

Enquête nationale sur la pratique d'activités physiques et la sédentarité des adultes en situation de handicap vivant à domicile en France



Bilan de la phase quantitative - Juin 2023

Soutenu par

EDITO

La stratégie nationale sport et handicaps 2020-2024 et la perspective des Jeux Olympiques et Paralympiques 2024 placent l'activité physique et sportive au cœur des politiques publiques. La pratique d'activité physique et sportive doit être un droit pour tous.

L'activité physique ainsi que la diminution du temps passé en position assise (quand le handicap le permet) sont nécessaires à la santé des personnes en situation de handicap, que le handicap soit physique ou mental. Les données scientifiques montrent de façon incontestable les bénéfices d'une activité physique régulière sur la mortalité globale et le risque de développer des maladies chroniques chez les personnes en situation de handicap. En fonction du type de handicap, de son ancienneté, de son importance, de la présence ou non de co-morbidités, l'activité physique et sportive peut être pratiquée de façon autonome ou adaptée, et si nécessaire encadrée par des professionnels formés. La Haute Autorité de Santé (HAS) prépare un guide de prescription de l'activité physique pour aider les médecins à prescrire l'activité physique chez les personnes en situation de handicap. Si les bénéfices étaient mieux connus à la fois des professionnels de la santé, des professionnels de l'activité physique et sportive, des collectivités locales, des politiques...mais aussi des personnes en situation de handicap, on peut gager que le nombre de pratiquants serait beaucoup plus important. Connaître les bénéfices de l'activité physique est un levier important pour favoriser la pratique de l'activité physique. C'est aussi un enjeu majeur de santé publique. Pour lever les barrières à la pratique de l'activité physique, il apparaît aussi crucial de connaître l'opinion des personnes en situation de handicap. C'est la raison de cette enquête. En effet, à ce jour, trop peu de travaux permettent de disposer de données sur leurs comportements et habitudes dans ce domaine ainsi que sur les principaux freins et leviers à la pratique dans cette population.

L'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (Onaps) et la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) se sont mobilisés pour réaliser une étude, qui au-delà de l'état des lieux des pratiques, vise à identifier les freins et les leviers ainsi que les situations favorables pour permettre aux personnes en situation de handicap de pratiquer des activités physiques et sportives. Cette étude a été possible grâce au soutien du Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques, de l'Agence Nationale du Sport et du Comité Paralympique et Sportif Français.

L'étude s'intéresse aux adultes en situation de handicap vivant à domicile, population peu étudiée et difficile à appréhender, et à toutes les situations de handicap afin de couvrir la diversité des problématiques rencontrées. Le champ de l'étude ne se restreint pas uniquement à la pratique d'une activité sportive mais à l'activité physique au sens large et à la sédentarité, englobant les activités du quotidien qu'elles soient domestiques, professionnelles, liées au transport ou de loisir.

Premier projet porté en collaboration par la Fnors et l'Onaps, il s'appuie sur la complémentarité des équipes mobilisées : l'expertise de l'Onaps sur la thématique de l'activité physique et sportive et la sédentarité et l'expertise du réseau des ORS, mobilisé par la Fnors, sur la santé des populations allié à leur connaissance de leurs territoires. Il propose également une combinaison de méthodologies avec une première phase quantitative réalisée auprès d'un échantillon de personnes en situation de handicap dont les résultats guideront la réalisation d'une seconde phase, qualitative, destinée à mettre en perspective les freins et leviers identifiés avec des éléments issus des parcours de vie des personnes.

Pour être au plus près de la population ciblée, cette première phase quantitative s'est appuyée sur la mobilisation d'acteurs de terrain aux profils variés (structures institutionnelles, structures de services, associations ...) qui ont été les relais pour la diffusion des questionnaires et atteindre les personnes en situation de handicap dans leur milieu de vie habituel.

Les résultats de cette phase quantitative mettent en évidence une nécessaire adaptation des possibilités de pratique en fonction des déficiences, de l'âge et du genre, du caractère inné ou acquis du handicap et poussent à une attention accrue auprès de différents profils de personnes en situation de handicap. L'identification de profils plus à risques d'inactivité physique ouvre des pistes de réflexion et surtout d'actions à envisager de façon urgente, car comme l'écrit l'Inserm dans son dernier rapport sur les effets de l'activité physique sur la santé, la non pratique de l'activité physique est une perte de chance.

La diffusion des résultats de la première phase est pour nous l'occasion de remercier nos partenaires et financeurs, les membres du Groupe de travail et du Comité de Pilotage ainsi que toutes les structures mobilisées pour relayer l'enquête et bien sûr l'ensemble des personnes qui ont accepté de participer à l'enquête.



Bernard LEDÉSERT
Président de la Fnors



Martine DUCLOS
Présidente de l'Onaps

A handwritten signature in blue ink, consisting of several fluid, overlapping strokes.

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized initial 'M' followed by several loops and a long horizontal stroke.

SOMMAIRE

Edito à deux voix	2
Sommaire.....	4
Glossaire	5
Synthèse du document.....	6
Contexte du projet.....	6
Tendances générales	7
Une attention spécifique à porter à certaines populations.....	8
Conclusion.....	11
Contexte et objectifs.....	12
Contexte	12
Partenaires du projet.....	12
Objectifs.....	13
Méthodologie.....	15
Territoire de l'étude.....	15
Population de l'étude	15
Outils de recueil des données	16
Modalités de passation	16
Méthodologie statistique	17
Méthodologie d'analyse	17
Phase quantitative : description de l'échantillon	19
résultats.....	20
Contextes de pratique.....	20
Niveaux d'activité physique	21
Durée.....	22
Fréquence	22
Intensité.....	23
Freins à la pratique d'activités physiques et sportives.....	24
Leviers à la pratique.....	27
Comportements sédentaires	28
Perception de la santé	29
Une pratique d'activités physiques libres genrée et des freins différents selon le sexe.....	30
Une pratique qui diminue avec l'avancée en âge	33
Des comportements actifs et sédentaires qui diffèrent selon la période d'acquisition du handicap.....	35
Une attention particulière à porter aux personnes ayant un handicap moteur ainsi qu'a celles ayant un trouble du psychisme	38
Des freins et des leviers spécifiques aux personnes utilisant un fauteuil roulant.....	40
Des comportements actifs et sédentaires différents selon le niveau de diplôme.....	42
Des profils plus a risque.....	46
BIBLIOGRAPHIE	48
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	49

GLOSSAIRE

Activité physique : mouvements corporels produits par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique au-dessus de la dépense de repos. Elle est déterminée par différents paramètres : sa durée, son intensité, sa fréquence, son type et son contexte (professionnel, de déplacement, domestiques - bricolage, jardinage, ménage, etc. - ou de loisirs). Elle intègre donc la pratique sportive : on parlera dans le rapport d'activité physique ou sportive (APS).

Pratique structurée : activité physique ou sportive pratiquée dans un club, une association, une structure sportive privée.

Pratique libre : activité physique ou sportive indépendamment d'une participation à une structure.

Pratique encadrée : activité physique ou sportive encadrée par un intervenant (professionnel ou bénévole), que ce soit au sein d'une structure sportive ou associative, ou encadrée par des bénévoles.

Pratique non encadrée : activité physique ou sportive non encadrée par un intervenant (pratique sportive libre, promenade, jeux avec les enfants/famille/amis).

Pratique fédérée : pratique réalisée dans le cadre d'une inscription à une fédération sportive.

Sédentarité : situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique proche de la dépense énergétique de repos en position assise ou allongée. Elle correspond ainsi au temps passé en position assise ou allongée dans la journée, hors temps de sommeil.

SYNTHESE DU DOCUMENT

CONTEXTE DU PROJET

Les bénéfices de la pratique d'activités physiques et sportives (APS) pour les personnes en situation de handicap (PSH) sont bien documentés mais les connaissances relatives aux niveaux d'activité physique et de sédentarité ainsi qu'aux principaux freins et leviers à la pratique pour cette population restent faibles. De ce défaut d'éléments de diagnostic résultent des initiatives encore limitées en faveur de la pratique d'APS chez les PSH. Dans ce contexte, l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (Onaps) et la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) se sont associés dans le cadre d'un projet visant à améliorer les connaissances sur les niveaux d'activité physique et de sédentarité et sur la caractérisation des pratiques physiques et sportives des PSH vivant hors établissements sociaux et médico-sociaux en France. Soutenus par le ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques, le Comité Paralympique et Sportif Français et l'Agence Nationale du Sport, ces travaux viennent compléter les différents travaux menés au niveau national auprès de cette population et alimenter la Stratégie nationale sport et handicaps 2020-2024.

Ce projet s'articule autour d'une phase quantitative et d'une phase qualitative, et est déployé à l'échelle nationale sur cinq départements : l'Ille-et-Vilaine, la Moselle, l'Eure, la Corrèze, et la Réunion. Dans le cadre de la première phase, notamment grâce à la mobilisation de 300 structures proches de la population cible, 656 PSH âgées de 20 à 59 ans et ne résidant pas dans un établissement médico-social ont répondu à un questionnaire auto-administré entre janvier et avril 2022. L'obtention de ces réponses a permis de dresser un portrait des niveaux d'activité physique et de sédentarité de ces répondants, d'identifier les freins et les leviers à leur pratique d'APS et d'établir les relations entre l'activité physique pratiquée et la santé perçue. La phase qualitative est en cours de construction et n'est pas présentée dans cette synthèse.

Parmi l'ensemble des répondants, 62 % ont répondu seuls au questionnaire, 30 % avec l'aide d'un accompagnant et 8 % par l'accompagnant uniquement (le questionnaire était décliné sous une version permettant à un accompagnant de répondre lorsque la PSH était en incapacité de comprendre ou répondre aux questions).

TENDANCES GENERALES

De manière générale, les données mettent en lumière plusieurs constats. Le premier concerne les niveaux d'activité physique. Ainsi, parmi les PSH ayant répondu à l'enquête, 34 % ne pratiquent aucune activité physique ou sportive. Les pratiques structurées (club, structure privée, avec coach), et notamment fédérées au sein de fédérations sportives agréées, sont faibles (respectivement 34 % et 18 %) tandis que les pratiques indépendantes à toute structure, ou pratiques libres, sont les plus plébiscitées (52 %). La fréquence des APS reste faible, alors même que la régularité de la pratique est primordiale en termes de santé. De même, les activités physiques et sportives pratiquées sont majoritairement d'intensité faible à modérée, liées aux déplacements utilitaires effectués en modes de transports actifs (marche, vélo...), à des activités physiques domestiques (bricolage, jardinage, tâches ménagères...), et à des activités « simples » et facilement accessibles (marche / promenade). Les activités physiques et sportives encadrées permettent d'augmenter l'intensité des pratiques, mais ces pratiques restent limitées pour les répondants.

Au regard de la pratique d'APS, divers freins sont évoqués par les répondants, en particulier les douleurs et la fatigue (33,9 % des répondants), mais aussi le manque d'informations sur les équipements sportifs ou les offres adaptés à leur handicap (24,6 %), ou les lieux de pratique trop éloignés de leur domicile (24,1 %). L'absence de connaissances avec qui pratiquer et le manque de motivation sont des freins plus fréquemment retrouvés chez les personnes n'ayant aucune pratique (respectivement 32,3 % et 33,6 %) que chez celles ayant une pratique structurée et/ou libre. Le coût d'achat de matériel adapté est un frein pour environ un quart des personnes ayant besoin d'un tel matériel pour pratiquer leurs activités physiques lors des déplacements, pour la pratique encadrée, la pratique non encadrée, et la pratique domestique. Concernant les leviers, il s'agira, selon les types de pratique, du plaisir procuré par l'APS (32,5 % des répondants), de l'évacuation du stress / de l'anxiété (31,9 %), mais aussi de la création et l'entretien de liens sociaux (23,9 % des répondants). La possibilité de transporter du matériel adapté apparaît également comme un levier (21,4% des répondants pratiquant de manière libre et structurée). A noter que la moitié des répondants (50,9 %) ont indiqué n'identifier aucun levier à leur pratique d'APS, ce qui montre la difficulté pour ces personnes de se projeter dans la mise en place d'une activité physique ou sportive.

Concernant la sédentarité, les répondants utilisant un fauteuil roulant « jamais » ou « peu souvent » déclarent environ 6,1h en position assise ou allongée (hors sommeil) les jours de travail et 4,5h les jours de repos¹. Lors de ces jours de repos, le temps passé à des activités

¹ Attention : d'une manière générale, le recueil de données par questionnaire sous-estime les durées passées à des comportements sédentaires.

sédentaires lors des loisirs augmente par rapport aux jours travaillés, notamment devant des écrans. Plus cette durée est élevée, plus la durée d'APS est faible.

Les personnes qui ne pratiquent aucune APS ont une perception de leur santé plus faible que celles en pratiquant une. Ceux pratiquant une APS de manière structurée et libre ont, quant à eux, une meilleure santé perçue. De même pour les personnes ayant identifié des freins à la pratique d'APS, qui ont une santé perçue plus faible que celles n'en ayant pas identifié. Par ailleurs, le temps d'écran est un facteur de vigilance vis-à-vis de la perception de la santé. En effet, plus les personnes regardent les écrans, moins elles s'estiment en bonne santé.

UNE ATTENTION SPECIFIQUE A PORTER A CERTAINES POPULATIONS

L'analyse des données révèle également une nécessaire adaptation des possibilités de pratique en fonction des déficiences, de l'âge et du sexe, et poussent à la vigilance concernant différents profils. Chez les femmes, la pratique d'une APS libre est moindre que chez les hommes (pratique indépendamment d'un club, d'une association ou d'une structure sportive privée) alors que les activités physiques domestiques (bricolage, jardinage, ménage, etc.) sont plus fréquentes. Par ailleurs, 73,4 % des femmes estiment avoir des freins à la pratique d'APS contre 59,0 % des hommes.

Concernant le lien entre l'âge et la pratique d'APS, plus les personnes répondantes avancent en âge, moins elles pratiquent une APS structurée. Le temps d'APS hebdomadaire passe notamment de 4,8h pour les 20-29 ans à 4,0h pour les 50-59 ans. La fréquence des activités physiques domestiques a, quant à elle, tendance à augmenter avec l'âge. Par ailleurs, le souhait de pratiquer certaines activités augmente (notamment la marche, les activités de la forme, la gymnastique et la danse), même si ces activités sont perçues comme étant moins adaptées au handicap avec l'avancée en âge. Concernant les sports collectifs et de combat, l'effet inverse est observé puisque les personnes plus âgées les plébiscitent moins. L'intensité perçue de l'APS est également plus élevée avec l'âge. Les douleurs physiques liées au handicap d'une part, et la peur de se blesser d'autre part, sont davantage évoquées comme freins à la pratique avec l'avancée en âge, surtout à partir de 40 ans : ces deux freins sont rencontrés respectivement chez 24,5 % et 9,2 % des 20-29 ans ; contre 27,2 % et 14,6 % des 30-39 ans, et 38,6 % et 25,4 % des plus de 40 ans. Enfin, les personnes les plus âgées ont une perception de leur santé globale, de leur condition physique, de leur poids et de leur sommeil plus faible que les plus jeunes.

Si le sexe et l'âge des répondants ont tendance à influencer la pratique d'APS, la période d'acquisition du handicap apparaît également comme un déterminant à cette pratique. En effet, la proportion de personnes n'ayant aucune pratique est plus importante chez celles ayant un handicap acquis (40 % contre 26,1 % pour celles ayant un handicap inné). Par ailleurs, lorsque le handicap est acquis tardivement, seuls 22,4 % des personnes ayant un handicap acquis entre 12 et 18 ans et 28,4 % après 18 ans ont une pratique d'activités physiques ou sportives structurée. La durée de pratique varie également puisque les personnes ayant un handicap inné ont une durée de pratique encadrée hebdomadaire plus importante que celles ayant acquis un handicap au cours de leur vie. De la même manière, plus le handicap est présent tôt, plus la perception de l'état de santé global, de la condition physique, du poids, du sommeil et de l'état de stress est bonne. Enfin, davantage de freins à la pratique d'APS sont évoqués lorsque l'acquisition du handicap est plus tardive.

En termes de typologie du handicap, on observe également que la proportion de PSH n'ayant aucune pratique est plus élevée pour les personnes ayant un handicap moteur, et dans une moindre mesure pour les personnes ayant un trouble du psychisme. Les personnes présentant un handicap psychique ont tendance à moins pratiquer des APS structurées. Concernant les APS libres, une pratique moindre est à noter chez les personnes présentant un handicap moteur. Par ailleurs, les freins et leviers à la pratique varient en fonction du type de handicap. Concernant le niveau de sédentarité les jours de repos, les personnes ayant une déficience intellectuelle et les personnes ayant des troubles psychiques déclarent passer plus de temps assis que l'ensemble des autres répondants. Enfin, les personnes ayant la meilleure perception de leur santé sont les personnes avec une déficience intellectuelle et celles avec une déficience sensorielle.

Lorsque les personnes répondantes utilisent un fauteuil roulant, leur durée d'APS encadrée est plus importante que chez les autres répondants. Les freins à la pratique d'APS les plus évoqués par les personnes ayant un usage régulier d'un fauteuil roulant concerne les difficultés de déplacements dans l'espace public (aménagements inadaptés, dépendance à une personne pour se déplacer) (42,5 %), le manque d'informations sur les équipements ou les offres adaptés à leur handicap (37,0 %) et les douleurs physiques / fatigue liées à leur handicap (35,6 %). De la même manière, certains leviers sont davantage évoqués chez les personnes ayant « souvent » ou « tout le temps » l'usage d'un fauteuil roulant, comme l'existence de matériel adapté au handicap ou la possibilité de pratiquer une APS avec des personnes « valides ».

Enfin, les inégalités sociales de santé restent ancrées puisque les PSH les moins diplômées ont une pratique d'APS plus faible. Ce constat est d'autant plus problématique que la part de PSH ayant un faible niveau de diplôme dans l'échantillon est élevé (58 % des répondants ont un niveau inférieur au Bac). Plus le niveau de diplôme est élevé, plus la durée de pratique non encadrée hebdomadaire est élevée et plus le temps passé assis au travail et le temps d'écran

les jours travaillés sont importants. A noter que pour la sédentarité, ce constat pourrait en partie être expliqué par les emplois occupés par les personnes plus diplômées (non spécifique aux PSH). En revanche, la pratique d'activités physiques dans le cadre du travail est plus importante chez les personnes à faible diplôme, mais il est à noter que des APS comme soulever des charges lourdes ou faire des mouvements répétitifs peuvent entraîner des douleurs physiques à court ou à long terme.

De la même manière, il existe un lien entre le niveau de revenus et les comportements sédentaires. Les jours de travail, la durée passée en position assise est plus importante chez les personnes ayant un niveau de revenus élevé (7,3h/j) que chez les personnes ayant un niveau de revenus faible (4,2h/j). Concernant les freins et ce, quel que soit le niveau de diplôme, le frein majoritaire à la pratique d'APS est la fatigue et/ou les douleurs physiques liées au handicap. Les PSH les plus diplômées sont celles qui évoquent le plus souvent l'ensemble des freins identifiés. A l'inverse, les moins diplômés sont ceux qui évoquent moins l'ensemble de ces freins. De la même manière, les personnes ayant un niveau de diplôme bac+2 ou plus identifient plus facilement l'ensemble des leviers tandis que les moins diplômés sont moins nombreux à les identifier. Enfin, la perception de la santé globale, de la condition physique et de la qualité de sommeil est globalement meilleure pour les personnes avec un emploi comparativement à celles qui n'en ont pas.

Des analyses statistiques multivariées ont également été menées pour rechercher des profils de personnes pouvant être à risque d'une moindre pratique d'APS. Elles ont permis d'obtenir des résultats particulièrement riches.

A partir de l'échantillon de l'étude, l'analyse a permis d'identifier **deux profils de personnes les plus à risque de ne pas pratiquer d'activité physique structurée** :

- Les personnes ayant le plus de caractéristiques parmi les suivantes (par ordre d'importance) : avoir un handicap moteur / avoir un handicap acquis après 18 ans / avoir 40 ans ou plus / être une femme.
- Les personnes regroupant le plus de caractéristiques parmi les suivantes (par ordre d'importance) : avoir un trouble du psychisme / avoir un handicap acquis entre 12 et 18 ans / être sans emploi / être un homme.
-

Les individus étant **le plus à risque de ne pratiquer ni activité physique structurée, ni activité physique libre**, d'après l'échantillon, sont ceux qui regroupent le plus de caractéristiques parmi les suivantes (par ordre d'importance) : avoir un handicap moteur / avoir un handicap acquis après 18 ans / avoir entre 40 -49 ans / être une femme.

CONCLUSION

La première phase de ce projet, menée conjointement par l'Onaps, la Fnors et les ORS, permet d'établir des premiers constats sur les niveaux d'activité physique et de sédentarité, les freins et les leviers à la pratique d'APS et la perception de la santé des PSH vivant hors établissement médico-social sur le territoire français. Les données recueillies mettent en avant une inactivité physique encore présente chez un certain nombre de répondants et nous poussent à la vigilance et à l'adaptation de l'offre et de l'accessibilité à la pratique envers les publics les plus éloignés de la pratique. Le sexe, l'âge, l'utilisation d'un fauteuil roulant, le type de handicap, sa période d'acquisition et les diplômes / revenus se révèlent être des facteurs d'influence des modes de vie, aussi bien des comportements actifs que sédentaires. La seconde phase de ce projet permettra, à travers des entretiens individuels, de compléter ces données et d'apporter un regard plus précis sur les représentations des personnes handicapées vis-à-vis de leur handicap et de la pratique d'APS.

CONTEXTE ET OBJECTIFS

CONTEXTE

Les bénéfices de la pratique d'activités physiques et sportives (APS) pour les PSH sont bien documentés, notamment sur l'amélioration de l'autonomie de mouvement pour les personnes ayant un handicap physique, sur les comportements et l'équilibre corporel pour celles ayant un handicap mental, et sur la rupture de l'isolement social et la réappropriation d'une image corporelle positive (Vendelin, 2018).

Les initiatives en faveur du développement de la pratique d'APS pour ce public demeurent encore assez isolées. Cette lacune est corrélée à un manque de connaissances sur les pratiques, les freins et les leviers pour cette population (notamment chez ceux qui en sont le plus éloignés), rendu difficile par la diversité des handicaps et la difficulté à toucher cette population.

Aujourd'hui, le développement des activités physiques et sportives inclusives pour les PSH est une priorité des politiques publiques et l'amélioration de la connaissance des principaux freins et leviers à la pratique des APS des PSH constitue un axe important de la Stratégie nationale sport et handicaps 2020-2024.

Ce projet vient compléter les différents travaux menés au niveau national auprès de cette population (CNSA, 2021; Collinet et al., 2019; CPSF, 2020; Fondation FDJ, 2015; Pôle Ressources National Sport et Handicaps, 2018).

Il répond à un double besoin d'amélioration des connaissances sur les pratiques d'APS et les déterminants à la pratique des PSH vivant hors établissement social ou médico-social, notamment les moins captifs ; et d'orientation des politiques publiques pour développer l'offre d'APS pour ces publics. Le projet est organisé en deux phases : une première, quantitative, présentée dans ce rapport, et une seconde, qualitative, faisant suite à la première.

PARTENAIRES DU PROJET

Les porteurs du projet sont :

- L'Onaps, Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité.
- La Fnors, Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, et cinq ORS (Observatoires régionaux de la santé), des régions Bretagne, Normandie, Grand-Est, Nouvelle-Aquitaine, La Réunion.

Les partenaires financiers associés au projet sont :

- Le ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques.
- Le Comité Paralympique et Sportif Français.
- L'Agence Nationale du Sport.

Le comité technique du projet est composé des porteurs du projet et des partenaires financiers.

Le comité de pilotage du projet est composé des porteurs du projet, des partenaires financiers ainsi que les acteurs suivants issus des champs du handicap et de l'activité physique et sportive : Fédération Française Handisport (FFH), Fédération Française du Sport Adapté (FFSA), Fédération Française de Triathlon (FFTRI), Fédération Française d'Aviron, Assemblée des Départements de France (ADF), Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire (INJEP)/ Mission Enquêtes, Données et Etudes Statistiques (MEDES), Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH), Association des Paralysés de France (APF France Handicap), Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), Fédération des aveugles visuels en France.

OBJECTIFS

Afin de répondre aux objectifs fixés pour l'étude, une méthodologie mixte est mise en œuvre. Elle s'appuie sur deux phases complémentaires :

- Une phase quantitative par questionnaires auto-administrés.
- Une phase qualitative par entretien semi-directif individuels et / ou collectifs.

Le présent rapport fait état de la première phase d'investigation, quantitative.

L'étude a pour objectif général d'améliorer les connaissances sur l'activité physique, la sédentarité et sur la caractérisation des pratiques physiques et sportives des PSH vivant hors établissements sociaux et médico-sociaux en France.

Ce rapport restitue les résultats de l'enquête quantitative qui a pour objectif de dresser un état des lieux sur l'activité physique et la sédentarité des PSH.

L'enquête s'est articulée autour de quatre objectifs spécifiques :

- Identifier les niveaux d'activité physique et de sédentarité des PSH.
- Identifier les freins et les leviers à la pratique physique et sportive de cette population.
- Identifier les liens entre ces freins et ces leviers.
- Etablir les relations entre activité physique pratiquée et santé physique et mentale perçue des PSH.

Dans la suite de ce travail, afin d'apporter des éléments complémentaires aux résultats présentés dans ce document, une enquête qualitative auprès des PSH est envisagée. Cette seconde phase a pour objectif de mieux appréhender les mécanismes qui mènent, ou non, à la pratique d'une activité physique au travers des parcours et trajectoires des personnes et des représentations sociales.

METHODOLOGIE

TERRITOIRE DE L'ETUDE

Afin d'éclairer le choix des cinq départements à retenir pour l'étude, deux analyses de données, basées sur des méthodes de l'analyse multidimensionnelle ont été réalisées, constituant une typologie. Sur la base d'une quinzaine d'indicateurs (socio-démographiques, population en situation de handicap, PSH ayant une pratique sportive encadrée, taux d'éducateurs ayant un diplôme pour accompagner les personnes vivant avec un handicap...), l'ensemble des départements (métropolitains et ultramarins) ont été regroupés en cinq classes homogènes. Dans chacune des classes, le département le plus représentatif statistiquement a été retenu pour faire partie de l'étude.

Ainsi, le projet est déployé à l'échelle nationale sur les cinq départements suivants :

- L'Ille-et-Vilaine.
- La Moselle.
- L'Eure.
- La Corrèze.
- La Réunion.

POPULATION DE L'ETUDE

La population définie pour cette phase quantitative présente les critères d'inclusion suivants :

- Toute personne en situation de handicap (mental, psychique, moteur, auditif, visuel, troubles du langage, autisme, polyhandicap et pluri handicap).
- Ayant entre 20 et 59 ans.
- Vivant dans les départements de la Corrèze, de l'Eure, de l'Ille-et-Vilaine, de la Moselle ou de la Réunion.
- Ne résidant pas dans un établissement social ou médico-social (les personnes bénéficiant d'un accompagnement à domicile par des services médico-sociaux sont concernées).
- Quelle que soit la pratique d'activités physiques ou sportives.

OUTILS DE RECUEIL DES DONNEES

Dans le cadre de cette première étape, un questionnaire a été développé avec l'appui des partenaires du projet, dans l'objectif de collecter les informations suivantes :

- Informations générales (caractérisation et degré du/des handicaps), socio-démographiques, mode de vie).
- Caractérisation des pratiques d'activités physiques et sportives / parasportives.
- Freins et motivations à la pratique.
- Perception de la santé.

Pour un déploiement optimal de l'enquête, le questionnaire a été décliné sous différentes formes :

- Une version à destination des PSH (auto-administré, avec un accompagnant si besoin pour une aide matérielle ou de compréhension).
- Une version à destination des accompagnants lorsque la PSH est en incapacité de comprendre ou répondre aux questions.

Ces deux déclinaisons ont été produites au format informatisé et au format papier.

MODALITES DE PASSATION

La phase de collecte des données a été réalisée de janvier à avril 2022 dans les cinq départements correspondant au territoire de l'étude.

Elle a été menée grâce à :

- Une mobilisation active (mail et téléphone) de 300 structures proches de la population cible pour relayer le questionnaire et / ou accompagner les PSH pour y répondre.
- L'animation hebdomadaire des réseaux sociaux auprès de relais spécifiques.
- Une communication presse au niveau des départements.
- Une diffusion par la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) : 2 départements sur 5.

Les relais mobilisés étaient les suivants :

- Des structures et services institutionnels : MDPH, départements, Agences Régionales de Santé (ARS), Délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES), comités régionaux du CPSF, Maisons sport-santé, Maisons de services au public (France Services), comités départementaux FF handisport et FF sport adapté.

- Des structures proposant des services : Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), accueils de jour (orientés activités), logements inclusifs, Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), Etablissements ou services d'aide par le travail (ESAT), Entreprises adaptées (EA).
- Des associations : déclinaisons locales de fédérations (APF France Handicap, APEI, UNAFAM, associations Envol, Fédération des aveugles, collectifs handicaps départementaux...), associations étudiantes, associations tutélaires, groupes d'entraide mutuelle (GEM).

METHODOLOGIE STATISTIQUE

Tout d'abord, nous avons réalisé des analyses univariées (analyses de variables deux à deux). Ces analyses constituent la majorité du rapport. Ensuite, une analyse des correspondances multiples (ACM) a été appliquée pour étudier les associations entre les caractéristiques de la population (ex : âge, sexe, période d'acquisition du handicap, fréquence de pratique d'AP, etc.), et la question d'intérêt (durée d'activité physique par semaine, sédentarité les jours de travail ou de repos, pratique d'AP structurée et/ou pratique d'AP libre et perception de la santé). Cette méthode exploratoire a permis de déterminer s'il existait des profils de personnes en fonction des différentes questions d'intérêt, de résumer les relations entre les variables et de détecter la structure sous-jacente des données. Pour cette analyse, les variables ont été choisies en fonction des résultats univariés, de la pertinence clinique et de la distribution statistique.

Seuls les individus ne présentant pas de données manquantes ont été utilisés pour l'ACM. Enfin, une classification hiérarchique a été utilisée pour déterminer les profils de personnes associés à des profils de variables selon la méthode de Ward.

Ainsi, les ACM réalisées nous ont permis de répondre au type de question suivante :

A quel groupe d'individus appartiennent les personnes qui ne pratiquent pas d'AP structurée et quels sont les caractéristiques communes des individus présents dans ce groupe ?

METHODOLOGIE D'ANALYSE

En concertation avec des experts du handicap et de la santé publique, les catégorisations suivantes ont été actées concernant le type de handicap, la période d'acquisition du handicap, le niveau de revenus du foyer et le niveau de diplôme.

Type de handicap :

- Déficiences intellectuelles (retard mental léger, moyen, profond ou sévère, etc.)
- Déficiences motrices
- Déficiences sensorielles (troubles de la parole et du langage (troubles Dys, etc.), déficiences auditives, déficiences visuelles)
- Plurihandicap
- Polyhandicap
- Troubles du psychisme (troubles des conduites et du comportement, troubles dépressifs, troubles bipolaires, troubles schizophréniques, etc.)
- Autres

Période d'acquisition du handicap :

- Inné
- Acquis avant 12 ans
- Acquis entre 12 et 18 ans
- Acquis après 18 ans

Niveau de revenus du foyer :

- Niveau de revenus « faible » : moins de 1000€.
- Niveau de revenus « moyen - » : 1000€ à 1500€.
- Niveau de revenus « moyen + » : 1500€ à 2000€.
- Niveau de revenus « élevé » : plus de 2000€.

Niveau de diplôme :

- Niveau de diplôme « faible » : aucun diplôme / certificat d'étude primaire ou équivalent / brevet des collèges.
- Niveau de diplôme « moyen - » : CAP (Certificat d'Aptitude Professionnelle) / BEP (Brevet d'Aptitude Professionnelle).
- Niveau de diplôme « moyen + » : baccalauréat (professionnel, technologique, général).
- Niveau de diplôme « élevé » : bac +2 ou plus (BTS, DUT, licence, licence pro, master, diplôme de grandes écoles ...).

PHASE QUANTITATIVE : DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

656 réponses correspondant aux critères d'inclusion ont été enregistrées sur les cinq départements (dont 33 % de questionnaires papiers). 62% des répondants ont rempli le questionnaire seul, 30% avec l'aide d'un accompagnant (20% pour une aide de compréhension et 10% pour une aide matérielle) et 8% des questionnaires ont été remplis uniquement par un accompagnant.

71 réponses ne répondant pas aux critères d'inclusion ont été exclues (personnes vivant en dehors des départements d'étude, personnes vivant en établissement social ou médico-social, personnes ayant moins de 20 ans ou plus de 59 ans). Un accompagnant a été mobilisé pour aider les PSH à répondre ou répondre à leur place pour 38 % des réponses.

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON

Département	%	Age	%	Sexe	%	Situation	%
Moselle	10,1	20-29 ans	15,0	Femme	51,8	En emploi	48,5
Eure	35,8	30-39 ans	23,1	Homme	48,2	Sans emploi et ne recherche pas	24,2
Ille-et-Vilaine	36,6	40-49 ans	26,3			Sans emploi mais recherche	15,4
La Réunion	7,8	50-59 ans	35,7			Etudiant(e) / stagiaire / apprenti(e)	2,7
Corrèze	9,8					Retraité(e)	2,3
						Parent au foyer	1,4
						Autre formation	5,5

49 % Revenus du ménage inférieur à 1500 €
(dont 29 % inférieur à 1000 €)

35 % Brevet des collèges comme diplôme le plus élevé
(dont 25 % aucun diplôme)

CARACTERISATION DU HANDICAP DE L'ECHANTILLON

97 % Reconnaissance MDPH
(ou demande en cours)

66 % Besoin d'un aidant

15 % Utilisation d'un fauteuil
(dont 11 % utilisation régulière)

23 % Dispense régulière d'EPS pendant la scolarité
(dont 7 % tout le temps)

39 % Plusieurs déficiences associées

Acquisition du handicap	%
Inné	33,2
Acquis avant 12 ans	6,4
Acquis entre 12 et 18 ans	5,9
Acquis après 18 ans	54,6

Déficiences	%
Déficience motrice	38,2
Trouble du psychisme	18,0
Déficience intellectuelle	14,6
Déficience sensorielle	12,5
Plurihandicap	4,4
Polyhandicap	2,3
Autisme	2,1
Autre	7,9

RESULTATS

Dans cette partie, le texte en italique et en gris apporte des éléments de cadrage sur des données en population générale.

Lorsque cela n'est pas précisé, les pourcentages présentés correspondent à un pourcentage de l'échantillon global (n=656). Dans le cas où le pourcentage n'est pas basé sur l'échantillon global, et que cela n'est pas précisé dans la phrase correspondante, l'échantillon spécifique sera précisé sous la forme (n=XX).

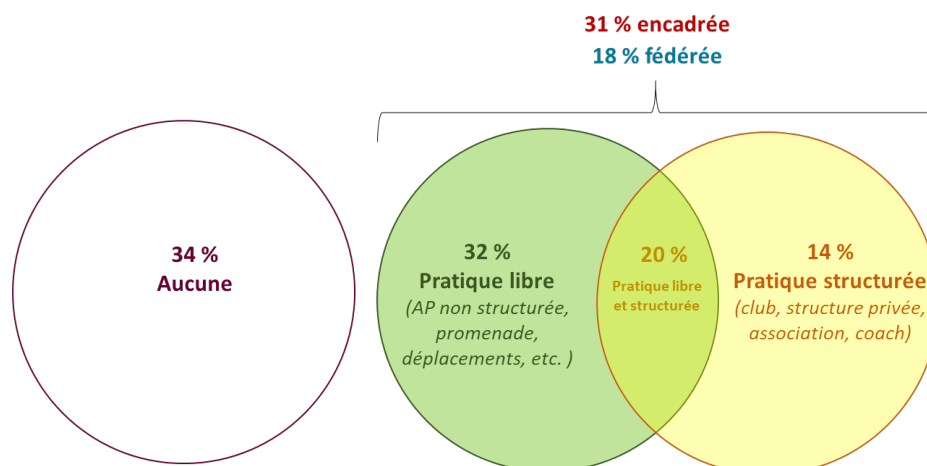
CONTEXTES DE PRATIQUE

- > L'absence de pratique d'activités physiques et sportives est conséquente (34 %).
- > Les activités physiques et sportives indépendantes à toute structure sont les plus pratiquées (52 %).

Parmi l'ensemble des répondants :

- 33,6 % n'ont **aucune pratique** d'APS, que ce soit de manière structurée ou libre, contre 25 % en population générale (INJEP, 2020).
- 34,4 % pratiquent une **APS structurée**, c'est-à-dire au sein d'un club, d'une association sportive, ou d'une structure privée.
- 52,0 % pratiquent une activité physique ou sportive de manière **indépendante à une structure** (pratiquent majoritairement seuls ou avec des personnes de leur famille).
- 46,5 % pratiquent soit dans un cadre structuré, soit en pratique libre (l'une ou l'autre).
- 19,9 % ont **à la fois une pratique structurée et une pratique libre**.
- 31,1 % ont une **pratique encadrée**.
- 17,9 % pratiquent **au sein d'une fédération sportive agréée**. *En comparaison, en 2018, 48 % des pratiquants déclarent au moins une activité physique encadrée » en population générale (INJEP, 2020).*

Figure 1 : Contexte de pratique d'APS des répondants



Les activités physiques les plus pratiquées sont la « marche sportive, balade, course et athlétisme (y compris en fauteuil) » (36,6 % des répondants) et les « activités de la forme et de la gymnastique, danse (y compris rééducation) » (23,4 % des répondants).

Ces résultats suivent la tendance nationale en population générale. En effet, les APS les plus plébiscitées par les Français sont la course / marche (40 %) et les activités de la forme et gymnastique (22 %) (INJEP, 2020).

Les activités que les répondants aimeraient le plus pratiquer varient en fonction du profil des répondants (sexe, âge, période d'acquisition du handicap, type de handicap, utilisation du fauteuil roulant, niveau de diplôme. Peu d'entre eux utilisent les apports digitaux pour leur pratique d'APS : 64,9 % n'en utilisent aucun, tandis que 17,4 % utilisent une application mobile de mesure de l'activité physique (reliée à une montre connectée, podomètre, mesure de la dépense énergétique, etc.).

NIVEAUX D'ACTIVITE PHYSIQUE

> Les répondants pratiquent en moyenne 4,4h d'activité physique par semaine, avec une prédominance pour les activités physiques liées aux déplacements, généralement de faible intensité.

Durée

En moyenne, les répondants réalisent 4,4h par semaine² (environ 50 % dans le cadre de déplacements utilitaires en modes de transports actifs, 25 % pour des activités structurées et 25 % pour des activités physiques libres).

Les personnes ayant un emploi et qui identifient un ou plusieurs freins à la pratique d'APS ont une durée de pratique plus faible dans le cadre du travail que ceux qui déclarent ne pas avoir de freins (4,8h (n=385) vs. 9,4h (n=194)).

Fréquence

Les activités physiques réalisées dans le cadre des déplacements et au domicile (bricolage, jardinage, tâches ménagères...) sont celles qui permettent une fréquence de pratique d'APS la plus élevée (2,7 fois par semaine pour l'utilisation des modes de transports actifs et 2,6 fois par semaine pour les activités physiques domestiques).

La fréquence hebdomadaire des activités physiques encadrées par un intervenant, ainsi que celle des APS non encadrées (pratique sportive libre, promenade, jeux avec les enfants/famille/amis) sont plus faibles (respectivement 0,7 et 1,8 fois par semaine).

Tableau 1 : Fréquence d'APS hebdomadaire selon le contexte de pratique

Contexte	Fréquence d'APS hebdomadaire*
Déplacements	2,7
APS encadrée	0,7
APS non encadrée	1,8
APS domestique	2,6

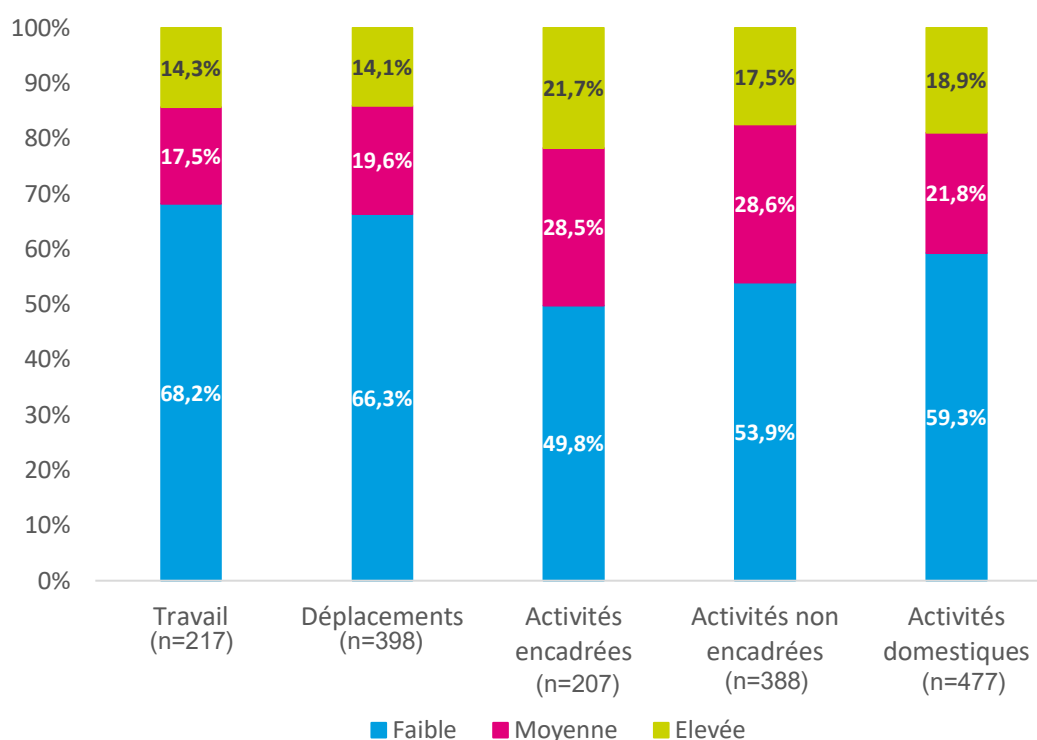
*L'analyse des fréquences d'APS hebdomadaire par contexte est réalisée sur l'échantillon général. Ainsi, les personnes qui ne pratiquent pas d'APS lors de leurs déplacements ou lors d'APS encadrées, non encadrées ou domestiques sont prises en compte comme ayant une fréquence d'APS dans ces contextes égale à 0.

² Attention : d'une manière générale, le recueil de données par questionnaire surestime les durées de pratique d'activités physiques et sportives.

Intensité

Quel que soit le cadre de pratique, les activités physiques déclarées par les répondants sont majoritairement de faible intensité, notamment liées à l'utilisation des modes de transports actifs dans les déplacements utilitaires (66,3 % réalisés à faible intensité) et aux activités physiques domestiques (59,3 % réalisées à faible intensité). Les APS encadrées, et dans une moindre mesure, non encadrées, permettent d'augmenter l'intensité des pratiques (respectivement 50,2 % et 46,1 % de ces activités étant pratiquées à intensité moyenne ou élevée).

Figure 2 : Intensité perçue de la pratique selon le contexte (%)



Par ailleurs, l'intensité de la pratique d'APS dans le cadre professionnel influence la pratique d'APS de loisirs structurée (ceux qui ont une intensité élevée au travail pratiquent moins de manière structurée). Enfin, 46,6 % estiment que leur niveau d'activité physique a diminué à la suite de l'épidémie de la COVID-19, alors que pour 16,3 % des répondants, il a augmenté.

FREINS A LA PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

> Divers freins à la pratique sont évoqués par les répondants, en particulier les douleurs et la fatigue, mais aussi le manque d'informations sur les équipements sportifs ou les offres adaptées à leur handicap, ou les lieux de pratique trop éloignés de leur domicile.

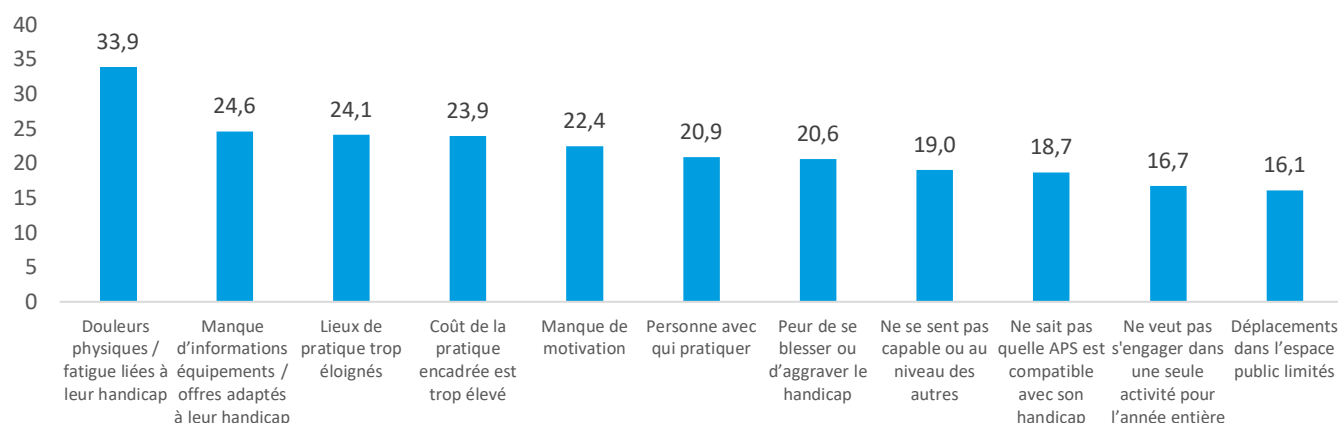
> L'absence de connaissances avec qui pratiquer et le manque de motivation sont des freins plus fréquemment retrouvés chez les personnes n'ayant aucune pratique (respectivement 32,3 % et 33,6 %) que chez celles ayant une pratique structurée et/ou libre.

Sur l'ensemble des répondants (n=594), 66,2% indiquent identifier au moins un frein pour leur pratique d'activités physiques. Les quatre premiers freins à la pratique d'APS les plus identifiés par les répondants sont :

- Les douleurs physiques / la fatigue liées à leur handicap (33,9 %).
- Le manque d'informations sur les équipements / les offres adaptés à leur handicap (24,6 %).
- Les lieux de pratique trop éloignés de leur domicile (24,1 %).
- Le coût de la pratique encadrée trop élevé (23,9%).

Le graphique ci-dessous représente la répartition des freins majoritairement cités par les répondants (les freins cités par moins de 15 % des répondants ne sont pas exposés sur ce graphique).

Figure 3 : Freins à la pratique d'APS (%)

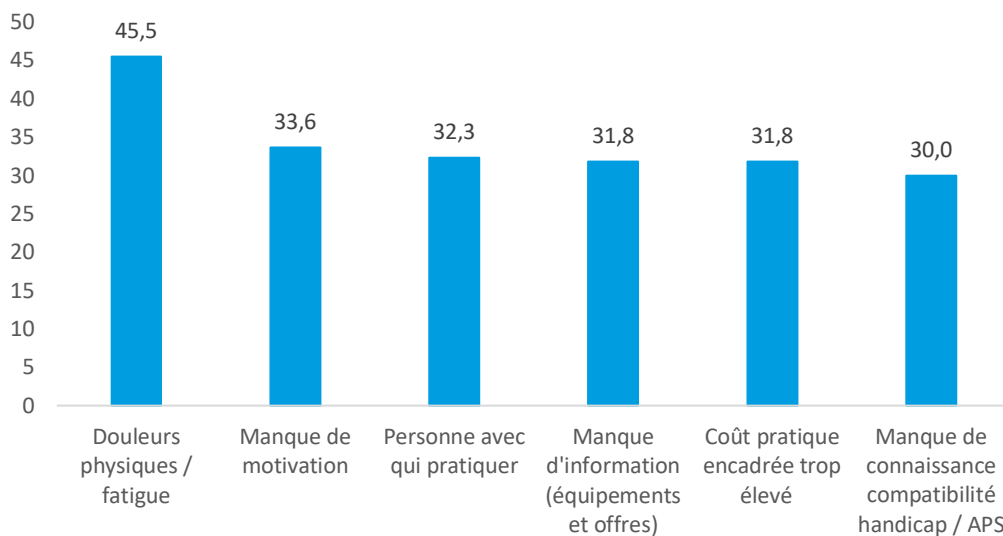


Comparativement, les freins les plus identifiés en population générale sont : l'appétence au sport (30 % « n'aime pas le sport »), les problèmes de santé (25 %) et l'offre inadaptée (17 %) (INJEP, 2020).

Le coût d'achat de matériel adapté est un frein pour environ un quart des personnes ayant besoin d'un tel matériel pour pratiquer leurs activités physiques lors des déplacements, pour la pratique encadrée, la pratique non encadrée, et la pratique domestique.

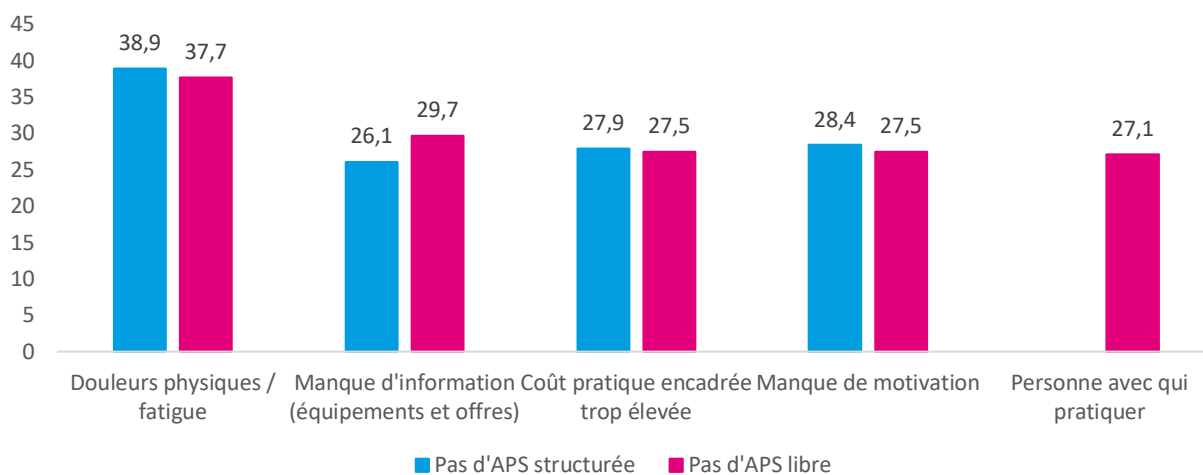
En ce qui concerne les freins en fonction de la pratique ou non d'une activité structurée et/ou libre, la figure ci-dessous montre ceux identifiés majoritairement par les personnes qui ne pratiquent aucune APS (n=220) :

Figure 4 : Freins pour les personnes ne pratiquant aucune APS (%)



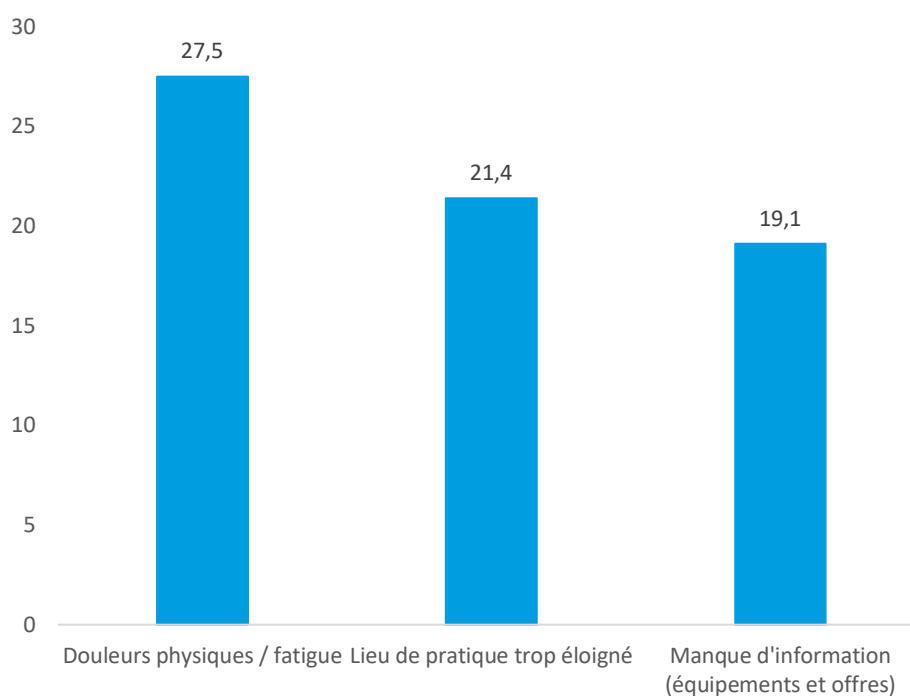
Les freins identifiés par les personnes ne pratiquant pas d'APS structurée (n=430) ou pas d'APS libre (n=313) sont identiques, à l'exception de l'absence de personnes avec qui pratiquer, qui ressort parmi les freins les plus fréquemment cités par ceux qui n'ont pas de pratique d'APS libre alors que ce n'est pas le cas pour ceux qui ne pratiquent pas une APS structurée.

Figure 5 : Freins pour les personnes ne pratiquant pas une APS structurée ou une APS libre (%)



Les personnes qui pratiquent une APS structurée ainsi qu'une APS libre (n=121) ont tout de même identifié des freins à la pratique. Ceux identifiés de manière majoritaire sont exposés ci-dessous :

Figure 6 : Freins pour les personnes ayant une pratique d'APS structurée et une pratique d'APS libre (%)



Pour les personnes ayant **besoin de matériel** pour la pratique de leurs activités physiques ou sportives, le fait que le matériel adapté nécessaire n'existe pas ou que le transport du matériel ne soit pas possible ne sont pas identifiés comme des freins. En revanche, le coût d'achat de matériel adapté à leur handicap pour pratiquer les activités souhaitées est un frein pour un quart de ces personnes. De même, environ un tiers des personnes ayant **besoin d'assistance et 25 % des personnes ayant besoin d'un aidant au quotidien** indiquent que ne pas pouvoir pratiquer leur activité seules est un frein à la pratique. Ce même frein est évoqué par 33,8 % des personnes qui ne peuvent pas pratiquer seules une APS encadrée et 28,7 % de celles qui ne peuvent pas pratiquer seules une APS non encadrée.

Enfin, sur les 33,8 % des répondants ayant indiqué n'identifier aucun frein à la pratique d'APS, 25,6% d'entre eux ne pratiquent aucune APS, 37,6% pratiquent au moins une activité physique structurée ou libre et 38,8% pratiquent une APS structurée ainsi qu'une APS libre.

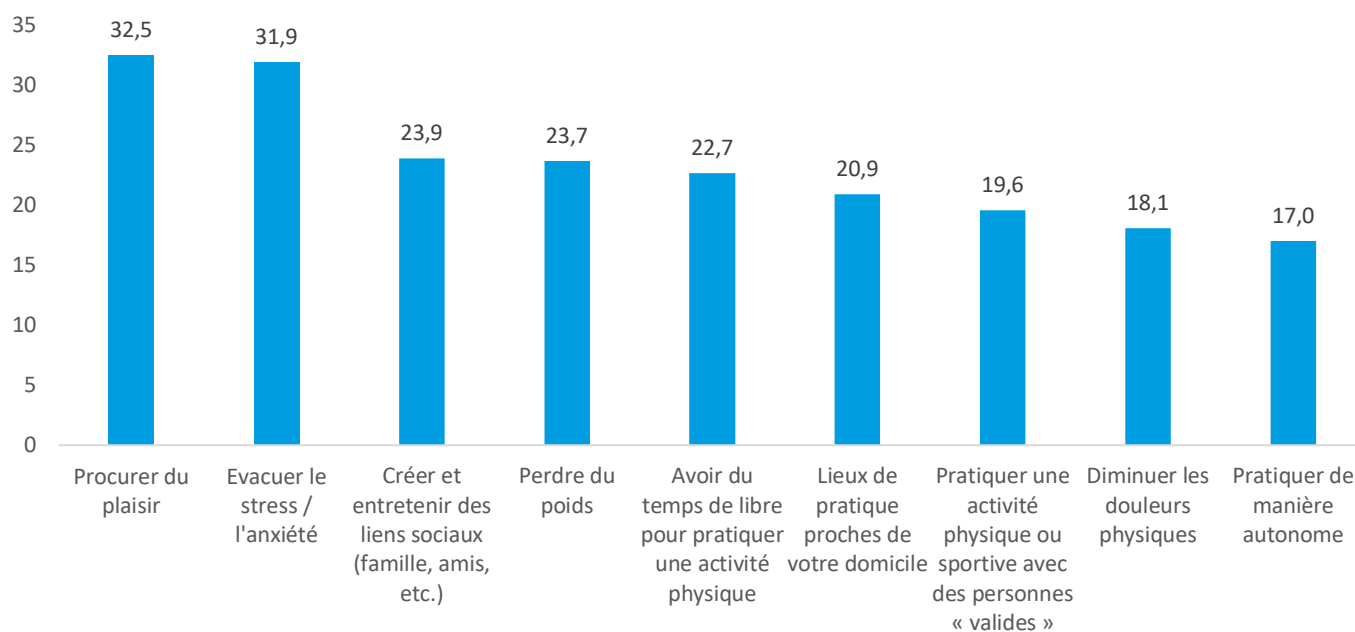
LEVIERS A LA PRATIQUE

> Concernant les leviers, il s'agira, selon les types de pratique, du plaisir procuré par l'APS, l'évacuation du stress / de l'anxiété, mais aussi la possibilité de transporter du matériel adapté et la création et l'entretien de liens sociaux.

La moitié des répondants (50,9 %) ont indiqué n'identifier aucun levier à leur pratique d'APS, ce qui montre la difficulté pour ces personnes de se projeter dans la mise en place d'une activité physique.

Le graphique ci-dessous représente la répartition des leviers majoritairement cités par les répondants (n=652) (les leviers cités par moins de 15 % des répondants ne sont pas exposés sur ce graphique).

Figure 7 : Leviers à la pratique d'APS (%)



Comparativement, les leviers les plus identifiés en population générale selon une étude de l'INJEP, sont la santé (levier principal pour 17 % et secondaire pour 19 %) la détente (levier principal pour 19 % et secondaire pour 17 %) et le plaisir / l'amusement (levier principal pour 19 % et secondaire pour 14 %) (INJEP, 2020).

21,4 % des personnes pratiquant à la fois une activité physique ou sportive structurée et libre (n=131), et 15,2 % de celles pratiquant au moins dans un de ces deux cadres (n=303), ont identifié le fait d'avoir un transport adapté pour se rendre sur leur lieu de pratique comme étant

un levier à leur pratique, contre 9,1 % de celles qui n'ont aucune pratique (n=220). De la même manière, les leviers relatifs au lien social sont plus fréquemment retrouvés chez les personnes ayant une pratique, structurée ou libre que pour celles n'ayant aucune pratique.

COMPORTEMENTS SEDENTAIRES

Dans cette partie, les chiffres concernant les temps passés en position assise ou allongée ne prennent pas en compte les réponses des personnes qui utilisent un fauteuil roulant « souvent » ou « tout le temps ». En revanche, leurs réponses sont prises en compte lors de l'analyse des temps d'écrans.

- > Les répondants déclarent environ 6,1h en position assise ou allongée (hors sommeil) les jours de travail et 4,5h les jours de repos³.
- > Les jours de repos, le temps passé à des activités sédentaires lors des loisirs augmente, notamment devant des écrans. Plus cette durée est élevée, plus la durée d'APS est faible.

Les répondants déclarent environ 6,1h en position assise ou allongée (hors sommeil) les jours de travail (n=385) et 4,5h les jours de repos (n=559).

En population générale en 2015, le nombre d'heures passées dans les activités sédentaires est en moyenne de 6 heures 39 minutes par jour (Santé Publique France, 2020). Cette comparaison reste à prendre avec mesure puisque les questions posées dans les différentes études étaient différentes.

Parmi les répondants, 54,5 % des personnes ayant un travail passent 3h ou plus assises par jour dans le cadre de leur travail (dont 12,9 % plus de 7h).

Les jours de repos, le temps passé à des activités sédentaires lors des loisirs augmente, notamment devant des écrans. En effet, 50,6 % des répondants passent au moins 3h assis par jour de repos dans leur temps de loisirs, contre 19,9 % les jours travaillés, et 50,5 % passent au moins 3h par jour devant des écrans les jours de repos (n=630) contre 36,4 % les jours travaillés (n=294). Ce temps passé assis pendant les loisirs a un impact sur le niveau d'activité physique : plus cette durée est élevée, plus la durée hebdomadaire d'activité physique est faible.

³ Attention : d'une manière générale, le recueil de données par questionnaire sous-estime les durées passées à des comportements sédentaires.

A titre de comparaison, en population générale en 2015, « la population adulte déclarait passer en moyenne 5 heures 07 minutes [4h59- 5h16] par jour devant un écran » (Santé Publique France, 2020). La comparaison de ces résultats doit tout de même rester prudente puisque les questions posées lors de ces études n'étaient pas identiques.

Par ailleurs, dans la population étudiée, la part des personnes passant plus d'1h assis dans les transports est plus élevée les jours de repos que les jours travaillés (32,9 % contre 23,6 %).

Tableau 2 : Temps passé assis dans les différents contextes de vie*

Pour le travail, les études, la recherche d'emploi (en %)		Pour les loisirs (en %)			Dans les transports (en %)				
Jours de travail (n=288)		Jours de travail (n=282)		Jours de repos (n=567)		Jours de travail (n=297)		Jours de repos (n=602)	
Moins d'1h	27,8	Moins d'1h	34,5	14,8	Moins de 30 min	40,2	45,7		
1 à 3h	17,7	1 à 3h	45,6	34,6	30 min à 1h	36,2	21,4		
3 à 5h	18,4	3 à 5h	10,3	25,0	1 à 2h	13,9	12,8		
5 à 7h	23,3	5 à 7h	3,5	13,4	Plus de 2h	9,7	20,1		
Plus de 7h	12,9	Plus de 7h	6,1	12,2					

* Les questionnaires sous-estiment généralement le temps passé assis et le temps d'écran estimés et on peut supposer que ces durées soient en réalité plus élevées.

Que ce soit en jour travaillé ou en jour de repos, plus de 20 % des répondants passent plus de 5 heures par jour devant les écrans. Lors des journées travaillées, près de 40 % des répondants passent entre 1 et 3 heures devant un écran. Lors des journées de repos, ce pourcentage reste quasi identique mais le nombre de répondants passant 3 à 5 heures et 5 à 7 heures devant un écran augmente.

PERCEPTION DE LA SANTE

Les personnes qui ne pratiquent aucune APS ont une perception de leur santé plus faible que celles pratiquant une APS structurée ou une APS libre. Ceux pratiquant une APS de manière structurée ainsi qu'une APS libre ont le meilleur score de santé perçue.

Les personnes ayant identifié des freins à la pratique d'APS ont une santé perçue plus faible que celles n'en ayant pas identifié.

Aucune corrélation entre la durée de sédentarité totale (que ce soit les jours travaillés ou non travaillés) ou la durée hebdomadaire d'activité physique et le niveau de perception de la santé n'a été observée. En revanche, plus les personnes regardent les écrans, que ce soit les jours travaillés ou non, moins elles s'estiment en bonne santé.

Enfin, le score de santé perçue est plus faible chez les personnes ayant été souvent dispensées d'EPS au cours de leur scolarité comparativement à celles ne l'ayant pas souvent été.

UNE PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES LIBRES GENREE ET DES FREINS DIFFERENTS SELON LE SEXE

- > Les femmes pratiquent moins une APS libre (hors club, association ou structure sportive privée) que les hommes.
- > Les activités physiques domestiques (bricolage, jardinage, ménage, etc.) sont plus fréquentes chez les femmes.
- > 73,4 % des femmes estiment avoir des freins à la pratique d'APS contre 59,0 % des hommes.

Il n'existe pas de lien significatif entre la pratique structurée d'APS et le sexe. *En revanche, de la même manière qu'en population générale adulte, les hommes semblent pratiquer plus d'APS que les femmes, notamment indépendamment à une structure (56,5 % des hommes contre 47,8 % des femmes) (Santé Publique France, 2020).*

Tableau 3 : Contextes de pratique d'APS selon le sexe

	Hommes		Femmes	
	n	%	n	%
Aucune pratique	90	28,6	129	38,3
Pratique structurée	120	38,1	105	31,1
Pratique libre	178	56,5	161	47,8
Pratique structurée et pratique libre	73	23,2	57	16,9

Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes en ce qui concerne la durée d'APS hebdomadaire, la durée de sédentarité ou le temps d'écran, les jours de travail comme les jours de repos. *Ces résultats sont retrouvés en population générale pour le niveau de sédentarité (ANSES, 2022).*

En revanche, les APS domestiques (bricolage, jardinage, ménage, etc.) sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes (2,9 j/sem (n=334) vs. 2,3 j/sem (n=313)), alors qu'inversement, les efforts physiques liés au travail sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (1,7 j/sem (n=313) vs. 1,3 j/sem(n=336)).

Aucune différence entre hommes et femmes n'est observée sur les déplacements ou les autres pratiques d'APS (marche, balade, course ou athlétisme, activités de la forme et de la gymnastique, danse, sports collectifs, activités ou sports de cycle ou à roulette, etc.).

L'intensité perçue de la pratique d'APS est plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans tous les contextes, hormis pour les activités physiques ou sportives encadrées où il n'y a pas de différence selon le sexe.

Tableau 4 : Fréquence d'APS hebdomadaire et perception de l'intensité élevée selon le contexte de pratique en fonction du sexe*

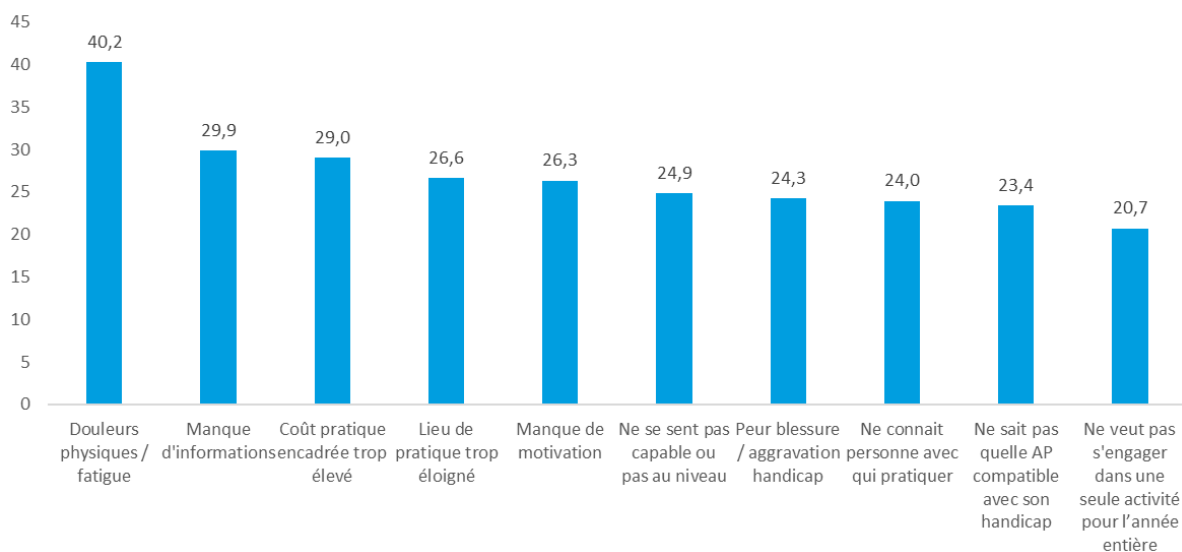
Contexte	Fréquence (en nombre de fois)		Intensité (%)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Travail	1,7*	1,3	9,0*	19,8
Déplacements	2,7	2,7	9,0*	18,1
APS encadrée	0,8	0,6	17,8	25,2
APS non encadrée	1,7	1,8	9,7*	23,8
APS domestique	2,3*	2,9	10,9*	25,2

* : Différence significative entre les sexes

Les activités que les femmes aimeraient le plus pratiquer sont les « activités de la forme et de la gymnastique, danse » (51,2 %), la « marche sportive, balade, course et athlétisme » (35,5 %), et les « activités ou sports aquatiques et nautiques » (35,2 %). La répartition des activités que les hommes répondants souhaiteraient pratiquer est plus variée : 28,9 % d'entre eux aimeraient pratiquer des « activités ou sports aquatiques et nautiques », 24,4 % des « activités de la forme et de la gymnastique, danse », et 22,9 % des activités de type « marche sportive, balade, course et athlétisme ».

Les freins et les leviers à la pratique d'une APS diffèrent également selon le sexe. **73,4 % des femmes estiment avoir des freins à la pratique d'APS contre 59,0 % des hommes.** Elles évoquent principalement des douleurs physiques / une fatigue trop importantes liées à leur handicap (40,3 % des répondantes), mais également neuf autres freins cités par plus de 20% d'entre-elles.

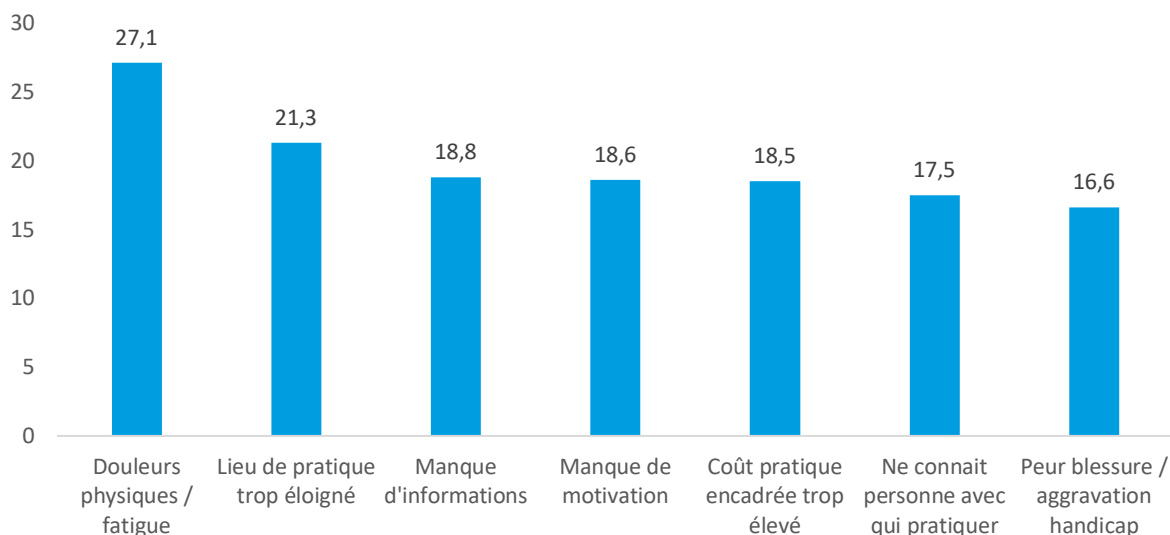
Figure 8 : Principaux freins à la pratique d'APS pour les femmes (%)*



*Freins cités par plus de 20% des femmes ayant répondu à l'enquête

Les hommes identifient moins de freins à leur pratique, le frein majoritairement cité étant également celui des douleurs physiques / une fatigue trop importantes liées à leur handicap (27,7%).

Figure 9: Principaux freins à la pratique d'APS pour les hommes (%)*



*Freins cités par plus de 15% des hommes ayant répondu à l'enquête

Concernant les leviers, 37,3 % des femmes et 27,4 % des hommes évoquent le fait que les APS leur procurent du plaisir, et 37,3 % des femmes et 26,1 % des hommes le fait de vouloir évacuer leur stress / leur anxiété. *En population générale, les leviers majoritaires sont quant à eux les bénéfiques sur leur santé (28 % des femmes et 25 % des hommes) et l'apparence physique (19 % des femmes et 11 % des hommes) (INJEP, 2020). Cette comparaison reste à considérer avec précaution puisque les questionnaires utilisés étaient différents dans les deux enquêtes.*

Enfin, les femmes ont une perception de leur santé globale, de leur condition physique, de leur sommeil, et de leur état de stress significativement plus faible que les hommes.

UNE PRATIQUE QUI DIMINUE AVEC L'AVANCEE EN AGE

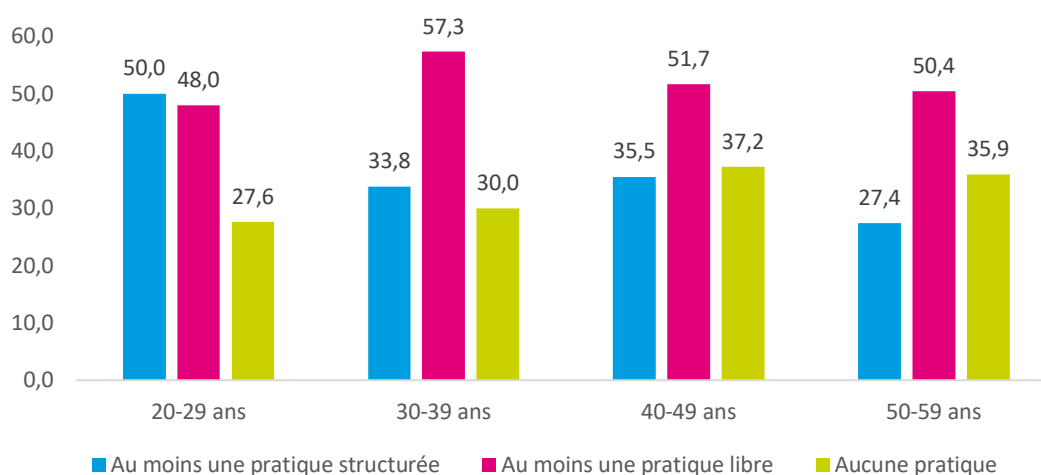
> Plus les personnes répondantes avancent en âge, moins elles pratiquent une APS structurée. Néanmoins, leur souhait de pratiquer certaines activités augmente, même si elles trouvent que ces dernières ne sont pas adaptées à leur handicap. Concernant les sports collectifs et de combat, l'effet inverse est observé puisque les personnes plus âgées les plébiscitent moins. L'intensité perçue de l'APS augmente avec l'âge.

>> Sur l'ensemble de l'échantillon, il existe une diminution de la fréquence des APS encadrées et une augmentation de la fréquence des activités physiques domestiques avec l'avancée en âge.

>> Une augmentation de l'intensité perçue de l'APS est observée avec l'avancée en âge.

Une rupture de la pratique d'APS structurée est observée à partir de 30 ans, passant de 50,0 % de pratiquants pour les 20-29 ans (n=98) à 33,8 % pour les 30-39 ans (n=150), 35,5 % pour les 40-49 ans (n=172) et 27,4 % pour les plus de 50-59 ans (n=234). **La proportion de personnes n'ayant aucune pratique est à l'inverse croissante avec l'avancée en âge** (27,6 % pour les 20-29 ans ; 30,0 % pour les 30-39 ans, puis 37,2 % pour les 40-49 ans et 35,9 % pour les 50-59 ans).

Figure 10 : Evolution de la pratique d'APS en fonction de l'âge (%)*



* Une personne peut avoir une pratique structurée, libre, ou les deux

Il existe également une **diminution du temps hebdomadaire consacré à l'activité physique encadrée avec l'avancée en âge**, et de manière générale une **diminution du temps hebdomadaire consacré à l'APS** (4,8h pour les 20-29 ans vs. 4,0h pour les 50-59 ans).

Avec l'avancée en âge, il existe une diminution de la fréquence des APS encadrées et une augmentation de la fréquence des activités physiques domestiques.

Alors que les activités encadrées diminuent avec l'âge, **l'intensité perçue de l'APS augmente avec l'avancée en âge**, pouvant peut-être être expliquée par une diminution des capacités physiques liée à l'âge : 21,4 % des 50-59 ans (n=69) contre 5,9 % des 20-29 ans (n=34) déclarent que les efforts réalisés dans le cadre du travail sont réalisés à une intensité élevée ; et 20,0 % des 50-59 ans (n=175) contre 6,5 % des 20-29 ans (n=62) déclarent que leurs APS non encadrées sont réalisées à une intensité élevée.

Le type de pratique évolue également à partir de 30 ans : une diminution d'environ 15,0 % du nombre de personnes pratiquant des « activités ou sports de cycle ou à roulette, sports motorisés » est observée (4,7 % des répondants des 50-59 ans pratiquent ce type d'activité).

Les souhaits de pratique d'activités de type « marche sportive, balade, course et athlétisme » augmentent avec l'âge (21,4 % pour les 20-29 ans contre 34,6 % pour les 50-59 ans), tout comme les « activités de la forme et de gymnastique, danse » (24,5 % pour les 20-29 ans contre 45,9 % pour les 40- 49 ans). En revanche, plus les répondants sont âgés, plus ils trouvent que ces activités ne sont pas adaptées à leur handicap. La tendance inverse est observée pour les « activités ou sports d'équipe, sports collectifs » et les « arts martiaux et sports de combat » : une diminution de l'envie de pratiquer ces activités est observée avec l'avancée en âge, et plus les répondants sont âgés, plus ils trouvent que ces activités ne sont pas adaptées à leur handicap.

Les freins liés aux douleurs physiques liées au handicap d'une part et à la peur de se blesser d'autre part augmentent avec l'avancée en âge, surtout à partir de 40 ans : ces deux freins sont rencontrés respectivement chez 24,5 % et 9,2 % des 20-29 ans ; contre 27,2 % et 14,6 % des 30-39 ans, et 38,6 % et 25,4 % des plus de 40 ans.

Enfin, les personnes les plus âgées ont une perception de leur santé globale, de leur condition physique, de leur poids et de leur sommeil plus faible que les plus jeunes.

DES COMPORTEMENTS ACTIFS ET SEDENTAIRES QUI DIFFERENT SELON LA PERIODE D'ACQUISITION DU HANDICAP

> Seuls 22,4 % des personnes ayant un handicap acquis entre 12 et 18 ans et 28,4 % après 18 ans ont une pratique d'activités physiques structurée. La proportion de personnes n'ayant aucune pratique est plus importante chez les personnes ayant un handicap acquis (40 % contre 26,1 % pour celles ayant un handicap inné).

> Les personnes ayant un handicap inné ont une durée de pratique encadrée hebdomadaire plus importante que celles ayant acquis un handicap au cours de leur vie.

> Plus le handicap est acquis tard, plus les freins évoqués à la pratique d'APS sont importants.

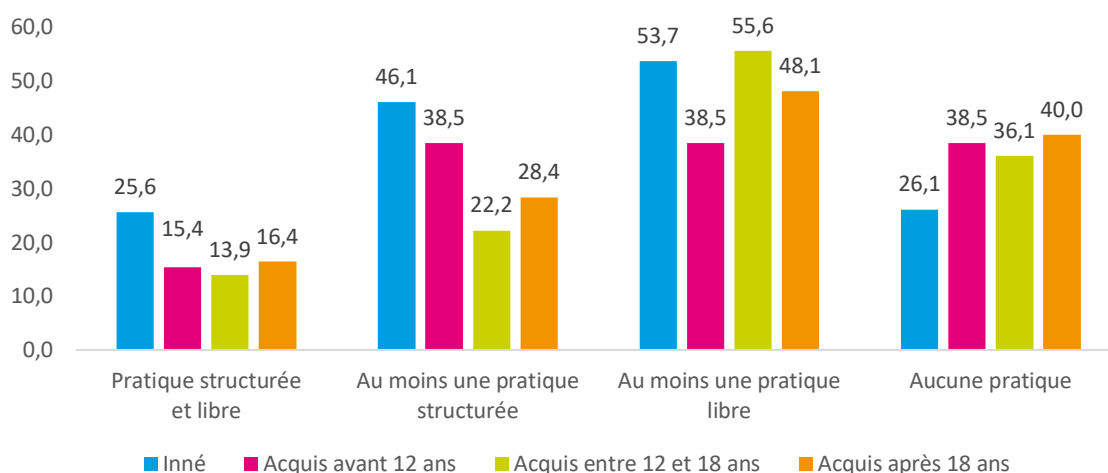
La pratique d'une APS structurée est plus fréquente chez les PSH ayant un handicap inné ou acquis jeune que ceux ayant acquis un handicap plus tardivement.

En effet, 46,1 % des personnes ayant un handicap inné (n=204) ont une pratique d'APS structurée, contre 38,5 % pour un handicap acquis avant l'âge de 12 ans (n=39), 22,2 % pour un handicap acquis entre 12 et 18 ans (n=36), et 28,4 % pour un handicap acquis après 18 ans (n=335)⁴.

Ces différences pourraient en partie être expliquées par différents facteurs tels que le manque de connaissances des APS, la difficulté d'acceptation des nouvelles capacités, l'impression de ne pas être capable, et la peur du jugement et du regard des autres. Ces différents facteurs peuvent notamment constituer des freins à la pratique, détaillés plus bas dans ce rapport. Pour ceux qui pratiquent une APS libre indépendamment d'une structure, aucune différence significative n'est observée en fonction du moment d'acquisition du handicap.

⁴ Attention : les analyses concernant les personnes ayant acquis leur handicap avant 12 ans et acquis entre 12 et 18 ans sont à interpréter avec prudence au regard du faible échantillon.

Figure 11 : Pratique d'APS en fonction de la période d'acquisition du handicap (%)



Dans le même sens, la proportion de personnes n'ayant aucune pratique est plus importante pour les personnes ayant un handicap acquis (40,0 % pour ceux ayant un handicap acquis après 18 ans (n=134)) que pour celles ayant un handicap inné (26,1 % ; n=203).

Les personnes ayant un handicap inné ont par ailleurs une durée de pratique encadrée hebdomadaire plus importante que celles ayant acquis un handicap au cours de leur vie (1,4h pour un handicap inné, 1,0h pour un handicap acquis avant 12 ans, et 0,8h pour un handicap acquis entre 12 et 18 ans ou après 18 ans), ainsi qu'une fréquence de pratique encadrée et professionnelle plus élevée. En revanche, on observe une fréquence plus élevée de pratique d'APS domestiques chez les personnes ayant acquis un handicap à partir de 12 ans.

En revanche, il n'existe pas de lien significatif entre la période d'acquisition du handicap et l'intensité perçue de la pratique d'APS, ainsi qu'avec la perception de l'évolution du niveau d'APS suite à la COVID-19.

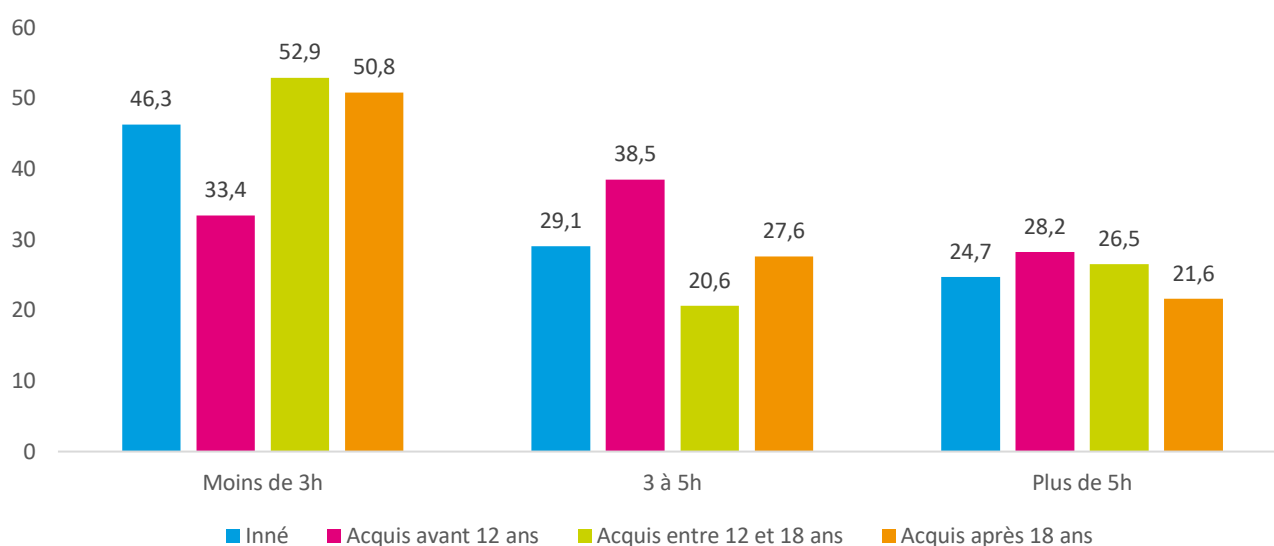
Il n'existe pas de différence significative sur les APS que les personnes souhaitent pratiquer, même si celles ayant un handicap inné ont tendance à moins souhaiter pratiquer d'APS de type « marche sportive, balade, course et athlétisme » que ceux ayant un handicap acquis (23,5 % vs. 34,5 % respectivement).

Alors qu'aucun levier n'est significativement associé à la période d'acquisition du handicap, les freins à la pratique diffèrent. De manière générale, plus le handicap est acquis tard, plus les douleurs physiques / la fatigue liées au handicap, la peur de se blesser ou d'aggraver son handicap, la volonté de ne pas s'engager dans une seule activité pour l'année entière, le coût de la pratique encadrée trop élevé, et la sensation de ne pas se sentir capable de pratiquer constituent des freins à la pratique.

Tableau 5 : Freins à la pratique d'APS selon la période d'acquisition du handicap

	Douleurs physiques / fatigue		Peur blessure / aggravation handicap		Ne veut pas s'engager dans une seule activité pour l'année entière		Coût pratique encadrée trop élevé		Ne se sent pas capable ou pas au niveau	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inné	45	22,1	30	14,7	21	10,3	30	14,7	29	14,2
Avant 12 ans	9	23,7	6	15,8	6	15,8	8	21,1	6	15,8
Entre 12 et 18 ans	17	47,2	10	27,8	8	22,2	13	36,1	7	19,4
Après 18 ans	141	42,1	85	25,4	73	21,8	103	30,8	80	23,9

Les personnes ayant acquis leur handicap avant l'âge de 12 ans sont celles qui passent le plus de temps devant les écrans les jours de repos. Cependant, au regard du faible échantillon pour les personnes avec un handicap acquis avant 12 ans (n=39) ou pour celles avec un handicap acquis entre 12 et 18 ans (n=34), il est nécessaire de rester prudent quant à l'analyse de ces résultats pour ces deux populations.

Figure 12 : Temps passé devant les écrans les jours de repos, en fonction de la période d'acquisition du handicap (%)

Enfin, de manière générale, plus le handicap est présent tôt, plus l'individu a une bonne perception de son état de santé global, de sa condition physique, de son poids, de son sommeil et de son état de stress.

UNE ATTENTION PARTICULIERE A PORTER AUX PERSONNES AYANT UN HANDICAP MOTEUR AINSI QU'A CELLES AYANT UN TROUBLE DU PSYCHISME

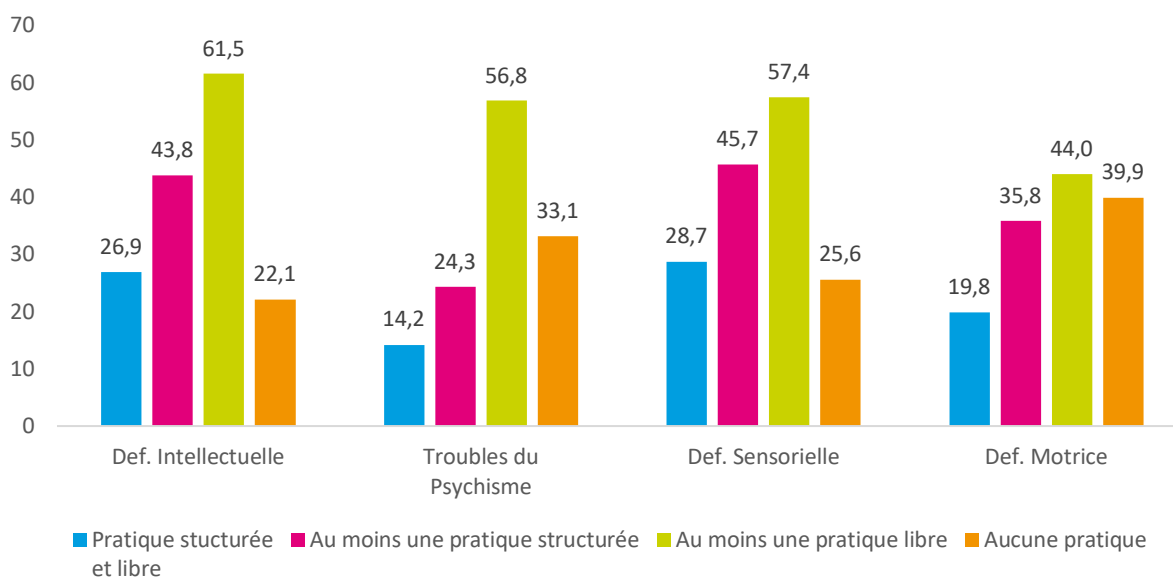
> La proportion de PSH n'ayant aucune pratique est plus élevée pour les personnes ayant un handicap moteur (39,9 %), et dans une moindre mesure pour les personnes ayant un trouble du psychisme (33,1 %). Les personnes présentant un handicap psychique ont tendances à moins pratiquer des APS structurées. Concernant les APS libres, une pratique moindre est à noter chez les personnes présentant un handicap moteur.

L'échantillon de personnes ayant un plurihandicap (4,4%), un polyhandicap (2,3%) ou un trouble du spectre de l'autisme (2,1%) étant très faible, leurs réponses ne seront pas analysées dans cette partie.

La proportion de PSH n'ayant aucune pratique est plus élevée pour les personnes ayant un handicap moteur (39,9 % ; n=107) et dans une moindre mesure pour les personnes ayant un trouble du psychisme (33,1 % ; n=148).

Les PSH qui pratiquent le plus une APS structurée sont celles ayant une déficience sensorielle (45,7 % ; n=129) et celles ayant une déficience intellectuelle (43,8 % ; n=105). Celles qui pratiquent le moins d'activités physiques structurées sont celles avec des troubles du psychisme (24,3 % ; n=148). Les personnes avec une déficience intellectuelle (n=104), sensorielle (n=129) ou un trouble du psychisme (n=148) sont celles qui pratiquent le plus de manière libre (respectivement 61,5 %, 57,4 % et 56,8 %).

Figure 13 : Type de pratique en fonction de la déficience (%)



Les personnes ayant une déficience sensorielle, intellectuelle, atteintes d'un trouble du psychisme effectuent majoritairement des activités de type « marche sportive, balade, course et athlétisme » (46,1 %, 51,7 % et 39,1 % respectivement). Les personnes avec une déficience motrice pratiquent majoritairement les « activités de la forme et de la gymnastique, danse » (25,3 %).

Les personnes ayant un trouble du psychisme sont celles qui ont la durée hebdomadaire de pratique d'APS déclarée la plus faible, celles atteintes d'une déficience sensorielle étant celles ayant la durée la plus élevée. Les personnes atteintes de troubles psychiques déclarent une pratique d'APS encadrée moins importante que l'ensemble des répondants.

Tableau 6 : Durée hebdomadaire d'APS selon le type de déficience (en nombre d'heures par semaine)

Contexte	Déficience intellectuelle	Trouble psychique	Déficience sensorielle	Déficience motrice
Déplacements	2,2	2,1	2,6	1,9
APS encadrée	1,5	0,6	1,3	1,1
APS non encadrée	1,3	1,4	1,8	1,9
Durée hebdomadaire	4,7	3,8	5,1	4,4

Selon le type de déficience, les freins principaux à la pratique d'APS varient. Chez les répondants présentant une déficience motrice, le frein principal correspond aux douleurs physiques et à la fatigue (43,8 %). Pour les personnes présentant une déficience sensorielle il s'agira plutôt du manque d'information sur les équipements et l'offre adaptée (27,6 %). Enfin, le manque de motivation est évoqué comme frein principal pour 36,4 % des personnes présentant un trouble psychique et les lieux de pratique trop éloignés pour 22,7 % dans le cadre d'une déficience intellectuelle.

Le coût de la pratique encadrée trop élevé et la peur de la blessure / aggravation du handicap sont uniquement évoqués chez les personnes présentant une déficience motrice (respectivement deuxième frein pour 30,9 % et troisième frein pour 27,5 %). L'absence de personnes avec qui pratiquer n'est évoqué que dans le cadre d'un trouble psychique (troisième frein pour 21,8 %) et l'impossibilité de pratiquer seul uniquement dans le cadre d'une déficience sensorielle (troisième frein pour 25,0 %).

Concernant les leviers à la pratique d'APS, le plaisir procuré apparaît comme levier principal pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (31,8 %), sensorielle (38,2 %) et celles ayant une déficience motrice (34,3 %). Les personnes présentant un trouble psychique évoquent prioritairement l'évacuation du stress et de l'anxiété (37,8 %), facteur également évoqué en levier secondaire dans le cadre d'une déficience intellectuelle (23,9 %), sensorielle (30,3 %) et motrice (33,9 %).

Concernant le niveau de sédentarité les jours de repos, les personnes ayant une déficience intellectuelle et les personnes ayant des troubles psychiques déclarent passer plus de temps assis que les autres répondants (respectivement 4,5h/jour pour les personnes avec une déficience intellectuelle et celles avec un trouble du psychisme vs. 3,8h/jour pour celles avec un handicap sensoriel et 3,7h/jour pour celles avec une déficience motrice).

Enfin, les personnes ayant la meilleure perception de leur santé sont les personnes avec une déficience intellectuelle et celles avec une déficience sensorielle.

DES FREINS ET DES LEVIERS SPECIFIQUES AUX PERSONNES UTILISANT UN FAUTEUIL ROULANT

- > La durée d'APS encadrée est plus importante chez les utilisateurs de fauteuil.
- > Le frein à la pratique d'APS le plus évoqué par les personnes ayant « souvent » ou « tout le temps » l'usage du fauteuil roulant concerne les difficultés de déplacements dans l'espace public (aménagement inadaptés, dépendance à une personne pour se déplacer).

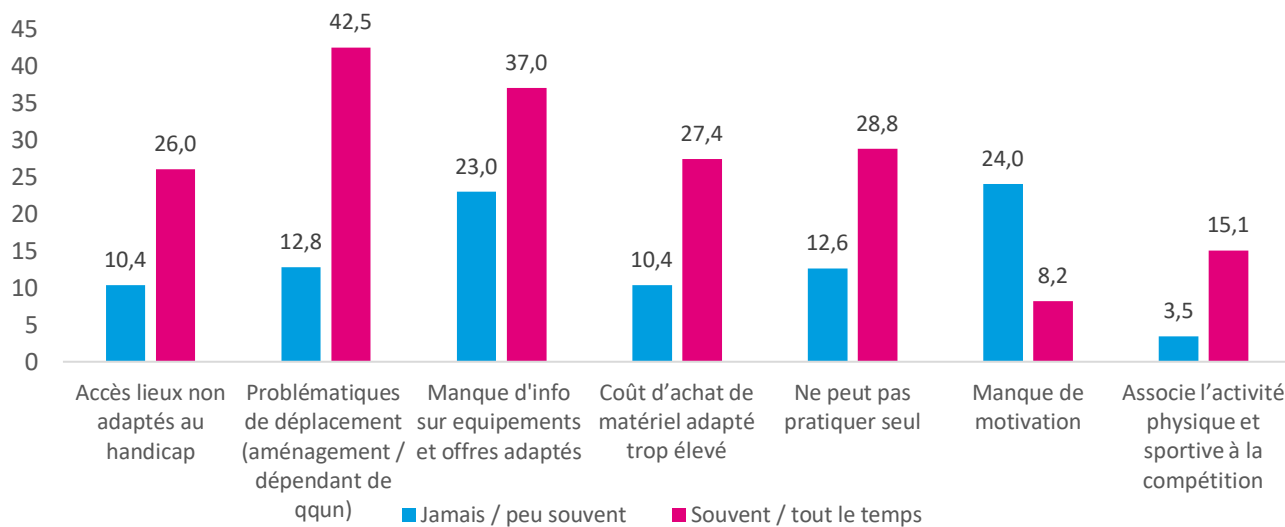
Il n'existe pas de lien significatif entre l'utilisation régulière d'un fauteuil roulant (qui concerne 11,2 % des répondants) et la pratique structurée ou libre d'activités physiques et sportives. En revanche, la durée hebdomadaire de pratique d'APS encadrée est plus faible (0,9h/sem vs. 2h/sem) pour les personnes qui n'utilisent pas ou peu souvent un fauteuil roulant, de même que la fréquence hebdomadaire. Au contraire, la fréquence des activités physiques réalisées dans le cadre du travail et des activités physiques domestiques est plus faible chez les personnes utilisant tout le temps un fauteuil roulant.

Des différences entre les personnes qui n'utilisent « jamais » ou « peu souvent » de fauteuil roulant et celles qui en utilisent « souvent » ou « tout le temps » sont observées sur plusieurs freins, liés à l'accessibilité aux lieux de pratique, au manque d'informations sur l'offre de pratique, au coût d'achat de matériel adapté, à l'impossibilité de pratiquer seul, et à l'association de l'APS à la compétition.

Les trois freins les plus identifiés par les personnes ayant « souvent » ou « tout le temps » l'usage d'un fauteuil roulant (n=73) sont :

- Les difficultés de déplacements dans l'espace public (aménagement inadaptés / dépendance à une personne pour se déplacer) (42,5 %).
- Le manque d'informations sur les équipements et offres adaptés au handicap (37,0 %).
- Les douleurs physiques / la fatigue liées à leur handicap (35,6 %).

Figure 14 : Freins à la pratique d'APS en fonction de l'utilisation ou non d'un fauteuil roulant (%)

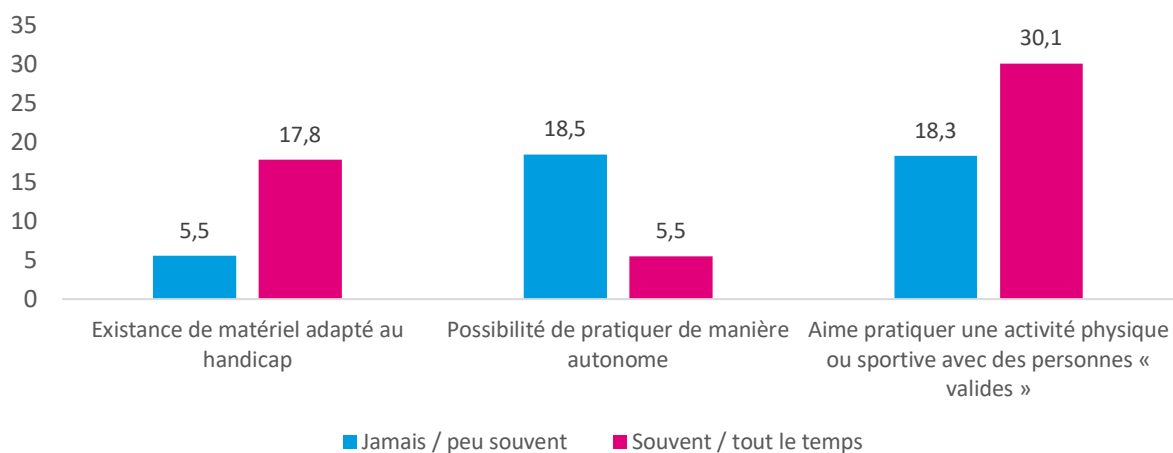


De la même manière, des différences entre les personnes qui n'utilisent « jamais » ou « peu souvent » de fauteuil roulant et celles qui en utilisent « souvent » ou « tout le temps » sont observées sur plusieurs leviers, liés au matériel adapté à la pratique, à la possibilité de pratiquer de manière autonome, et au plaisir de pratiquer avec des personnes « valides ».

Les trois leviers à la pratique d'APS les plus identifiés par les personnes ayant « souvent » ou « tout le temps » l'usage d'un fauteuil roulant (n=73) sont :

- Le plaisir procuré par la pratique d'APS (39,7 %).
- L'évacuation du stress / de l'anxiété (34,2 %).
- Le plaisir procuré par la pratique avec des personnes « valides » (30,1 %).

Figure 15 : Leviers à la pratique d'APS en fonction de l'utilisation ou non d'un fauteuil roulant (%)



DES COMPORTEMENTS ACTIFS ET SEDENTAIRES DIFFERENTS SELON LE NIVEAU DE DIPLOME

> Les répondants ayant un CAP / BEP et celles ayant le bac sont les plus représentés parmi les répondants n'ayant pas de pratique structurée et pas de pratique libre (respectivement, 42,5 % et 42,3 %, contre 28,7 % pour celles ayant le brevet des collèges ou moins et 32,3 % pour celles ayant un bac+2 ou plus).

> Plus le niveau de diplôme augmente, plus la durée de pratique non encadrée hebdomadaire augmente et plus le temps passé assis au travail et le temps d'écran les jours travaillés sont importants.

Les personnes avec un CAP / BEP (n=139) et celles ayant le bac (n=97) sont les plus nombreuses à ne pratiquer ni de manière structurée, ni de manière libre (respectivement, 42,5 % et 42,3 %, contre 28,7 % pour celles avec un brevet des collèges ou moins (n=216) et 32,3 % pour celles ayant un bac+2 ou plus (n=161)). Les personnes ayant un brevet des collèges ou moins et celles ayant un bac+2 ou plus sont celles qui pratiquent le plus de manière structurée ou libre (respectivement 52,8 % et 45,3 % des personnes avec brevet des collèges ou moins et ceux ayant un bac+2 ou plus, contre 38,1 % et 42,3 % pour les personnes avec CAP/BEP et ceux ayant le bac). Ces résultats ne se retrouvent pas en fonction du niveau de revenus.

A noter qu'en population générale, des travaux montrent qu'il existe une relation positive entre l'activité physique liée aux loisirs et le niveau socioéconomique, et inversement pour l'activité physique liée au travail. Dans l'étude INCA3 (2014-2015), le pourcentage d'adultes atteignant les recommandations d'activité physique n'est pas associé au niveau d'études, mais la proportion d'adultes ayant le niveau d'activité le plus élevé augmente avec le niveau d'études, en particulier chez les hommes.

Il n'existe pas de lien significatif entre la situation professionnelle des PSH ou leur niveau de revenus et la pratique d'activités physiques et sportives, qu'elle soit structurée ou libre. Il n'existe pas de lien significatif non plus entre la situation professionnelle et la durée, la fréquence, et l'intensité de la pratique d'APS d'une part, et les comportements sédentaires d'autre part.

Plus le niveau de diplôme augmente, plus la durée de pratique non encadrée hebdomadaire augmente (2,1h/sem pour les personnes ayant un bac+2 ou plus contre 1,5h/sem pour celles ayant le brevet des collèges ou moins). De la même manière, la fréquence hebdomadaire de pratique non encadrée et de pratique domestique est plus importante chez les personnes ayant un bac+2 ou plus que chez celles ayant le brevet des collèges ou moins. En revanche, la pratique au travail est plus importante chez les personnes à faible diplôme (brevet des collèges ou moins).

Tableau 7 : Fréquence hebdomadaire d'APS selon le niveau de diplôme (en nombre de jours par semaine)

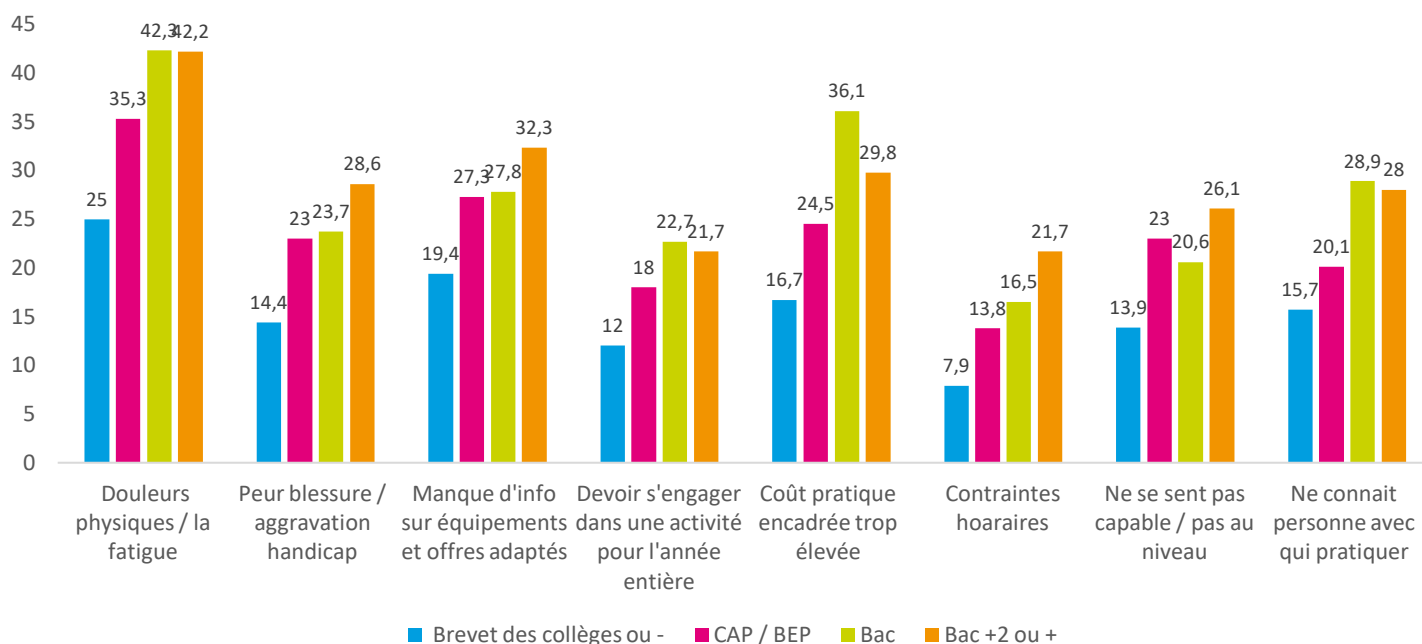
Contexte		Brevet des collèges ou moins	CAP / BEP	Bac	Bac+2 ou plus
Travail		1,8	1,1	0,9	1,0
APS encadrée	non	1,5	2,0	1,6	2,1
APS domestique		2,2	3,1	2,8	2,6

Les APS encadrées ainsi que l'utilisation de modes de transports actifs ne sont pas mentionnées dans le tableau ci-dessus car les différences en fonction des diplômes ne sont pas significatives. De manière générale, les répondants effectuent une APS encadrée 0,7 fois par semaine et utilisent un mode de transport actif pour leurs déplacements à une fréquence de 2,6 fois par semaine.

Les « activités de la forme et de la gymnastique / danse » sont les plus pratiquées par les personnes à haut niveau de diplôme (Bac +2 ou plus), qui souhaiteraient davantage pratiquer des « activités ou sports aquatiques et nautiques » et des « activités ou sports de glisse, de sports d'hiver et de montagne » que les autres. Les personnes ayant le brevet des collèges ou moins ne plébiscitent pas un type d'activité physique ou sportive plutôt qu'un autre.

Quel que soit le niveau de diplôme, le frein majoritaire à la pratique d'APS est la fatigue et/ou les douleurs physiques liées au handicap. Les freins les plus cités sont exposés dans la figure ci-dessous. Les personnes avec un niveau Bac ou plus sont ceux qui sont les plus représentés pour l'ensemble des freins. Inversement, les personnes les moins diplômées sont celles qui identifient le moins de freins à la pratique d'APS. Cela pourrait en partie être expliqué par l'hypothèse que les personnes les plus diplômées s'expriment davantage facilement sur les freins rencontrés que les personnes les moins diplômées.

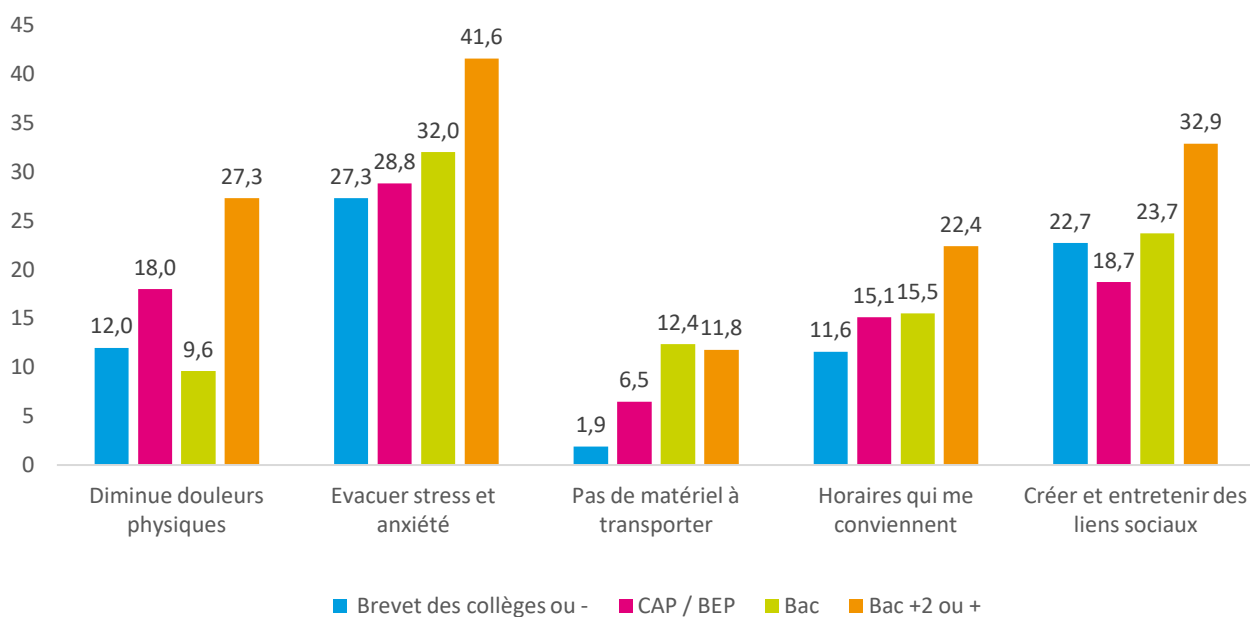
Figure 16 : Freins à la pratique d'APS selon le niveau de diplôme (%)



Concernant les leviers, celui qui revient le plus souvent pour l'ensemble des répondants est que l'APS leur permet d'évacuer leur stress et leur anxiété.

A l'image de l'analyse effectuée pour les freins, des différences sont observées en fonction du niveau de diplôme. Les personnes ayant un niveau de diplôme bac+2 ou plus sont les plus représentées pour la quasi-totalité des leviers. Les personnes ayant un brevet des collèges ou moins sont les moins représentées pour la majorité des leviers.

Figure 17 : Leviers à la pratique d'APS selon le niveau de diplôme (%)



Ces freins et ces leviers à la pratique d'APS diffèrent également en fonction de la situation professionnelle. Si pour tous, le frein majoritaire est la fatigue et/ou les douleurs physiques liées au handicap, les PSH sans emploi considèrent comme autres principaux freins le coût de la pratique encadrée trop élevé (31,3 %) et le manque d'informations sur les équipements et l'offre adaptée (28,8 %), alors que pour les personnes ayant un emploi, les autres freins principalement considérés sont l'éloignement des lieux de pratique (19,5 %) et des problématiques liées aux déplacements (manque d'aménagement / dépendance à une personne) (19,5 %).

En dehors des leviers principaux que constituent l'évacuation du stress/de l'anxiété et le plaisir procuré par la pratique d'APS, le troisième levier le plus cité par les PSH en emploi est la perte de poids (23,8 %).

Concernant les comportements sédentaires, plus le niveau de diplôme est élevé, plus le temps passé assis au travail et le temps d'écran les jours travaillés sont importants (6,9h/jour de sédentarité pour ceux ayant un bac+2 ou plus contre 5,1h/jour pour les personnes ayant le brevet des collèges ou moins pour le temps passé au travail). A noter que ce constat pourrait en partie être expliqué par les emplois occupés par les personnes plus diplômées (non spécifique aux PSH). *On observe une tendance similaire en population générale puisqu'une étude de l'ANSES « confirme que la durée des comportements sédentaires augmente avec le niveau de formation » et que « les participants les plus diplômés ont un niveau de sédentarité (déclaration de plus de 7 h/j en activités sédentaires) plus élevé que les moins diplômés (48,5 % contre 34,1 % chez les hommes et 45,1 % contre 33,9 % chez les femmes) » (ANSES, 2022).*

Dans le même sens, la proportion de personnes passant plus de 3h quotidiennes assis au travail d'une part, et plus de 3h par jour devant des écrans dans le cadre de leur travail d'autre part, est plus importante chez les personnes au diplôme élevé.

Tableau 8 : Temps passé assis au travail et temps d'écran les jours de travail, selon le niveau de diplôme (%)

Niveau de diplôme	Brevet des collèges ou moins	CAP / BEP	Bac	Bac+2 ou plus
Plus de 3h/j assis les jours de travail	38,6	47,8	59,3	62,6
Plus de 3h/j de temps d'écran les jours de travail	22,8	31,1	63,3	64,1

De la même manière, il existe un lien entre le niveau de revenus et les comportements sédentaires. Les jours de travail, la durée passée en position assise est plus importante chez les personnes ayant un niveau de revenus élevé (7,3h/j) que chez les personnes ayant un niveau de revenus faible (4,2h/j). La part des personnes passant plus de 3h par jour assis au travail, plus de 3h quotidiennes devant un écran les jours travaillés et au moins 1h par jour assis dans les transports les jours travaillés est croissante en fonction du niveau d'études. Ces tendances ne s'observent pas les jours de repos.

Tableau 9 : Comportements sédentaires selon le niveau de revenus (%)

Niveau de revenus	Faible	Moyen -	Moyen +	Elevé
Plus de 3h/j assis au travail	43,8	46,2	51,0	74,5
Plus d'1h/j assis dans les transports les jours de travail	25,8	23,3	16,7	33,7
Plus de 3h/j de temps d'écran les jours de travail	23,3	35,6	52,8	58,0
Plus de 3h/j de temps d'écran les jours de repos	48,8	56,0	58,4	47,4

Enfin, la perception de sa santé globale, de leur condition physique et de leur qualité de sommeil est globalement meilleure pour les personnes avec un emploi comparativement à celles qui n'en ont pas.

DES PROFILS PLUS À RISQUE

Les analyses des correspondances multiples associées à une classification ascendante hiérarchique, c'est-à-dire la recherche des profils pouvant être à risque, ont permis d'obtenir des résultats particulièrement riches pour 2 questions spécifiques :

1. À quel groupe d'individus appartiennent les personnes qui ne pratiquent pas d'AP structurée et quels sont les caractéristiques communes des individus présents dans ce groupe ?

Selon l'échantillon de l'étude, l'analyse a permis d'identifier deux profils de personnes présentant le plus de risque de ne pas pratiquer d'activité physique structurée. D'un côté, cela correspond aux personnes rassemblant le plus de caractéristiques parmi les suivantes (par ordre d'importance) : avoir un handicap moteur / avoir un handicap acquis après 18 ans / avoir 40 ans ou plus / être une femme. Parallèlement, un deuxième profil de personnes à risque de ne pas pratiquer d'activité physique structurée est identifié. Il s'agit des personnes regroupant le plus de caractéristiques parmi les suivantes (par ordre d'importance) : avoir un trouble du psychisme / avoir un handicap acquis entre 12 et 18 ans / être sans emploi / être un homme.

2. À quel groupe d'individus appartiennent les personnes qui ne pratiquent ni d'AP structurée ni d'AP libre et quels sont les caractéristiques communes des individus présents dans ce groupe ?

Les individus étant le plus à risque de ne pratiquer ni d'activité physique structurée, ni d'activité physique libre, d'après notre échantillon, sont ceux qui regroupent le plus de caractéristiques parmi les suivantes (par ordre d'importance) : avoir un handicap moteur / avoir un handicap acquis après 18 ans / avoir entre 40 -49 ans / être une femme.

Concernant les autres questions d'intérêt, les principaux résultats à retenir sont les suivants :

- Il semble important de considérer l'ensemble des contextes de pratique d'activité physique (loisirs, déplacements, travail et domicile) car les personnes les plus à risque d'avoir une durée faible d'AP sont celles qui ne pratiquent dans aucun des contextes.
- Il n'existe pas de profil spécifique de personnes qui auraient des comportements sédentaires différents des autres. Ce résultat témoigne de la difficulté d'établir des profils spécifiques auprès desquels agir en particulier pour lutter contre la sédentarité. L'information et la sensibilisation sur les risques de la sédentarité et les méthodes de prévention devraient donc être généralisées à toutes les personnes en situation de handicap, à partir du moment où elles ont une possibilité de se tenir debout.
- Les personnes ayant une bonne perception de leur santé sont celles qui pratiquent une AP structurée et/ou une activité physique libre. Cette analyse montre une nouvelle fois l'importance d'améliorer l'accès à ces pratiques pour tous pour favoriser la santé et, à minima, la santé perçue.

BIBLIOGRAPHIE

ANSES. (2022). AVIS de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail 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. <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2017SA0064-b.pdf>

CNSA. (2021). Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2021. <https://www.cnsa.fr/node/6182>

Collinet, C., Schut, P.-O., Pierre, J., & Segay, B. (2019). Etat des lieux des freins et leviers à la pratique sportive des personnes en situation de handicap. Orme et Paris 2024. <https://www.ffvolley-volleyassis.org/en-savoir-plus/enquete-orme---paris-2024---etat-des-lieux-des-freins-et-leviers-a-la-pratique-sportive-des-personnes-en-situation-de-handicap-120199>

CPSF. (2020). Etat des lieux des pratiques sportives en faveur des personnes en situation de handicap. <https://france-paralympique.fr/wp-content/uploads/2021/12/edl-bourgogne-franche-comte.pdf>

Fondation FDJ. (2015). Sport et handicap. Fondation FDJ. http://sportetcitoyennete.com/PDF/rapport%20tns%20_sport%20et%20handicap%20def.pdf

INJEP. (2020, novembre 24). Les chiffres clés du sport 2020—INJEP - Collectif. INJEP. <https://injep.fr/publication/les-chiffres-cles-du-sport-2020/>

Pôle ressource national Sport et Handicap. (2018). Enquête sur la pratique des activités physiques et sportives dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sport-en-esms-rapport-2.pdf>

Santé Publique France. (2020). Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence (p. 58). Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016.-volet-nutrition.-chapitre-corpulence>

Vendelin, A. (2018). Pré requis pour la recherche des déterminants de l'activité physique ou sportive chez les personnes en situation de handicap moteur habitant le Nord Pas de Calais [Lille]. https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM155.pdf

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Fréquence d'APS hebdomadaire selon le contexte de pratique	22
Tableau 2 : Temps passé assis dans les différents contextes de vie*	29
Tableau 3 : Contextes de pratique d'APS selon le sexe	30
Tableau 4 : Fréquence d'APS hebdomadaire et perception de l'intensité élevée selon le contexte de pratique en fonction du sexe*	31
Tableau 5 : Freins à la pratique d'APS selon la période d'acquisition du handicap	37
Tableau 6 : Durée hebdomadaire d'APS selon le type de déficience (en nombre d'heures par semaine)	39
Tableau 7 : Fréquence hebdomadaire d'APS selon le niveau de diplôme (en nombre de jours par semaine)	43
Tableau 8 : Temps passé assis au travail et temps d'écran les jours de travail, selon le niveau de diplôme (%)	45
Tableau 9 : Comportements sédentaires selon le niveau de revenus (%)	46
Figure 1 : Contexte de pratique d'APS des répondants	21
Figure 2 : Intensité perçue de la pratique selon le contexte (%)	23
Figure 3 : Freins à la pratique d'APS (%)	24
Figure 4 : Freins pour les personnes ne pratiquant aucune APS (%)	25
Figure 5 : Freins pour les personnes ne pratiquant pas une APS structurée ou une APS libre (%)	25
Figure 6 : Freins pour les personnes ayant une pratique d'APS structurée et une pratique d'APS libre (%)	26
Figure 7 : Leviers à la pratique d'APS (%)	27
Figure 8 : Principaux freins à la pratique d'APS pour les femmes (%)	32
Figure 9: Principaux freins à la pratique d'APS pour les hommes (%)	32
Figure 10 : Evolution de la pratique d'APS en fonction de l'âge (%)	34
Figure 11 : Pratique d'APS en fonction de la période d'acquisition du handicap (%)	36
Figure 12 : Temps passé devant les écrans les jours de repos, en fonction de la période d'acquisition du handicap (%)	37
Figure 13 : Type de pratique en fonction de la déficience (%)	38
Figure 14 : Freins à la pratique d'APS en fonction de l'utilisation ou non d'un fauteuil roulant (%)	41
Figure 15 : Leviers à la pratique d'APS en fonction de l'utilisation ou non d'un fauteuil roulant (%)	41
Figure 16 : Freins à la pratique d'APS selon le niveau de diplôme (%)	44
Figure 17 : Leviers à la pratique d'APS selon le niveau de diplôme (%)	44



Enquête nationale sur la pratique d'activités physiques et la sédentarité des adultes en situation de handicap vivant à domicile en France

Bilan de la phase quantitative - Juin 2023

Soutenu par

