de santé s'est réalisé en lien avec la sensibilisation d'un éducateur mobilité vélo aux problématiques de santé, puis en 2018 par le recrutement d'une enseignante en APA, Sarah Grivey, dédiée aux activités d'apprentissage à destination de ce public. **C'est d'ailleurs à ce jour l'une des rares structures en France spécialisée sur les mobilités actives à avoir intégré une professionnelle de l'activité adaptée dans ses équipes.**

Comme évoqué précédemment, l'Agence est co-porteuse du dispositif « Bouger sur prescription » (BSP) du département de Savoie aux côtés du CDOS 73 (pilote) et de la maison des réseaux de santé de Savoie (co-porteuse).

Suite à la prescription d'activité physique (écrite ou orale) par les professionnel·les de santé, l'Agence met en place des actions auprès des bénéficiaires dans le cadre d'une orientation directe ou en partenariat avec des structures sociales, des établissements de santé, et le réseau des Enseignants d'Activité Physique Adaptée. On peut notamment citer les actions mises en place auprès de structures de soins de suite de réadaptation (SSR), en liens avec une association pour les femmes atteintes d'un cancer du sein (4S) et un réseau de prévention de l'obésité chez les adolescents (REPPPOP73).

L'accompagnement est réalisé via un nombre de séances adapté aux besoins. Cela peut aller de 1 à 4 séances pour les personnes qui ont besoin de se remettre en selle après une longue période d'arrêt de la pratique ou ayant besoin d'un approfondissement, à 10/12 séances pour les personnes qui n'ont jamais pratiqué et qui souhaitent apprendre

les bases de l'apprentissage du vélo, avec pour objectif : l'autonomisation dans les déplacements à vélo. Sur le public cible de la prescription d'activité physique, l'agence Écomobilité accompagne principalement les personnes atteintes d'une maladie chronique ou âgées de plus de 65 ans avec ou sans pathologie, avec environ **150 usagères et usagers accompagnés chaque année.**

La question de la pérennité de la pratique est un enjeu central pour les équipes de cette agence. C'est dans cette perspective, qu'en parallèle des actions d'apprentissage et de remise en selle, elle noue des partenariats avec les clubs locaux de la fédération française de cyclotourisme (FFVélo), pour que ces structures proposent des sorties adaptées au public santé. En effet, en lien avec le programme BSP, l'agence a sollicité les clubs de vélo de proximité, qui, après avoir accompagné quelques balades sur des groupes de remise en selle et fait connaissance avec ce type de public, ont pu mettre en place à leur tour des conventions de pré-accueil FFVélo au sein de leur club afin de proposer aux bénéficiaires du programme, 10 sorties vélo loisirs, gratuites de 20 à 30 km avec une progression significative. Pour Sarah Grivey, cette coordination entre les dispositifs d'accompagnement à la reprise d'activité physique et les clubs/associations proposant des activités de loisir, est un levier crucial face au risque de renoncement. Elle permet aux usagers de pérenniser la pratique de façon régulière et de favoriser l'autonomie à vélo lors des déplacements quotidiens. Dans ce sens, l'agence communique également auprès des bénéficiaires seniors sur les sorties de 8 à 15 km proposées par l'association « Roue Libre » en conservant un rôle de filtre et d'orientation des publics qui pourraient être intéressés par cette activité.

L'enseignante APA de l'agence Écomobilité a suivi un brevet d'initiation mobilité à vélo (IMV). Elle a également bénéficié de conseils et formations dédiées de la part de ses collègues « éducateur ou éducatrice vélo » ou « animateur ou animatrice mobilité ».

La majorité des actions sur le vélo-santé bénéficient de financements des collectivités actionnaires de la société publique locale en particulier de Grand Chambéry et Grand Lac, dans le cadre des politiques mobilité. Elle a pu également s'appuyer sur un financement FEDER durant 3 ans, sur ces deux territoires, ainsi que sur des financements de la conférence des financeurs, sur les territoires plus ruraux.



L'expérience « D-Marche » : un programme motivationnel pour promouvoir la marche au quotidien et l'adoption d'un mode de vie actif

Le programme D-marche initié par l'association ADAL (À la Découverte de l'Age Libre) naît du constat selon lequel les personnes âgées, aux modes de vie peu actifs, gagneraient à être remises en mouvement afin d'améliorer leur santé globale, dans ses dimensions physique, mentale, sociale et environnementale (O. Dailly, communication personnelle, 15 décembre 2022). **D-marche est un programme motivationnel qui incite les personnes à augmenter durablement leur pratique de la marche au quotidien, et à avancer progressivement vers la pratique d'une activité physique.** Il cherche ainsi à faire prendre conscience à des personnes n'ayant pas un niveau d'activité physique suffisant qu'elles pratiquent déjà une activité physique quotidienne en marchant, et à faire l'expérience des bénéfices que celle-ci peut leur procurer au quotidien.

Dans ce programme, les personnes assistent tout d'abord à une séance de sensibilisation impartie par un formateur ou une formatrice D-marche, puis reçoivent un kit D-marche composé notamment d'un podomètre qui leur permet de se fixer, d'atteindre et de faire évoluer leurs objectifs de pas à faire sur une durée déterminée (jour, semaine, mois) en toute autonomie. Les D-marcheurs peuvent partager leurs accomplissements au sein d'une communauté, au travers d'une plateforme numérique, ou simplement comparer leurs résultats avec des proches, s'inscrivant ainsi dans une **dynamique motivationnelle durable.**

À l'origine, le programme est issu du monde de la gériatrie et s'appuie sur des fonds d'innovation sociale. Cependant, l'ADAL diversifie progressivement le spectre des publics touchés par l'inactivité physique et mobilise des financements leur permettant

d'arriver jusqu'à eux, en s'inscrivant au service de projets de territoires sur des thématiques variées, dont celle de la santé. Actuellement, D-marche s'adresse également aux personnes atteintes de pathologies, les personnes retraitées, ou les salarié·es d'entreprise, et le programme est reconnu par Santé Publique France comme intervention probante en prévention et promotion de la santé.

Le succès du programme tient en grande partie aux liens étroits que l'ADAL tisse avec les acteurs socio-sanitaires, capables de relayer le programme auprès de leurs publics privilégiés et touchés par des facteurs de risque sanitaires. Ainsi, le programme s'appuie sur des partenariats avec des collectivités, des CCAS, des MSS, des maisons de santé pluriprofessionnelles, des établissements médico-sociaux, des caisses de retraite, mais aussi certaines fédérations sportives affinitaires, comme l'UFOLEP qui s'intéresse particulièrement aux enjeux d'inclusion et d'éducation populaire.

L'exemple du partenariat avec le Réseau Asalée, présent dans chaque département, semble particulièrement intéressant. Ce réseau permet d'accompagner des patients par un binôme de médecins d'un côté, et d'infirmières ou infirmiers délégué·es à la santé publique de l'autre. Or, les infirmières et infirmiers utilisent plus spontanément la marche avec leurs patient·es dans une perspective de promotion de la santé.

Enfin, le succès du déploiement du programme tient également à la diversité de provenance des formateurs et formatrices D-marche, qui incluent professionnel·les du sport, de l'activité physique et de santé (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, ostéopathes, psychomotriciens, infirmiers) ; autant de formateurs et formatrices en capacité d'essaimer et de développer ce programme motivationnel auprès de leurs publics privilégiés.





Les limites de l'implication des associations d'usagers dans le développement des dispositifs de prescription d'activité adapté

Plusieurs raisons expliquent les retards de déploiement des associations de promotion du vélo au quotidien dans les dispositifs de prescription d'activité physique.

Tout d'abord, les **enseignant-es en APA sont faiblement présent-es dans les structures d'usagers pro-vélo et pro-marche**. Cette faible présence nous renvoie à un certain cloisonnement entre ces deux secteurs : une méconnaissance des associations, de leur rôle et du champ des mobilités actives dans les formations universitaires STAPS APAS. En miroir, le champ de la prescription d'activité physique et les projets de promotion de la santé autour de l'activité physique sont relativement récents et peu connus par les associations militantes œuvrant dans la promotion de l'usage du vélo et de la marche.

Ensuite, à la différence des fédérations sportives, **on peut noter l'absence de modules de formation courte « vélo-santé » accessibles aux associations d'usagers et aux titulaires des brevet IMV et du CQP AMV**. Les formations généralistes « prescription sur ordonnance » dispensées par le CREPS, les comités régionaux olympiques et sportifs (CROS), sont également peu accessibles à ces typologies de formateurs, formatrices, éducateurs et éducatrices à la pratique du vélo. Ces deux barrières conjuguées freinent donc la capacité de ces associations à être référencées dans les plateformes régionales des DRAJES et ARS et à se projeter sur les actions d'accompagnement à la pratique liées au sport-santé et à la prescription d'activité physique sur ordonnance.

Enfin, **la faiblesse des financements des MSS et leur mise en place récente freinent un investissement plus conséquent autour d'actions de prévention en santé et de promotion de la pratique de l'activité physique**, au-delà de programmes d'activité encadrés sur plusieurs mois. Pour la pratique du vélo, des opportunités et partenariats pourraient émerger entre les associations locales œuvrant à son développement (aide à la réparation, évènements, balades et lien social) et les MSS, mais ces initiatives sont encore peu nombreuses.

Que nous indiquent ces résultats ?

Les résultats des questionnaires et entretiens réalisés par l'ADMA démontrent l'existence d'un intérêt partagé par les acteurs du sport-santé, du mouvement sportif et des mobilités actives pour renforcer leurs liens et développer des actions croisées.

Cet intérêt peine à s'intégrer de façon systématique dans les actions et dispositifs portés par les MSS d'une part, et les clubs sportifs et associations de promotion de la marche et du vélo d'autre part. Les initiatives exemplaires identifiées (encadrés pages 32, 33, 35 et 36) restent encore largement tributaires du volontarisme et de la sensibilité de certain-es enseignant-es APA ou responsables d'associations.

Cependant, les actions de formation portées par des fédérations sportives investies sur la marche et le vélo, et la cinquantaine d'initiatives d'apprentissage et de promotion des modes actifs identifiées au sein des MSS, ouvrent des opportunités pour une meilleure prise en compte de ces enjeux par les professionnel·les.

DES RECOMMANDATIONS

POUR DÉVELOPPER

la pratique du vélo et de la marche chez les malades chroniques et les publics à facteurs de risques

Dans cette dernière partie, les équipes de l'ADMA, en collaboration avec l'ONAPS, émettent quelques recommandations afin de renforcer la place de la marche et du vélo dans les dispositifs de prescription d'activité physique. Ces recommandations ont trait à la formation, l'évolution du cadre réglementaire et **la création de passerelles entre les champs sanitaires, sportifs et des mobilités actives.**

Elles s'appuient sur de récents rapports parlementaires (Juanico et Tamarelle-Verhaeghe, 2021; Zulesi & Baudry, 2022), les entretiens menés dans le cadre de cette étude et des besoins exprimés à travers les questionnaires diffusés auprès des MSS, du mouvement sportif et le réseau des vélo-écoles de la FUB. **Elles constituent des premières pistes de réflexion et de dialogue entre les acteurs des écosystèmes de la santé, du sport et des mobilités actives.**



Formation des professionnel·les et futurs professionnel·les

Dans le champ sanitaire et de l'APA



• Recommandation n°1 :

Former et sensibiliser aux bienfaits de la marche et du vélo, les professionnel·les de la santé, les réseaux de santé et les coordinations territoriales impliqués dans des dispositifs d'activité physique adaptée

Les professionnel·les de santé, tels que les **médecins généralistes et spécialistes, infirmières et infirmiers, masso-kinésithérapeutes et ergothérapeutes**, jouent un rôle clé dans le parcours de prescription d'une activité physique et le suivi des patient·es. Ils et elles peuvent notamment agir sur la prévention et l'accompagnement en amont, en dirigeant les patient·es vers l'exercice d'une activité physique quotidienne à pied ou à vélo. Pour cela, il serait utile de déployer des actions de de



sensibilisation sur les gains de santé associés à la pratique de la marche et du vélo et d'orienter les patient·es vers les dispositifs adaptés selon leurs profils et leurs facteurs de risque. Si la formation D-marche existe déjà pour ces publics sur le sujet de la marche, une formation analogue reste à créer pour le vélo. Le relai des dispositifs d'apprentissage de la mobilité à vélo, l'orientation vers la communauté D-marche, mais également la mise en valeur des écosystèmes et des panels de services vélos sur les territoires, sont fondamentaux.

• Recommandation n°2 :

Valoriser et faciliter l'accès aux formations initiation, brevets et diplômes comme le CQP AMV (Animateur Mobilité à Vélo) pour les professionnel·les de l'activité physique adaptée

Comme évoqué précédemment, la grande majorité des intervenant·es des MSS réalisant des actions d'apprentissage du vélo auprès de leurs publics n'ont pas suivi de formation courte ou longue sur cette mobilité (63% des MSS répondantes au questionnaire). L'expérience de l'association Mon Vélo Ma Santé en Gironde souligne l'opportunité d'accompagner les enseignant·es, éducateurs et éducatrices APA qui le souhaitent avec une formation d'initiation, ou plus, en fonction de leurs besoins.



• **Recommandation n°3 :**

Promouvoir le développement d'unités d'enseignement « activité physique quotidienne » dans les formations en STAPS APA, avec une attention spécifique à l'enjeu des déplacements et des mobilités actives

Une plus ample intégration de la marche et du vélo dans les formations universitaires est un levier clé pour accompagner un changement dans les politiques publiques et accompagner les publics les plus vulnérables. L'intégration de ces sujets dans des unités d'enseignement STAPS APA permettrait à ces futurs professionnel·les de mieux entrevoir les enjeux systémiques (comportementaux, apprentissage, services) pour pérenniser la pratique de la marche et du vélo chez les publics accompagnés.

Auprès du mouvement sportif et des associations d'usagères et d'usagers



• **Recommandation n°4 :**

Aider à la diffusion des formations « vélo santé », « rando santé » et « D-marche » auprès des fédérations sportives et associations locales

L'étude a permis d'identifier une difficulté à encadrer et/ou nouer des partenariats entre les MSS et les clubs sportifs, lorsque ces clubs présentent une forte orientation « compétitive ». Se pose dès lors l'opportunité d'accompagner et d'outiller plus largement les fédérations investies sur le sport-santé (moyens humains, financiers, vélos adaptés) vers la formation et l'accueil des publics avec des besoins spécifiques.

Il paraît également souhaitable de valoriser et d'essayer des formations de type « vélo / rando santé », et le dispositif D-Marche, au-delà des clubs sportifs pour toucher le plus grand nombre d'acteurs intéressés par ces apprentissages, notamment chez les professionnel·les de l'APA et les associations d'usagères et d'usagers du vélo intéressées.

• **Recommandation n°5 :**

Faciliter l'accès aux formations généralistes sur l'activité physique sur prescription aux titulaires du CQP AMV

Une facilitation de l'accès à aux formations généralistes sur l'activité physique sur prescription²¹ permettrait aux vélo-écoles disposant de salarié·es avec un CQP AMV et intéressé·es par l'activité physique adaptée, de pouvoir accueillir des publics orientés sur prescription dans les meilleures conditions. Le suivi de ces formations pourrait également faciliter le référencement dans les plateformes régionales des ARS/DRAJES de type prescriform' ou prescimouv', et les partenariats avec des MSS.

• **Recommandation n°6 :**

Relayer largement la formation sur l'usage des « vélos adaptés et vélos spéciaux » organisée par la FUB et Praxie Design

L'étude souligne à plusieurs reprises le besoin d'accompagner différents publics en fonction de leur âge, leur pathologie et leurs limitations fonctionnelles. À la fin de l'année 2023, des premières formations seront initiées à l'échelle nationale par la FUB et les équipes de Praxie Design²² pour mieux outiller les professionnel·les sur l'usage et l'encadrement de différents publics avec des limitations physiques et cognitives (cf p.26 de l'étude) à l'aide de vélos spéciaux et adaptés. Si les associations d'usagères et usagers pro-vélo sont concernées en première ligne par cette formation, les savoirs et contenus pourraient alimenter les pratiques de professionnel·les de l'APA dans les MSS, les établissements de santé et médico-sociaux, mais aussi des ETAPS et des acteurs du mouvement sportif.



Évolutions réglementaires, législatives et financières en faveur de la santé et de la promotion de la marche et du vélo

Pistes et débats d'évolutions législatives



• **Recommandation n°7 :**

Mettre en place un dispositif national pour financer plus largement la prescription d'activité physique, avec une attention spécifique aux activités physiques quotidiennes comme la marche et le vélo

Dans l'éventualité où un dispositif de financement en lien avec la LFSS ou un autre véhicule législatif serait

mis en place, il apparaîtrait déterminant d'intégrer des leviers de promotion spécifique de la marche et du vélo. Le rôle des mobilités actives est en effet moteur pour pérenniser la pratique d'activité physique des publics vulnérables ou avec facteurs de risques sur le long terme, au-delà des mois de pratique encadrée.

Pistes et débats d'évolutions réglementaires



• **Recommandation n° 8 :**
Inscrire plus largement la promotion de la marche et du vélo, et la notion « d'activité physique quotidienne et utilitaire » dans le rôle des MSS

La « promotion de modes de vie actifs » est intégrée dans l'actuel cahier des charges national de labélisation des MSS, comme l'une des missions leur étant attribuée. Cette mission n'est en revanche pas précisée dans le rôle des MSS, tel que défini dans le code de la santé publique (Article L. 1173-1).

Avec la déconcentration des critères d'habilitation au niveau régional, un nouvel arrêté ministériel conjoint des ministres de la santé et des sports, précisera les activités et modalités de fonctionnement des MSS. Se pose l'opportunité d'inscrire plus largement la promotion des activités physiques quotidiennes et des modes de déplacements actifs dans ce futur arrêté.

• **Recommandation n°9 :**
Inscrire le sujet de la promotion du vélo et de la marche auprès des 20 millions de Français atteints par une pathologie chronique ou un facteur de risque dans les plans nationaux sur la santé, l'autonomie et les mobilités actives

La 1^{ère} partie de l'étude a permis de revenir sur des liens peu nombreux entre mobilités actives et promotion de la santé dans les politiques publiques en France. Le sujet de l'accompagnement des 20 millions de Français avec une pathologie chronique et des facteurs de risque, vers l'usage de la marche et du vélo au quotidien pourrait s'appuyer sur des leviers d'actions conséquents grâce à une intégration explicite de ces modes dans les plans et stratégies nationales des champs sanitaires, de l'autonomie et des mobilités.

• **Recommandation n° 10 :**
Publier un nouvel arrêté relatif à la liste des certificats de qualification professionnelle autorisant la dispense d'activité physique adaptée en intégrant le CQP Animateur Mobilité à Vélo (AMV)

Les ministères des sports et de la santé ont défini, dans le cadre de l'arrêté interministériel du 19 juillet 2019, la liste des certifications de qualifications professionnelles (CQP) autorisant la dispense d'activité physique adaptée. Les titulaires de ces



21. De nombreuses formations sont dispensées par le CREPS de Vichy, certains comités régionaux et départementaux olympiques et sportifs, centres de formation privés, sur des formats allant de 12h à 48h. Ces formations sont accessibles pour l'ensemble des professionnels titulaires d'un brevet ou d'un diplôme fédéral, ainsi que les certificats de qualifications professionnelles inscrits à l'arrêté 19 juillet 2019.

22. Praxie Design est une entreprise coopérative spécialisée dans les champs de la santé et de design. Elle accompagne notamment des collectivités, associations et entreprises sur des actions de conseil, de formation sur le vélo et la marche à pied avec une attention spécifique sur les publics vulnérables : enfants, personnes âgées et vieillissantes, personne en situation de handicap, de précarité, etc.

certifications doivent en parallèle suivre un module de formation spécifique sur l'encadrement d'une activité physique adaptée, à la suite d'une prescription. En parallèle, le CQP AMV (Animateur Mobilité à Vélo), a depuis 2022 été inscrite à l'annexe II-1 du code du sport. La publication d'un nouvel arrêté intégrant cette certification constituerait un levier fort pour élargir le spectre des acteurs en capacité d'encadrer la pratique adaptée du vélo, et permettre aux titulaires du CQP AMV d'accéder aux formations généralistes « sur la prescription d'activité physique » (voir recommandation n°5).



Gouvernance et partenariats institutionnels



Avec les collectivités territoriales

• Recommandation n° 11 :

Faire émerger des services de location ou de prêt de vélos adaptés aux personnes ne pouvant pas utiliser un vélo classique, à l'échelle d'intercommunalités ou de départements

Cette mise à disposition et acquisition de flottes de vélos adaptés, avec des personnes en capacité d'accompagner et conseiller les publics sur les vélos répondant à leurs besoins et contraintes, pourrait être réalisée à l'initiative de collectivités territoriales (intercommunalités, départements et régions). Ces services

pourraient s'appuyer sur un système de location et/ou des conventions partenariales permettant de mutualiser les coûts et la gestion de la flotte. Ce travail serait pensé en lien étroit avec un ensemble d'acteurs locaux intéressés et investis sur ces thématiques (tels que des MSS, des établissements de santé, établissements médico-sociaux, des associations d'usagers et clubs sportifs).

Cette recommandation vient en écho des partenariats en cours sur le prêt de vélos et de VAE par des collectivités à destination de MSS déjà déployé dans de nombreuses agglomérations telles que Strasbourg et Épinal. Ces initiatives restent aujourd'hui encore ponctuelles et impliquent dans certains cas des vélos peu adaptés à la pratique de publics avec une vulnérabilité sanitaire, et la diversité des limitations fonctionnelles et cognitives abordées p.26. Elle pourrait être appuyée par des financements nationaux (ANS, interministériels) ou des appels à projet régionaux, entre autres.

• Recommandation n° 12 :

Renforcer la prise en compte éducative et psychosociale de la promotion de la marche et du vélo dans les activités des MSS

L'apprentissage et l'encadrement de la pratique de la marche et du vélo ne constituent pas les seuls leviers aux mains des professionnel·les de santé et de l'APA pour développer et pérenniser leurs usages. L'intégration plus systématique d'éléments sur la marche et le vélo dans les entretiens motivationnels



menés par les professionnel·les de l'APA d'une part, et la conduite d'actions évènementielles (sensibilisation, balade, conférence, atelier de réparation vélo ou de marquage) d'autre part, pourraient faciliter l'accompagnement des usagères et usagers sur un parcours global de santé et d'autonomisation.

Cette approche plus systémique de la pratique de la marche et du vélo permettrait aux MSS, aux clubs et collectifs d'usagères et usagers de travailler ensemble sur un ou plusieurs objets, en accord avec les spécificités locales et la diversité des projets associatifs.

• **Recommandation n°13 :**
Inciter les collectivités territoriales à accompagner et renforcer leur soutien aux actions d'apprentissage du vélo à destination des publics vulnérables

Les collectivités locales pourraient jouer un rôle dans la réduction des inégalités de santé et de pratique des modes actifs en intégrant plus largement les notions d'accompagnement des publics vulnérables dans les dispositifs, stratégies et plans. Parmi eux, se pose notamment l'intérêt d'intégrer des actions autour de l'apprentissage et la promotion des modes actifs dans les ateliers santé ville (ASV), les contrats locaux de santé (CLS). Et en miroir, de faire figurer plus largement la pratique des malades chroniques et publics avec facteurs de risques dans les plans marches ou les schémas directeurs vélos.

Entre l'écosystème du sport-santé et des mobilités actives



• **Recommandation n°14 :**
Renforcer les partenariats entre les acteurs de l'activité physique adaptée d'une part, et les associations d'usagers et clubs sportifs de l'autre, pour inscrire la pratique sur le long terme

Les interactions sociales et le sentiment d'appartenance à un groupe, une communauté, peuvent jouer un rôle clé pour répondre au défi de la pérennité de la pratique, au-delà de l'encadrement de l'APA.

La généralisation de conventionnements entre les professionnel·les de l'APA (tels que les MSS) et des associations et clubs locaux œuvrant en faveur du vélo pourrait constituer un débouché efficace à moyen et long terme, en s'inspirant des initiatives menées en Savoie (Encadré 3). Ces partenariats seraient pensés avec des associations d'usagères et d'usagers du vélo sur l'orientation des publics sport-santé vers des activités d'autoréparation, de balade et d'actions militantes. Des conventions pourraient également lier plus systématiquement les MSS avec des clubs locaux de

cyclisme, de cyclotourisme et des fédérations affinitaires pour accompagner la pratique parmi les publics et inscrire celle-ci dans la durée.

• **Recommandation n° 15 :**
Promouvoir les temps d'échange et d'apprentissage mutuels dans le cadre de congrès nationaux entre les écosystèmes du sport-santé, du mouvement sportif et de la promotion quotidienne de la marche et du vélo

Évènements liés aux Jeux Olympiques de Paris 2024, congrès nationaux de la FUB et des fédérations sportives, assises européennes du sport sur ordonnance : les occasions sont nombreuses pour favoriser les rencontres entre les acteurs des deux écosystèmes, promouvoir les initiatives exemplaires et les partenariats fructueux. L'inscription du lien entre les modes actifs et la santé à ces différentes occasions pourrait constituer un levier important de dialogue et de croisement des regards entre professionnel·les et bénévoles du sport-santé et des mobilités.



CONCLUSION

En tant qu'activité physique modérée et régulière, la pratique de la marche et du vélo offre nombre de bénéfices pour l'amélioration durable de la santé des populations, notamment de celles présentant des vulnérabilités sociales et des facteurs de risque sanitaires. Les stratégies nationales et dispositifs de prescription d'activité physique existant en France peinent pourtant à intégrer pleinement la marche et le vélo du quotidien en tant que pratiques promues et encadrées par les professionnel·les de l'activité physique adaptée. Cette déconnexion est évoquée par des acteurs du sport et de la promotion des mobilités actives, qui investissent encore peu le champ de l'accompagnement des malades chroniques et des publics avec facteurs de risque.

À partir d'une revue de littérature, de questionnaires à destination de maisons sport-santé et de vélo-écoles, ainsi que d'entretiens qualitatifs avec des acteurs des mobilités actives, du mouvement sportif et du champ socio-sanitaire, cette étude a permis de répondre à ses objectifs. Elle identifie des leviers d'action pour favoriser la pratique du vélo et de la marche chez les publics atteints par une pathologie chronique ou présentant des facteurs de risque sanitaires. Ces leviers prennent la forme d'une plus grande collaboration entre professionnel·les et bénévoles du sport-santé et des mobilités actives, qui

peuvent être renforcés à travers de la formation, des évolutions du cadre réglementaire, de plus amples financements et des partenariats entre acteurs de ces différentes sphères.

Cette étude a également permis de mieux expliciter les jeux d'acteurs dans le champ du sport-santé, de la promotion de la marche et du vélo et de rendre visible les premières initiatives et partenariats mis en place en Gironde, en Savoie, en Alsace et en région Auvergne-Rhône-Alpes. Ces initiatives gagneraient à être multipliées dans d'autres départements et régions françaises, en lien étroit et avec le soutien des ARS et des DRAJES. Enfin, le rôle des Maisons Sport-Santé est central. L'étude a permis de mettre en évidence leur attrait pour la promotion de la marche et du vélo, la diversité des actions mises en œuvre et leur rôle pivot dans la future mise en lien des publics à besoins spécifiques avec les acteurs de la promotion des modes actifs.

À notre connaissance, peu de travaux portant sur l'intégration des mobilités actives dans le sport-santé en France étaient accessibles aux acteurs déjà investis dans l'encadrement de l'apprentissage du vélo ou l'incitation à la marche d'une part, et aux acteurs de l'activité physique adaptée d'autre part. Avec cette étude, l'ADMA et l'Onaps ont souhaité contribuer au rapprochement entre ces écosystèmes et promouvoir une plus ample intégration des mobilités actives dans les parcours d'accompagnement de malades chroniques et de publics avec des facteurs de risque. Cette étude, et les 15 recommandations formulées, appellent de futurs travaux et discussions entre acteurs publics et associatifs des secteurs du sport, de la santé et des mobilités actives pour faire de la marche et du vélo de véritables leviers d'amélioration de la santé et du bien-être des populations.



SIGLES

ET ACRONYMES

ADMA - Académie Des Mobilités Actives

ALD - Affection Longue Durée

ANCT - Agence Nationale pour la Cohésion des Territoires

ANS - Agence National du Sport

APA - Activité Physique Adaptée

APAS - Activité Physique Adaptée et Santé

ARS - Agences Régionales de Santé

ASV - Atelier Santé Ville

BPJEPS - Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport

CLS - Contrat Local de Santé

CNOSF - Comité National Olympique et Sportifs Français

CPTS - Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CQP AMV - Certificat de Qualification Professionnelle « Animateur Mobilité à Vélo »

CROS - Comité Régional Olympique et Sportif

DEJEPS - Diplôme d'État de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport

DRAJES - Délégations Régionales Académiques à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports

DREES - Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ETAPS -Éducateurs territoriaux des activités physiques et sportives

EIS - Évaluation des Impacts sur la Santé

FFC - Fédération Française de Cyclisme

FFR - Fédération Française de Randonnée

FUB - Fédération des Usagers de la Bicyclette

FFVélo - Fédération Française de Cyclotourisme

HAS - Haute Autorité de Santé

HCSP - Haut Conseil de la Santé Publique

ICAPS - Intervention auprès des Collégiens centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarité

IMV - Initiateur Mobilité à Vélo

Inserm - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IREPS - Instance Régionale d'Éducation et de Promotion Santé

LFSS - Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MSS - Maison Sport-Santé

OMS - Organisation Mondiale de la Santé

Onaps - Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité

PMR - Personnes à Mobilité Réduite

PNNS - Programme National Nutrition Santé

PNSE - Plan National Santé Environnement

PRSE - Plans Régionaux Santé Environnement

PRSSB - Plans Régionaux Sport Santé Bien-être

SDES - Service des Données et Études Statistiques (du Ministère de la Transition Écologique et de la Cohésion des Territoires)

SNMCF -Syndicat National des Moniteurs Cyclistes Français

SRAE - Structure Régionale d'Appui et d'Expertise

SRAV - Savoir Rouler à Vélo

SSBE - Plan Sport Santé Bien-Être

SSR - Soins de Suites et de Réadaptation

UFOLEP - Union Française des Œuvres Laïques d'Éducation Physique



BIBLIOGRAPHIE

- ADMA (2022) Mieux bouger, c'est bon pour la santé.
- ADMA (2023a) Les acteurs de la marche.
- ADMA (2023b) Repenser nos déplacements et notre vocabulaire, quelle utilité ?
- Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (2021) La santé et le bien-être dans les quartiers en renouvellement urbain. Outils et méthodes pour des projets favorables à la santé.
<https://www.anru.fr/sites/default/files/media/downloads/sante-et-bien-etre.pdf>
- ANCT et Paris 2024 (2021) Guide du design actif
https://agence-cohesion-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/Guide_design_Actif-RVB_HD_version%20web.pdf
- ANSES (2022) Avis relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des adultes de 18 à 64 ans, hors femmes enceintes et ménopausées.
- Barton et Tsourou (2004) Urbanisme et santé
Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants
- Cabarbaye, D. (2023, avril 28) Mon vélo, ma santé.
[Communication personnelle]
- Cantoreggi (2010) Pondération des déterminants de la santé en Suisse.
- Celis-Morales, C. A., Lyall, D. M., Welsh, P., Anderson, J., Steell, L., Guo, Y., Maldonado, R., Mackay, D. F., Pell, J. P., Sattar, N., & Gill, J. M. R. (2017) Association between active commuting and incident cardiovascular disease, cancer, and mortality : Prospective cohort study. *BMJ*, 357, j1456
<https://doi.org/10.1136/bmj.j1456>
- Charles, M., Larras, B., Bigot, J., & Praznocy, C. (2019) L'activité physique sur prescription en France : État des lieux en 2019 Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité.
- Cheval, B., Darrous, L., Choi, K. W., Klimentidis, Y. C., Raichlen, D. A., Alexander, G. E., Cullati, S., Kutalik, Z., & Boisgontier, M. P. (2023) Genetic insights into the causal relationship between physical activity and cognitive functioning *Scientific Reports*, 13(1), Article 1
<https://doi.org/10.1038/s41598-023-32150-1>
- Chusseau, I. (2023, mars 17) Union française des œuvres laïques d'éducation physique.
[Communication personnelle]
- City of New York (2010). Active design guidelines : Promoting physical activity and health in design.
- CNOSF (2020) Médicosport-santé : Le dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives.
- Czaplicki et al. (2016) « Bouge ta santé à Clichy-sous-Bois » : Une approche intersectorielle de l'activité physique.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021) The Dahlgren-Whitehead model of health determinants : 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, 199, 20-24.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>
- Dailly, O. (2022, décembre 15). D-Marche.
[Communication personnelle]
- Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The Social Basis of Disparities in Health. In T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, & M. Wirth (Éds.), *Challenging Inequities in Health* (1re éd., p. 12-23) Oxford University Press New York.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195137408.003.0002>
- Ding, D., Mutrie, N., Bauman, A., Pratt, M., Hallal, P. R. C., & Powell, K. E. (2020). Physical activity guidelines 2020 : Comprehensive and inclusive recommendations to activate populations. *The Lancet*, 396(10265), 1780-1782.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32229-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32229-7)
- Dinu et al. (2019) Commuting and Multiple Health Outcomes : A Systematic Review and Meta-Analysis.
- Dusong, C. (2021) Les dynamiques de l'usage du vélo dans les espaces de banlieue : Continuités, décalages et ruptures. Université Paris-Est.
- EHESP (2014) Guide : Agir pour un urbanisme favorable à la santé.

EHESP et A-urba (2020) Le guide ISadOrA une démarche d'accompagnement à l'Intégration de la Santé dans les Opérations d'Aménagement urbain.

Favier-Ambrosini et Collinet (2021) La normalisation des pratiques dans les réseaux Sport-santé-bien être.

Favier-Ambrosini et Delalandre (2018) Les réseaux Sport Santé Bien-être : Un gouvernement par le chiffre.

FFRandonnée (s. d.-a) Formation Prescri'MarcheS. Consulté 27 avril 2023
<https://formation.ffrandonnee.fr/html/38/formation-prescri-marches>

FFRandonnée. (s. d.-b). Formation Santé. Consulté 27 avril 2023
<https://formation.ffrandonnee.fr/html/33/formation-sante>

Formations d'encadrement sportif disciplinaire – Pôle Formation Handisport. (s. d.). Consulté 28 avril 2023 <https://www.formation-handisport.org/structure/formation-dencadrement-sportif/>

France, & Institut national de la santé et de la recherche médicale (Éds.) (2014) Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. INSERM, Instituts thématiques.

Gioria, C. (2016) Étude d'évaluation sur les services vélos—Enquête sur les vélo-écoles (p. 26). INDDIGO. <http://www.ademe.fr/sites/default/files/assets/documents/etude-evaluation-service-velos-synthese-technique-ademe.pdf>

Guérandel, C. (2017) Une nouvelle catégorie des politiques d'« intégration par le sport » : Les « filles de cités ». *Sciences sociales et sport*, 10(1), 79-111. <https://doi.org/10.3917/rsss.010.0079>

Hancock, C. (2011). The benefits of physical activity for health and well-being. <https://silo.tips/download/the-benefits-of-physical-activity-for-health-and-well-being>

Haut Conseil de la Santé Publique (2018) Évaluation d'impacts sur la santé (EIS) sur les documents de planification territoriale.

Haute Autorité de Santé (2011) Développement de La Prescription de Thérapeutiques Non Médicamenteuses Validées.

Hess, Charreire et al. (2017) Active Mobility and Environment : A Pilot Qualitative Study for the Design of a New Questionnaire.



INJEP (2021) Profil et parcours d'insertion professionnelle des licenciés (bac + 3) de STAPS.

INSERM (2014) Synthèse expertise collective— Inégalités sociales activité physique et nutrition.

Ison (2012) Health Impact Assessment in a Network of European Cities.

Juanico et Tamarelle-Verhaeghe (2021) Rapport d'information sur l'évaluation des politiques de prévention en santé publique.

Jusot, F., Silva, J., Dourgnon, P., & Sermet, C. (2009) Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? *Revue économique*, 60(2), 385-411. <https://doi.org/10.3917/reco.602.0385>

Juste, N., Lannoy, A., & Birchen, J.-P. (2018) La mobilité des résidents des QPV dans les EMD. CEREMA

Katzmarzyk, P. T. (2010) Physical Activity, Sedentary Behavior, and Health : Paradigm Paralysis or Paradigm Shift? *Diabetes*, 59(11), 2717-2725. <https://doi.org/10.2337/db10-0822>

Koszowski, C., Gerike, R., Hubrich, S., Götschi, T., Pohle, M., & Wittwer, R. (2019). Active Mobility : Bringing Together Transport Planning, Urban Planning, and Public Health. In B. Müller & G. Meyer (Éds.) *Towards User-Centric Transport in Europe* (p. 149-171) Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-99756-8_11

La Gazette des Communes (2022a) « Que toutes les ARS et les CPAM cofinancent toutes les structures de sport-santé sur ordonnance... »

La Gazette des Communes (2022b) Sport-santé sur ordonnance : Les acteurs espèrent un effet JO.

Labellisation Cyclisme Santé. (s. d.). Fédération Française de Cyclisme Consulté 1^{er} février 2023 <https://www.ffc.fr/labellisation-clubs-cyclisme-sante/>

Lamarque, M. (2023, février 9). Fédération Française de Randonnée [Communication personnelle]

Le Corguillé Boutte, L. (1^{er} février 2023) Fédération française de cyclisme [Communication personnelle]

Les vélo-écoles en chiffres Fédération française des usagers de la bicyclette (s. d.) Consulté le 28 avril 2023 <https://www.fub.fr/velo-ecole/je-souhaite-apprendre-faire-velo/velo-ecoles-chiffres>

Malet, C. (2023, février 8) Union française des œuvres laïques d'éducation physique [Communication personnelle]

Martin, A., Goryakin, Y., & Suhrcke, M. (2014) Does active commuting improve psychological wellbeing ? Longitudinal evidence from eighteen waves of the British Household Panel Survey. *Preventive Medicine*, 69, 296-303. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.08.023>

Ministère des solidarités et de la santé. (2015) Plan National Santé Environnement 3 (2015-2019)

Ministère des solidarités et de la santé (2019) Programme National Nutrition Santé 2019-2023.

Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques (2022a) Évaluer les impacts socio-économiques du sport-santé en France.

Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques (2022b) Le réseau des Maisons Sport-Santé poursuit son développement.

Ojiambo, R. M. (2013). *Physical Activity and Well-being : A Review of the Health Benefits of Physical Activity on Health Outcomes.*

ONAPS (2019) L'activité physique sur prescription en France : État des lieux en 2019.

Organisation Mondiale de la Santé (2022) Global status report on physical activity 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Pages, J., & Brutel, C. (2021) La voiture reste majoritaire pour les déplacements domicile-travail, même pour de courtes distances—Insee Première. Insee Première, 1835 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5013868>

Park, J. H., Moon, J. H., Kim, H. J., Kong, M. H., & Oh, Y. H. (2020). Sedentary Lifestyle : Overview of Updated Evidence of Potential Health Risks. *Korean Journal of Family Medicine*, 41(6), 365-373. <https://doi.org/10.4082/kjfm.20.0165>

Praxie Design et Métropole Grand Lyon (2020) Faire du vélo à tous les moments de la vie : carnet d'information sur la diversité des vélos

Rabatel, B. (2022, décembre 21) Formations à l'encadrement de l'apprentissage du vélo [Communication personnelle]

Réseau français Villes-Santé (2023) Alimentation saine et activité physique : Les villes et intercommunalités actrices en promotion de la santé.

Rue de l'avenir (2021) Sédentarité, mobilités actives et santé : Comment développer des actions stimulant l'activité physique ?

SDES (2021) Résultats détaillés de l'enquête mobilité des personnes 2019. Ministère de la Transition écologique et de la cohésion des territoires. <https://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/resultats-detailles-de-lenquete-mobilite-des-personnes-de-2019>

UFOLEP, A. (s. d.) À Mon Rythme Consulté le 8 février 2023 <https://www.ufolep.org/?-titre=a-mon-rythme&mode=dispositifs-publiques&id=148999>

Vélo & Territoires (2023) Analyse des données de fréquentation cyclable 2021. https://www.velo-territoires.org/wp-content/uploads/2023/02/2023_01_27_Rapport_PNF_2021.pdf

Viguié, N. (2022, décembre 21) Fédération française des usagers de la bicyclette [Communication personnelle]

Zulesi, J.-M., & Baudry, S. (2022). Marcher, bouger, pédaler ! 21 propositions pour maintenir l'autonomie et vivre en bonne santé.



MARCHE, VÉLO ET SPORT-SANTÉ :

vers de nouvelles alliances
dans les territoires

Étude technique - Juin 2023