



**Pratiques Sportives et  
Personnes Handicapées en France**

**Exploitation de l'enquête HID  
Handicap – Incapacités - Désavantages  
(Institution 1998 et Domicile 1999)**

**Rapport final**

**Convention d'Etude  
Université Montpellier 1 – DREES**

**Février 2003**



**Marcellini Anne et Banens Maks**  
Avec la participation de Turpin J.P. et Raufast L..

- Anne Marcellini, Maître de Conférences, Equipe « Corps et Culture », UFR STAPS, Université Montpellier I, 700 avenue du Pic St Loup, 34090 Montpellier.

- Maks Banens, Maître de Conférences, CEFRESS, Université de Picardie Jules Verne, Campus, Chemin du Thil, 80025 Amiens.

- Jean-Philippe Turpin, Chercheur associé.

- Lionel Raufast, Doctorant, Université Montpellier III.

## Sommaire

I.	Introduction .....	4
II.	Choix méthodologiques généraux .....	5
III.	La pratique sportive des personnes handicapées : combien de pratiquants et qui sont-ils ?	6
A.	Les taux de pratique sportive des personnes vivant en Institutions spécialisées et à Domicile : Des réalités bien différentes .....	6
1.	Sexe, Age et Sport .....	7
2.	La situation familiale .....	11
3.	Catégorie socioprofessionnelle et revenus .....	13
4.	Institutions spécialisées et trajectoires institutionnelles : quels liens avec la pratique sportive ? .....	16
B.	Les différents contextes de la pratique sportive : de l'institution spécialisée à la pratique « libre » .....	27
IV.	Quelles activités sportives chez les pratiquants handicapés ? .....	34
A.	Une priorité pour des activités individuelles, à l'exception du... Football .....	34
B.	Le retour de la différence des sexes dans le choix des activités .....	39
1.	La marche : une activité peu sexuée .....	39
2.	La gymnastique : une pratique de femme en institution comme à domicile .....	42
3.	Le Football : activité réservée aux hommes jeunes .....	44
4.	Le cyclisme : impossible en institution ?? .....	45
5.	La natation : une certaine résistance des hommes ? .....	47
6.	Une détermination institutionnelle des pratiques sportives .....	48
V.	Les non pratiquants sportifs .....	49
A.	Les non pratiquants et la question des classes d'âge .....	49
B.	Les justifications de la non pratique sportive : différences selon le sexe et le lieu de vie	51
1.	La santé comme limite à la pratique sportive .....	52
2.	Le manque de temps ou de partenaires pour pratiquer .....	52
3.	L'absence de besoin et d'envie .....	52
4.	L'avancée en âge comme raison de la non pratique sportive .....	52
VI.	Déficiences, Incapacités et pratiques sportives .....	55
A.	Un premier repère : le nombre de déficiences déclaré .....	55
B.	Déficience unique et associations de déficiences .....	55
1.	Déficience unique et associations de déficiences dans l'enquête Institution 1998 : une grande majorité de personnes présentant des déficiences intellectuelles ou psychiques. ....	55
2.	Déficience unique et associations de déficiences dans l'enquête Domicile 1999 : Une part majeure de personnes sans déficience intellectuelle ou psychique. ....	56
3.	Pratique sportive selon les types de déficiences et d'associations de déficiences en Institution .....	57
4.	Pratique sportive à domicile selon les types de déficience et d'associations de déficiences : .....	62
C.	Les indicateurs d'incapacités et la pratique sportive .....	67
1.	Les indicateurs classiques d'incapacités et la pratique sportive .....	67
2.	Création d'un score d'incapacité à partir des données du module B de HID et lien avec la pratique sportive .....	71

D.	Types d'incapacités et niveaux d'incapacités .....	78
1.	La pratique sportive et les besoins d'aide pour la toilette, l'habillement et l'alimentation .....	78
2.	La pratique sportive et les gênes liées à l'élimination .....	80
3.	La pratique sportive et les incapacités de mobilité corporelle .....	82
4.	La pratique sportive et les incapacités de communication, cohérence, orientation .....	85
5.	La pratique sportive et les incapacités de vision, ou d'audition.....	87
6.	La pratique sportive et les limitations dans la souplesse et la motricité fine .....	89
7.	Les incapacités relatives au ménage.....	91
8.	Conclusion.....	92
VII.	Incapacités, désavantages sociaux, et intégration sociale chez les sportifs et les non sportifs.....	93
A.	Le handicap comme étiquette et comme désavantage social .....	93
1.	Le statut administratif : déclaré et reconnu comme handicapé ou pas ? .....	93
2.	L'accès aux rôles sociaux considérés comme « normaux » comme évaluation du désavantage social .....	99
3.	La pratique sportive comme indicateur de moindre désavantage social ? .....	126
B.	Intégration versus isolement social : la mise en avant de la question du lien social..	127
1.	Les liens familiaux .....	128
2.	Les liens amicaux .....	134
3.	Les liens « amoureux ».....	138
4.	Le lien « associatif » : une participation sociale spécifique ? .....	141
C.	La question de l'auto-évaluation et de la satisfaction subjective des personnes : quel lien avec le sport ?.....	146
1.	L'auto-évaluation de la santé : .....	146
2.	La satisfaction par rapport à l'aide reçue : .....	149
3.	La satisfaction à l'égard des conditions de logement :.....	153
4.	La satisfaction à l'égard de la quantité de sorties.....	156
5.	La pratique sportive et la « qualité de vie » subjective .....	158
D.	La pratique sportive des personnes déficientes : quels liens entre incapacités, handicap et intégration sociale ?.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
VIII.	Intérêts et limites de l'indicateur « pratique sportive » dans la compréhension et l'évaluation des situations de handicap, et d'exclusion sociale .....	159
A.	L'institution et le domicile : des contextes fondamentalement différents au regard de la pratique sportive.....	159
B.	Sport, statut administratif, désavantage social, lien social, et satisfactions. ....	160
1.	Les sportifs vivant en institution .....	160
2.	Les sportifs vivant à domicile .....	162
IX.	Bibliographie.....	166

## **I. Introduction**

Dans les représentations sociales communes, la pratique sportive se présente comme un attribut positif, et elle est en outre très souvent présentée dans les discours (politiques et éducatifs en particulier) comme un facteur d'intégration sociale. Les personnes handicapées n'échappent pas à la règle, et pour elles, comme pour beaucoup d'autres, la pratique sportive est présentée classiquement comme une activité positive, favorisant en particulier la santé et l'intégration sociale.

Une grande majorité des études scientifiques développée sur la thématique des pratiques sportives des personnes handicapées est organisée à partir de protocoles visant à évaluer l'impact de la pratique des activités physiques et sportives sur les personnes concernées au travers de différentes variables telles que la santé, la qualité de vie, la conscience du corps, l'image de soi, les traits de personnalité, les incapacités, l'intégration sociale, mais aussi la consommation maximale d'Oxygène (VO<sub>2</sub>max), la ventilation, l'adaptation cardio-vasculaire, ou de façon plus globale la condition physique.

Dans une perspective psychologique ou sociologique, certaines recherches visent à évaluer l'impact de la pratique sportive sur les représentations des personnes handicapées chez les professionnels du secteur médico-social, ou encore dans le grand public.

Dans tous les cas, les recherches scientifiques tentent de relier la pratique sportive à un certain nombre d'effets positifs attendus, à partir de l'hypothèse selon laquelle la pratique sportive, en tant que variable explicative, est la cause de ces effets. D'une manière générale l'étude du sport est envisagée dans une perspective causaliste plus qu'interactionniste.

Les études disponibles sont généralement limitées à un type de déficience, ou un type d'incapacité (les déficients intellectuels, moteurs, ou encore les personnes en fauteuil roulant), rendant difficiles les comparaisons et l'émergence de données générales sur les pratiques sportives des personnes handicapées.

L'exploitation de l'enquête HID dans la prise en compte des données relatives à la pratique sportive qu'elle contient (module G) doit permettre de dresser une image globale des pratiques sportives des personnes handicapées en France, que celles-ci vivent à domicile ou au sein d'institutions spécialisées, connaissance jusqu'ici indisponible. Nous avons limité notre projet à deux grands axes.

Le premier (chapitres III, IV et V) vise à rendre compte de la situation française en termes de pratique sportive des personnes handicapées, produisant des connaissances sur les taux de pratique sportive, les cadres de la pratique sportive, les types de sports et les justifications de la non pratique sportive chez les personnes handicapées. Cette analyse descriptive est menée à la fois pour les publics hébergés en institution, et pour ceux qui vivent à domicile.

Le second (chapitres VI, VII et VIII) tente l'étude des relations entre pratique sportive, déficiences, incapacités et désavantages sociaux, pour tester l'hypothèse générale selon laquelle la pratique sportive serait liée à une plus faible occurrence de désavantages sociaux chez les personnes handicapées. Il n'a pas été possible de travailler directement sur le lien entre gravité des déficiences et niveau d'incapacité chez les sportifs et les non sportifs, car l'enquête ne permet pas de distinguer les différents degrés de déficience. Mais le travail permet de mettre en évidence l'accès à la pratique sportive selon les différents types de déficience.

## **II. Choix méthodologiques généraux**

Dans ce travail nous avons voulu aborder l'enquête HID dans une perspective très large afin de rendre compte des caractéristiques générales de la population dite « handicapée » au regard de la pratique sportive. De manière globale nous avons donc organisé notre approche selon une logique comparative pour mettre en évidence les éventuelles différences entre les deux populations que sont les pratiquants de sport et les non pratiquants (réponse oui/non à la question GSPRAT : pratiquez-vous régulièrement un ou plusieurs sports ?). Ce travail a été limité aux personnes de 5 à 74 ans, en référence aux études les plus récentes menées sur les pratiques sportives des français, qui proposent de ne pas poser à 60 ans la limite supérieure des analyses et enquêtes sur les pratiques sportives, car l'accès aux activités physiques et sportives chez les seniors est devenu aujourd'hui une réalité sociale (Irlinger P., Louveau C., Métoudi M. (1987) et Mignon P. & Truchot G. (2001)). Si nous avons retenu les plus jeunes dès l'âge de 5 ans c'est pour prendre la mesure des limitations existantes dans l'accès aux activités physiques pour les jeunes handicapés, même scolarisés, c'est-à-dire, devant normalement suivre les cours d'E.P.S.

Dans l'enquête HID Institution 1998, ce cadrage en âge (5-74 ans) amène à travailler avec une population brute de 9579 personnes, dont 5610 hommes et 3969 femmes. En données pondérées on obtient une répartition de la population institutionnelle également en faveur des hommes, puisque il y a 57,23% d'hommes pour seulement 42,77% de femmes. Il est à noter que cette majorité d'hommes est directement liée à la restriction en âge, puisque dans la population institutionnalisée, tous âges confondus, la répartition homme / femme est inversée avec 64% de femmes et 36% d'hommes. Cependant, dès lors que l'on s'intéresse à la pratique sportive, le module G est impliqué, module dans lequel on a recueilli moins d'observations que dans le module MODINDIV : 15288 observations dans le module MODINDIV et seulement 14587 observations dans le module G. Là encore, la restriction d'âge intervient et dans les croisements avec les variables de ce module G nous ne pourrions travailler finalement qu'avec 9088 observations. Cette perte d'effectif transforme peu la répartition homme / femme, puisque la répartition est de 57,28% d'hommes pour 42,72% de femmes en institution, chez les 5-74 ans, après pondération.

Dans l'enquête HID Domicile 1999, le cadrage en âge (5-74 ans), dans le croisement avec le module G produit une population brute de 12646 sujets, dont 6221 hommes et 6425 femmes. En pourcentage pondéré, la répartition homme / femme fait apparaître une majorité de femmes : 50,71% de femmes pour 49,3% d'hommes.

En ce qui concerne les classes d'âge, nous avons fait le choix de travailler le plus souvent avec 7 classes d'âge décennal de 5 à 74 ans, le découpage en âge quinquennal générant la plupart du temps des effectifs trop réduits sur les groupes manipulés. Pour ces mêmes raisons d'effectif, nous avons quelquefois dû utiliser des tranches d'âges plus larges.

### III. La pratique sportive des personnes handicapées : combien de pratiquants et qui sont-ils ?

#### **A. Les taux de pratique sportive des personnes vivant en Institutions spécialisées et à Domicile : Des réalités bien différentes**

L'enquête HID Domicile 1999/2000, rendant compte après pondération de la population française vivant à domicile, fait apparaître un taux de déclaration de pratique sportive de 47,3% (ap. pond.), ce qui correspond à un effectif brut de 3588 sportifs. Les groupes que nous allons manipuler dans l'enquête Domicile sont du point de vue des effectifs bruts de 3588 pour le groupe des sportifs et de 9058 pour les non-sportifs (total de la population HID Domicile 5-74 ans = 12646).

Le taux de pratique sportive obtenu dans l'enquête HID Domicile est un peu plus bas que ceux repérables dans les dernières enquêtes sur les pratiques sportives des français (CREDOC, 1999 ; Mignon P. & Truchot G., 2001), mais ce décalage peut être imputé à la formulation de la question posée aux enquêtés, car dans l'enquête HID, contrairement aux autres enquêtes, la formulation de la question implique la notion de régularité et limite le sujet à la notion de sport : « Pratiquez vous régulièrement un ou plusieurs sports ? ». Ceci dit, le résultat de l'enquête HID Domicile s'avère très proche de celui de l'enquête INSEP/MJS, si l'on s'en tient aux réponses dites « spontanées » de cette enquête, c'est-à-dire sans relances de l'enquêteur.

Si l'on retient la population vivant à domicile, et déclarant une déficience ou plus, le taux de pratique sportive du groupe est de 36,2%, se situant à plus de 10 points sous celui de la population française du même âge.

L'enquête HID Institution 1998, fait apparaître que 3882 personnes en effectif brut (2427 hommes et 1455 femmes) déclarent avoir une activité sportive régulière, ce qui correspond à 32,8% de la population (ap. pond.). Les groupes manipulés dans l'enquête Institution seront donc, du point de vue des effectifs bruts, de 3882 sportifs et 5206 non sportifs (total de la population HID Institution 5-74 ans = 9088).

**Tableau 1. La déclaration de pratique sportive – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 - 5-74 ans – et enquêtes de référence**

Repérage/diff. enquêtes	HID Institution 5-74 ans	HID Domicile 5-74 ans 1 déf. ou +	HID Domicile 5-74 ans	INSEP/MJS 15-74 ans -2001-rép. spontanées	CREDOC 1999
Taux de pratique sportive	32,8%	36,2%	47,3%	48%	75%

De manière globale on peut donc dire que la population vivant en institution déclare un taux de pratique sportive plus faible que la population française (HID Domicile ap. pond.), avec un décalage de presque 15 points. La population présentant une déficience ou plus, et vivant à domicile, a un taux de sportive intermédiaire.

Il convient d'entrer dans les détails par l'analyse de différentes variables, qui, par hypothèse, peuvent être posées comme déterminantes de la pratique sportive.

## **1. Sexe, Age et Sport**

Dans l'enquête Domicile, le sexe a une influence sur la pratique sportive puisque 53,2% des hommes (eff. brut sportifs = 2000) déclarent une pratique sportive contre seulement 41,7% des femmes (eff. brut sportives = 1588).

L'âge intervient également fortement sur le taux de pratique sportive, et ce de façon différentielle entre les hommes et les femmes. De 5 à 14 ans, la grande majorité des enfants déclarent pratiquer une activité sportive régulière (de 65 à 75%). Les garçons pratiquent plus que les filles lorsqu'ils ont moins de 10 ans, mais de 10 à 14 ans, le sexe n'intervient plus dans le taux de pratique sportive. Par contre, de 15 à 39 ans, la différence de pratique entre hommes et femmes est maximale (de 7,5 à 34 points d'écart), à l'avantage, des hommes. Cette différence, maximale entre 15 et 25 ans, est liée à la baisse du taux de pratique des jeunes femmes, alors que les jeunes hommes maintiennent un taux de pratique sportive proche de celui de l'enfance. De 25 à 39 ans, la différence homme /femme se maintient, même si elle se réduit quelque peu. De 40 à 54 ans, un nouveau phénomène est à souligner, les différences entre les sexes sont quasi-nulles, et sont liées essentiellement à la baisse du taux de pratique des hommes. La tranche d'âge 55-64 ans est celle dans laquelle les taux de pratique sportive augmentent à nouveau, à la fois pour les hommes et pour les femmes.

Dans l'enquête Institution, l'impact du sexe sur la pratique sportive se retrouve puisque 35,48% des hommes (eff. brut sportifs : 2427) se déclarent sportifs, pour seulement 29,26% (eff. brut sportives : 1455) des femmes. On notera cependant que l'écart entre les sexes est plus faible (6,22 points) que dans l'enquête Domicile (11,39 points).

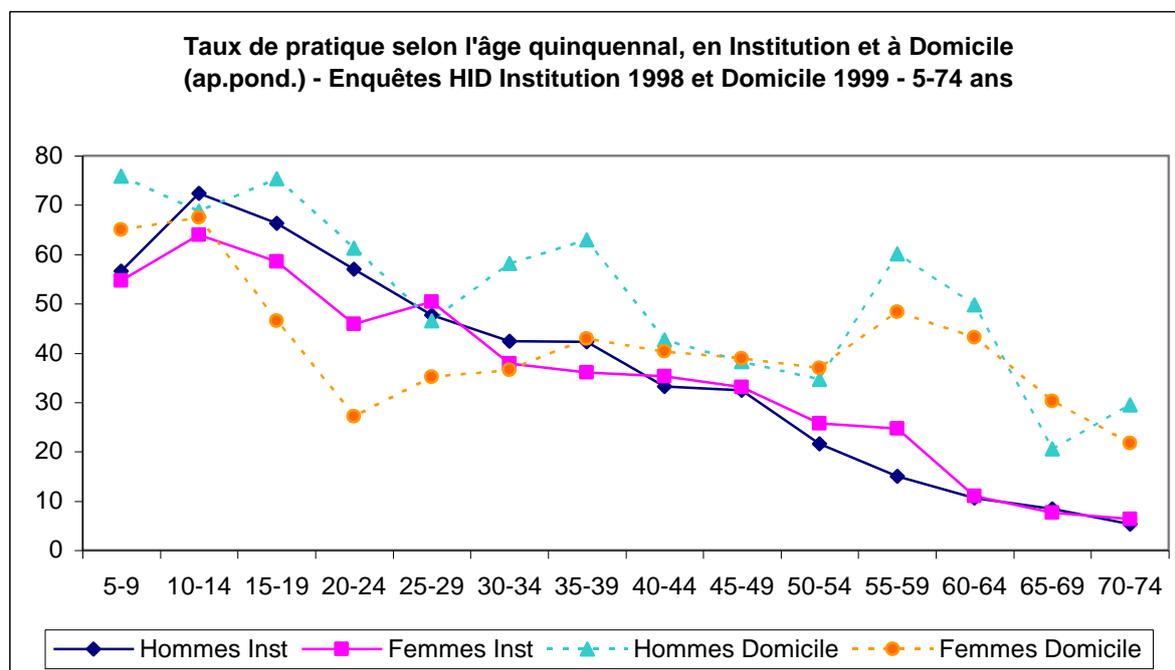
En institution, l'âge se présente également comme un facteur très fortement lié à la pratique sportive : la population d'étude a une moyenne d'âge de 43,66 ans (Ec. Type : 20,6), mais les sportifs, eux, ont un âge moyen de 30,55 ans (Ec. Type : 16,6). Les non sportifs, eux, ont 50,06 ans en moyenne (Ec. Type : 19,3).

L'impact de l'âge sur le taux de pratique sportive est ici assez régulier, avec un passage en dessous du taux moyen (32,8%) à partir de la catégorie d'âge des 45-49 ans. On peut noter que les taux de pratique des jeunes (moins de 20 ans) sont très proches de ceux de la population française vivant à domicile.

**Tableau 2. Evolution des taux de pratique sportive selon l'âge quinquennal et le sexe (ap. pond.) – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans**

Age Quinquennal	Hommes Inst	Femmes Inst	Pop. Inst.	Hommes Domicile	Femmes Domicile	Pop. Domicile
5-9	56,61	54,66	55,93	75,8	65	70,6
10-14	72,36	63,98	69,76	68,7	67,5	68,1
15-19	66,27	58,56	63,22	75,3	46,5	61,2
20-24	57,04	45,83	52,69	61,3	27,1	44,2
25-29	47,67	50,44	48,76	46,5	35,2	40,8
30-34	42,36	37,89	40,58	58,2	36,6	47,2
35-39	42,25	36,08	39,83	62,9	42,9	52,7
40-44	33,22	35,23	34,05	42,7	40,3	41,5
45-49	32,48	33,14	32,76	38,2	38,9	38,6
50-54	21,54	25,73	23,28	34,6	37	35,8
55-59	14,94	24,69	18,75	60,1	48,4	54,2
60-64	10,66	11,05	10,83	49,7	43,2	46,3
65-69	8,42	7,60	8,03	20,6	30,2	26
70-74	5,26	6,35	5,87	29,5	21,7	25,1
Taux moyen	35,48	29,25	32,82	53,2	41,7	47,3

**Graphique 1**



Comme le montre le graphique précédent, les différences de taux de pratique sportive varient selon l'âge mais aussi selon le lieu de vie, notamment :

- de 15 à 29 ans, période où les femmes vivant à Domicile pratiquent beaucoup moins que les autres groupes ;

- de 55 à 74 ans, période où la population vivant en institution accuse une baisse de la pratique sportive, tandis que la population vivant à domicile reprend une pratique sportive.

Globalement l'avancée en âge fait diminuer le taux de pratique sportive.

On peut dire que l'institutionnalisation produit une amélioration de la parité homme / femme en ce qui concerne le taux de pratique sportive.

A partir de 35 ans, le taux moyen de pratique sportive des hommes et des femmes vivant en institution est plus faible que celui de leurs homologues vivant à domicile. Cet écart devient très important à partir de 55 ans.

La population vivant à domicile représente la quasi-totalité de la population française, dans laquelle le taux de personnes présentant des déficiences ou des incapacités est très faible, contrairement à la population institutionnelle. Les différences ici repérées renvoient donc à deux dimensions majeures : le lieu de vie, et le type de population concerné au regard des déficiences et des incapacités.

En limitant notre analyse aux personnes présentant une ou des déficiences, dans chacune des deux enquêtes, deux populations plus comparables du point de vue des déficiences peuvent être obtenues. Cela permet d'évaluer l'impact de la variable « lieu de vie » : en institution spécialisée ou à domicile. Pour cela nous avons retenu, dans l'enquête Domicile, uniquement les personnes déclarant une déficience ou plus (NBDEFIC>0). Pour l'enquête Institution, de manière à prendre en compte la recodification (variable ANATDM), nous n'avons pas utilisé la variable NBDEFIC, mais une variable générée, appelée EXCLU2 (voir détail méthodologique dans le chapitre VI.).

- En institution, cette restriction à la population présentant au moins une déficience ne modifie que très peu la population prise en compte, bien entendu, puisque seules 174 personnes sur 9088 dans la tranche d'âge retenue ne présentent aucune déficience. De ce fait, les taux de pratique sportive de cette population de 5-75 ans en institution présentant une déficience ou plus (35,1% pour les hommes et 28,9% pour les femmes) sont quasiment identiques à ceux obtenus pour la population générale des institutions de 5-74 ans (35,5% pour les hommes et 29,2% pour les femmes).

- A domicile, par contre, la restriction à la population déclarant au moins une déficience, produit des transformations importantes. En effet, si l'on élimine les personnes ne déclarant aucune déficience, on passe d'un effectif total de 12646 (5-74 ans) à 9807. En outre, ce sont les individus les plus « lourds » en termes de pondération qui sont éliminés, ce qui produit des changements importants dans les taux pondérés.

Les hommes à domicile (5-74 ans) affichent un taux de pratique sportive de 53,2%, mais ce taux descend à 40,5% pour les hommes à domicile avec 1 déficience ou plus (5-74 ans). Ce taux moyen, si l'on accepte de le comparer, à titre de repère, avec celui des hommes vivant en institution et déclarant 1 déficience ou plus, permet de dire que à une déficience ou

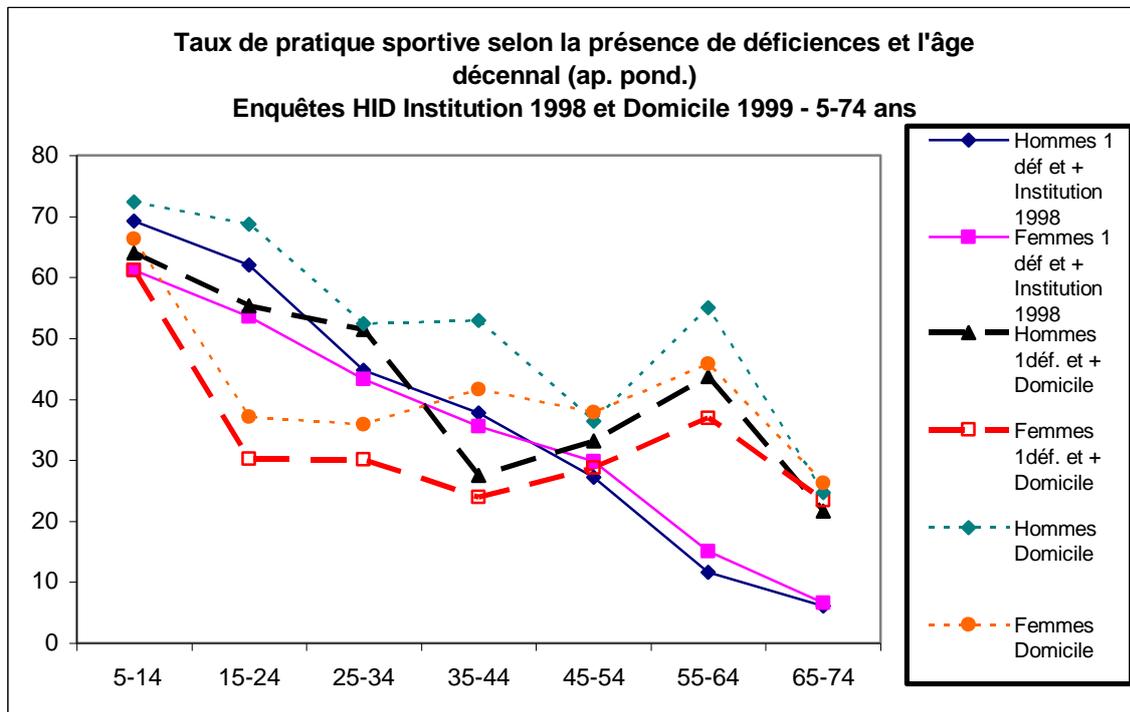
plus, les hommes vivant à domicile pratiquent plus que ceux vivant en institution avec un écart de 5,4 points.

Pour les femmes, les résultats aboutissent à la même conclusion. Les femmes à domicile, déclarant une déficience ou plus, affichent un taux de pratique sportive de 32,3%, c'est-à-dire supérieur de 3,4 points à celles qui vivent en institution.

**Tableau 3. Taux de pratique sportive selon le sexe et l'âge décennal, à une déficience ou plus - Enquête HID Institution 1998 et HID Domicile 1999 (ap. pond.) - 5-74 ans.**

Taux de pratique sportive	Hommes 1 déf et + Institution 1998	Femmes 1 déf et + Institution 1998	Hommes 1 déf. et + Domicile	Femmes 1 déf. et + Domicile	Hommes Domicile	Femmes Domicile
5-14	69,2	61,2	64	61,2	72,4	66,3
15-24	62	53,5	55,3	30,2	68,7	37,1
25-34	44,8	43,3	51,4	30,1	52,4	35,9
35-44	37,7	35,6	27,5	23,9	52,9	41,6
45-54	27,2	29,8	33,1	28,8	36,4	37,9
55-64	11,6	15,1	43,7	36,9	55	45,8
65-74	6,1	6,6	21,6	23,4	24,7	26,2
<b>5-74 ans</b>	<b>35,1</b>	<b>28,9</b>	<b>40,5</b>	<b>32,3</b>	<b>53,2</b>	<b>41,7</b>

**Graphique 2**



On constate en premier lieu, sur le graphique 2, que de 5 à 44 ans, la population qui pratique le moins le sport est celle des femmes présentant une déficience ou plus et vivant à domicile.

On voit clairement que de 15 à 34 ans, comme pour l'ensemble des femmes à domicile, les femmes déficientes vivant à domicile accusent une baisse importante de la pratique sportive. On peut donc dire que la présence de déficience(s) ne transforme pas cette réalité, qui est déterminée sexuellement. Par contre, la situation de vie en institution, elle, fait disparaître cette différence sexuelle.

Ensuite, il faut noter que les hommes vivant à domicile, avec une déficience ou plus, pratiquent beaucoup moins que l'ensemble des hommes à domicile, particulièrement de 5 à 24 ans, et de 35 à 44 ans.

Par ailleurs, la reprise de l'activité sportive chez les plus âgés, déjà observée dans la population globale (HID Domicile), se retrouve chez les personnes déficientes vivant à domicile, et ce dès 45 ans. Là encore on peut dire que la présence de déficience(s) ne fait pas disparaître ce « retour à l'activité physique », alors que la vie en institution l'efface.

On peut donc affirmer que le fait d'avoir une déficience ou plus lorsqu'on vit à domicile fait chuter le taux de pratique sportive. De 45 à 54 ans, les taux de pratique sportive des différents groupes se rapprochent les uns des autres, autour de 35%, aussi bien entre les hommes et les femmes, que entre ceux qui vivent en institution et ceux qui vivent à domicile. Par contre, de 55 à 75 ans, le lieu de vie s'avère déterminant, mais cette fois-ci au profit de ceux qui vivent à domicile, le taux de pratique sportive chute brutalement d'une quinzaine de points pour ceux qui vivent en institution, qu'il s'agisse des hommes ou des femmes, tandis qu'il remonte pour ceux qui vivent à domicile.

On constate donc un impact à la fois de l'âge, du sexe, de la présence de déficience(s) et du lieu de vie sur les taux de pratique sportive.

Il devient ici impératif de s'interroger sur les cadres de réalisation de la pratique sportive, que ce soit pour les personnes vivant à domicile ou pour celles qui vivent en institution. Ils pourront peut-être expliquer ces différences (voir chapitre III, B.).

## **2. La situation familiale**

En Institution, en ce qui concerne la vie de couple (CCOUP), la population d'étude est réduite de 1442 sujets de 5 à 14 ans, à qui cette question n'a pas été posée. Nous travaillons donc avec 7646 personnes de 15 à 74 ans. De plus, les personnes déclarant vivre en couple (CCOUP=1 et 2) sont extrêmement minoritaires (eff. 582) et ne représentent que 8,33% de la population institutionnelle des 15-74 ans. Toutefois les effectifs sont suffisants pour affirmer que la vie de couple, pour les gens qui vivent en institution, n'a pas de lien direct avec la pratique sportive. En effet, les taux de pratique sportive de ceux qui vivent en couple (CCOUP=1 : 29,47%) et de ceux qui ne vivent pas en couple (CCOUP=3 : 30,17%) sont comparables. Par contre, pour ceux qui vivent en couple mais dont le conjoint ne vit pas dans l'institution, on observe un taux de pratique sportive particulièrement bas (15,59%).

Si l'on croise cette variable concernant la vie de couple avec les groupes exclusifs de déficience, pour essayer de mieux comprendre ce résultat global, on ne peut faire une analyse que sur 4 groupes dont les effectifs dans chacune des catégories sont suffisants. On s'aperçoit que le taux de pratique sportive en fonction de la vie de couple ne varie que dans certains

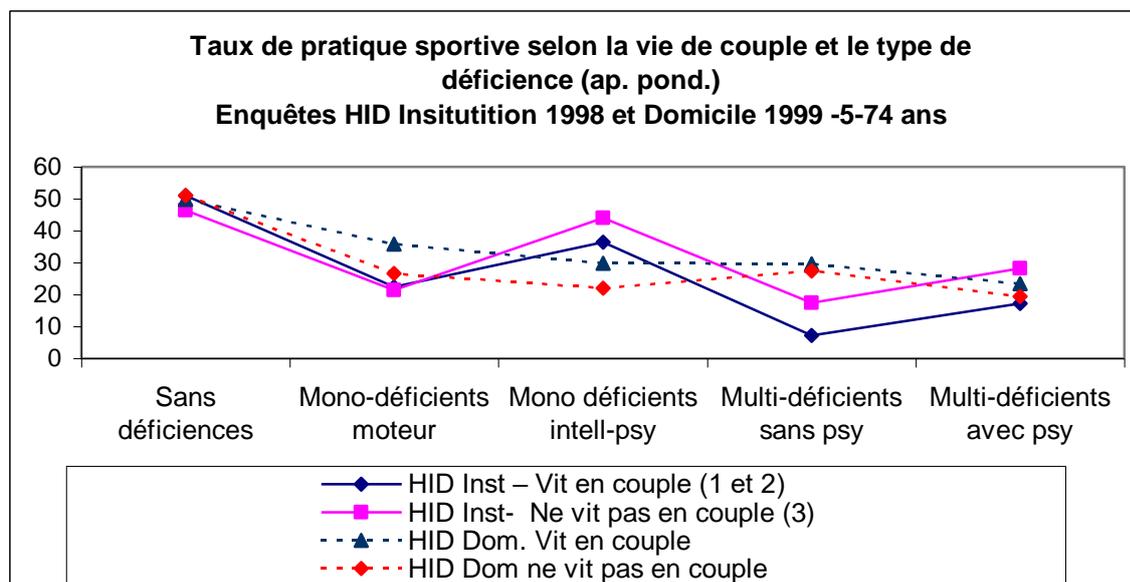
groupes. Pour les déficients moteurs la pratique sportive n'est pas affectée par la vie en couple. Par contre, pour les multi-déficients sans déficience intellectuelle ou psychique, ceux qui vivent en couple présentent des taux de pratique sportive deux fois plus faibles que ceux qui ne vivent pas en couple. Pour les groupes de mono-déficients intellectuels ou psychiques et multi-déficients avec déficience intellectuelle ou psychique, on retrouve ce résultat spécifique d'une baisse importante du taux de pratique sportive lorsque le sujet vit en couple avec un conjoint qui est hors de l'institution, tandis que les autres (vivant en couple ou non) présentent des taux de pratique sportive comparables.

**Tableau 4. Taux de pratique sportive selon la déficience et la vie de couple (ap. pond.) – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 15-74 ans**

GSPRAT/CCOUP	HID Inst – Vit en couple (1 et 2)	HID Inst – Vit en couple (1)	HID Inst – Conjoint hors de l'institution (2)	HID Inst- Ne vit pas en couple (3)	HID Dom. Vit en couple	HID Dom ne vit pas en couple
Sans déficiences	51,1 (18)	66,6 (7)	39,2 (11)	46,4 (126)	49,9	51
Mono-déficients moteur	22,5 (39)	21,6 (14)	22,8 (25)	21,4 (200)	35,8	26,7
Mono déficients intell-psy	36,5 (151)	41,4 (81)	31,2 (70)	44 (1478)	29,8	22,1
Multi-déficients sans psy	7,29 (77)	8 (36)	6,8 (41)	17,4 (805)	29,7	27,5
Multi-déficients avec psy	17,24 (276)	28,7 (119)	10,4 (157)	28,2 (4165)	23,4	19,4
Ensemble	21,4	29,5	15,6	30,17	43,3	43,9
Observations	582	268	314	7056	7513	4265

En ce qui concerne la population vivant à domicile, on voit que les différences majeures sont repérables entre ceux qui vivent en couple et ceux qui ne vivent pas en couple, pour les populations présentant une mono déficience motrice, et ou une mono déficience intellectuelle ou psychique. Mais inversement à la situation observée en institution, ici ce sont ceux qui vivent en couple qui sont les plus sportifs.

**Graphique 3**



Globalement, il apparaît que la situation institutionnelle inverse l'impact de la vie de couple. En institution, celle-ci fait chuter le taux de pratique sportive, tandis qu'à Domicile, elle favorise la pratique sportive.

Par ailleurs, on voit que en institution, dès lors que les personnes présentent une déficience intellectuelle ou psychique et ont un lien de couple à l'extérieur de l'institution, elles sont bien moins enclines à pratiquer un sport.

Il semble donc qu'en institution la pratique sportive soit liée à une absence de lien de couple à l'extérieur de l'établissement. Le lien de couple extérieur peut créer une occupation majeure du temps libre par des contacts et des sorties avec le partenaire, limitant ainsi le temps de loisir accordé au sport.

Par contre à domicile, on peut penser que la pratique sportive implique le couple, et que, de ce fait, la vie de couple favorise la pratique sportive.

### 3. Catégorie socioprofessionnelle et revenus

Pour les personnes vivant en institution, la relation au travail est spécifique. Nous allons ici explorer les liens entre catégories socioprofessionnelles et pratique sportive avec un effectif encore réduit, puisque les personnes n'ayant pas répondu au module Emploi ou n'ayant jamais travaillé ne sont pas prises en compte. Ce croisement entre CS1 et GSPRAT concerne donc 8076 observations. Les plus jeunes en particulier sont exclus de ce croisement, et ceci fait diminuer le taux de pratique sportive, qui passe dans ce croisement à 30,63%.

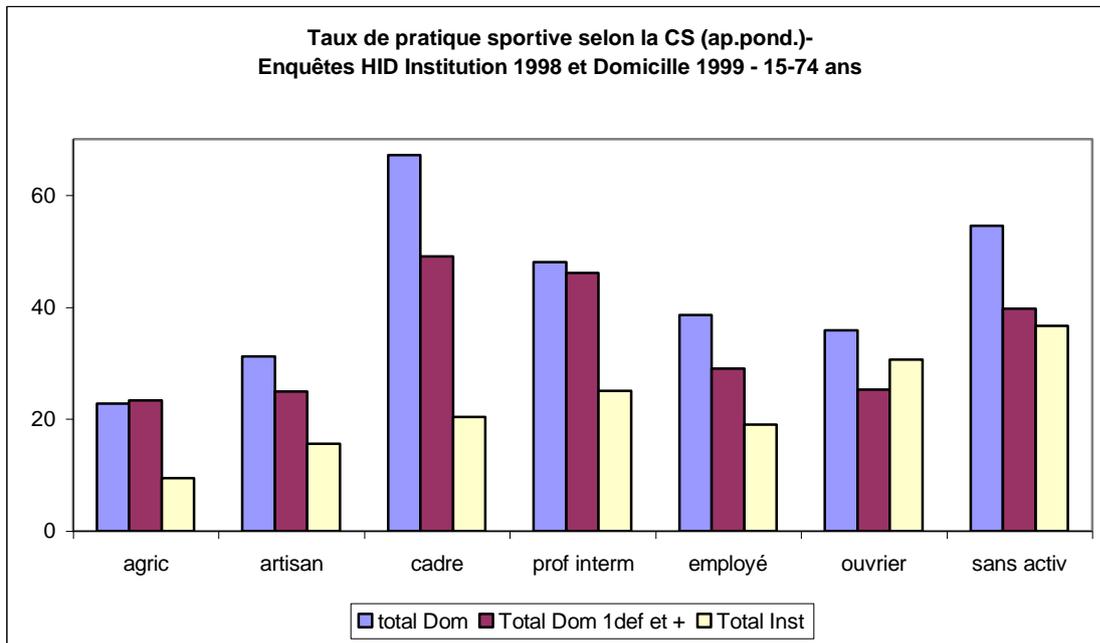
Dans ce cadre, on a un regroupement massif de la population institutionnelle dans trois catégories professionnelles : les employés (10,19%), les ouvriers (35,13%) et les personnes sans activité professionnelle (37,1%). En ce qui concerne les taux de pratique sportive, les résultats font apparaître que les groupes les plus sportifs sont :

- le groupe des personnes sans activité professionnelle (36,7% de sportifs)
- le groupe des ouvriers (30,7% de sportifs).

**Tableau 5 – Taux de pratique sportive selon la CSP et le sexe – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 15-74 ans.**

CS1/GSPRAT2	H Dom	F Dom	total Dom	H Dom 1 déf et +	F Dom 1 déf et +	Total Dom 1 def et +	H Inst	F Inst	Total Inst
agriculteurs	22,7	23	22,8	16,6	32,5	23,3	7,26	12,3	9,5
artisans	31,7	29,9	31,2	18,8	38,1	24,9	12,9	18,6	15,6
<b>cadres</b>	<b>70,5</b>	<b>61,4</b>	<b>67,1</b>	<b>53,7</b>	<b>41,4</b>	<b>49</b>	<b>17,7</b>	<b>24,6</b>	<b>20,4</b>
prof. interméd.	52,6	44,3	48	50,5	42	46,1	26,7	23,1	25
employés	57,5	32,8	38,6	39,5	26,3	29	21,14	18	19
ouvriers	38,9	28,1	35,8	30,4	14,9	25,3	30,86	30,2	30,6
sans activité	69,7	42,8	54,5	57,7	28	39,7	40,27	32,6	36,7
inchiffrable	11,3	91,9	89,7				40,7	28,9	35,9
Total	49,7	37,6	43,5	37,1	28,7	32,7	32,7	27,9	30,63

Graphique 4



A domicile, la population de travail pour cette variable CS1 est de 11778 personnes, et lorsqu'on ne retient que la population déclarant une déficience ou plus, 9308 sujets en effectif brut. Dans l'enquête domicile, la modalité de réponse 9 (CS indéchiffrable) ne concerne que très peu de sujets, nous l'avons donc supprimé pour l'analyse.

Dans la population Domicile totale (qui représente l'ensemble de la population vivant à domicile), on voit que les catégories les plus sportives sont les cadres, les personnes sans activité, et les professions intermédiaires.

Ce que l'on doit souligner ici c'est que les différences de taux de pratique sportive déjà repérées entre les personnes vivant en institution et celles vivant à Domicile, sont marquées par la catégorie socioprofessionnelle. En effet, dans la catégorie des ouvriers, le taux de pratique sportive est plus élevé dans les institutions que pour les personnes ayant une déficience ou plus et vivant à domicile. En outre la différence de taux entre la population institutionnelle et la population française est de 5 points seulement.

A l'inverse, le taux de pratique sportive des cadres vivant en institution est particulièrement bas (20%) alors que les cadres ayant une déficience ou plus à domicile pratiquent pour presque 50% d'entre eux.

Ce résultat est évidemment très particulier par rapport aux données de la population générale, et mérite quelques réflexions.

Les ouvriers de l'enquête Institution sont-ils ici à comprendre comme les ouvriers de CAT essentiellement, et si oui lesquels ? Ce groupe des ouvriers se distingue de la population institutionnelle par une nette prédominance des hommes avec 67,4% d'hommes pour 32,6% de femmes, alors que dans la population institutionnelle globale on a 56,2% d'hommes chez les 15-74 ans. Du point de vue de l'âge, si l'on retient la population des 15-74 ans (les plus jeunes n'ayant pas répondu au module Emploi), l'âge moyen est de 46,9 ans, mais le groupe des ouvriers affiche lui une moyenne légèrement plus élevée de 49,2 ans. Globalement nous

avons donc affaire à un groupe d'ouvriers, plus masculin et plus âgé que la population institutionnelle dans son ensemble.

Cette catégorie des ouvriers vit pour 44% dans des foyers pour adultes handicapés, pour 35,1% dans des EHPA, et pour 20,6% dans des établissements psychiatriques.

Le taux de pratique sportive élevé de ce groupe est d'autant plus remarquable que le groupe est âgé : le sport se présente donc bien comme une spécificité du groupe d'ouvriers, vivant en institution.

**Tableau 6. Repérage des caractéristiques d'âge et de sexe des groupes professionnels - (ap. pond.) – HID Institution 1998 – 15-74 ans**

Institution 1998	Ouvriers 15-74 ans	Sans activité professionnelle 15-74 ans	Cadres 15-74 ans	Pop. Institutionnelle 15-74 ans
Répartition H/F	67,4% H / 32,6% F	52,8% H / 47,1% F	59,9% H / 40,1% F	56,1% H / 43,9% F
Moyenne d'âge	49,2 (Ec. T. = 16,4)	37,1 (Ec. T. = 17,9)	56,9 (Ec. T. = 14,3)	46,9 (Ec. T. = 18,7)

En institution, le taux de pratique sportive élevé des personnes sans activité professionnelle mérite également attention : est ce que cela souligne simplement le lien entre temps libre et pratique sportive ? Ce groupe de personnes sans activité professionnelle présente une répartition homme / femme spécifique dans le sens d'une plus grande féminité que la population institutionnelle globale, mais il est par ailleurs nettement plus jeune. En ce qui concerne les établissements de vie, 24,2% de ces personnes sont hébergées dans des foyers pour enfants handicapés, 36,8% dans des foyers pour adultes handicapés, 17,3% dans des EHPA, et 21,7% dans des établissements psychiatriques.

La pratique sportive très faible des cadres qui vivent en Institution mérite également réflexion. Dans ce groupe socioprofessionnel, le taux de pratique sportive évolue de 67,1% (889 sujets) pour la population Domicile globale, à 49% (617 sujets) pour ceux qui vivent à domicile avec une déficience ou plus, et chute à 20,4% (101 sujets) pour ceux qui vivent en institution. Du point de vue des effectifs bruts nous avons des groupes réduits mais tout à fait utilisables. Sur la dimension de l'âge, tout d'abord, ces trois groupes se distinguent : en effet, pour la population Domicile l'âge moyen des cadres est de 46,3 ans (Ec. T. = 12,7), pour ceux qui ont une déficience ou plus et vivent à domicile, l'âge moyen est de 53,9 ans (Ec. T. = 13,8), alors que l'âge moyen des cadres qui vivent en institution est de 56,9 ans (Ec. T. = 14,3).

En ce qui concerne la répartition sexuée, il y a peu de différences entre les groupes : pour la population Domicile les cadres sont pour 62,3% des hommes, dans ceux qui ont une déficience et plus et vivent à domicile 62,4% sont des hommes, alors que 59,9% des cadres qui vivent en institution sont des hommes.

Pour l'instant, nous pouvons conclure ici que la vie en Institution semble favoriser de façon importante la pratique sportive des ouvriers et des personnes sans activité professionnelle. A l'inverse la vie à domicile favorise la pratique des cadres et des professions intermédiaires, qui en institution sont beaucoup moins sportifs.

Mais nous reviendrons sur ces catégories socioprofessionnelles, au regard de leurs liens avec les types de déficiences et d'incapacités (Chapitre VI.)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Après divers exploitations et traitements, nous ne développons pas ici les résultats concernant la variable MILIEU, car elle n'apporte aucun résultat supplémentaire au regard de notre questionnement.

#### 4. Institutions spécialisées et trajectoires institutionnelles : quels liens avec la pratique sportive ?

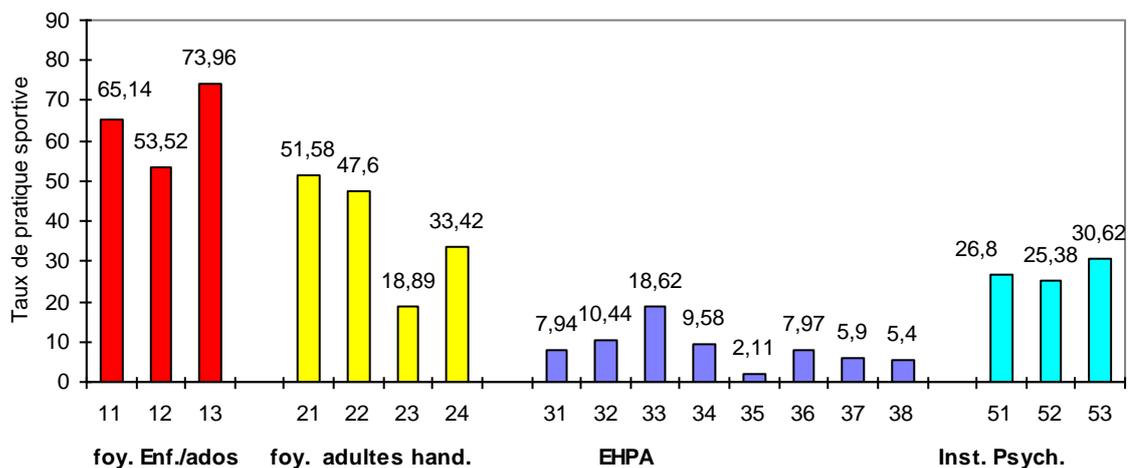
La variable STRATE permet de situer la pratique sportive au regard des établissements d'accueil des personnes vivant en institution, de leur spécialité, à la fois en termes de type de déficience ou d'incapacité, et en termes de classe d'âge<sup>2</sup>.

##### a) Le type d'établissement

Au regard des résultats déjà obtenus dans le croisement entre l'âge et la pratique sportive, on peut s'attendre à ce que les personnes hébergées en établissements pour enfants et adolescents (1) soient celles qui présentent le taux de pratique sportive le plus élevé. Pour ces établissements d'enfants, le taux de pratique sportive oscille entre 53,52% et 73,96%. Viennent ensuite les foyers pour adultes handicapés (2) où l'on obtient des taux de pratique sportive allant de 18,89% (pour les MAS) à 51,58%. Les institutions psychiatriques quant à elles ont des taux de pratique sportive qui vont de 25,38% à 30,62%. C'est dans les institutions pour personnes âgées que les taux sont les plus bas, de 2,11% à 18,62%.

Graphique 5

Taux de pratique sportive selon les strates d'établissement (ap. pond.)  
Enquête HID Domicile 1998 - 5-74 ans



<sup>2</sup> Les résultats obtenus ici seront à relier avec ceux concernant le « cadre de la pratique » GSPCAD – voir chapitre III. B. suivant.

Au regard des catégories d'âge les résultats sont assez cohérents, mais on remarque que la pratique du sport dans les institutions psychiatriques reste en dessous des autres établissements pour adultes si l'on excepte le cas particulier des MAS.

Pour les enfants, on notera que ce sont ceux qui sont dans les établissements pour handicapés moteurs qui ont le taux de pratique le plus bas, les plus sportifs étant ceux qui vivent dans les établissements pour handicapés sensoriels.

A âge contrôlé, on voit mieux apparaître l'influence institutionnelle : dans le tableau suivant, on a fait apparaître uniquement les taux de pratique sportive obtenus sur des groupes d'au moins 40 individus en effectifs bruts.

**Tableau 7 – Taux de pratique sportive selon l'âge et le type d'établissement d'hébergement (STRATE) (ap.pond.) – Enquête HID Institution 1998 – 5-74 ans**

STRATE (% pond.)	11	12	13	21	22	23	24	31	32	33	34	35	36	37	38	51	52	53
5-14	68,5	47	75,2															
15-24	62,2	58,4	73	62,4	60	26,8	41,4									46,1		56,9
25-34				55,6	57,9	16,2	40,7									34,4		37,2
35-44				47,1	46,4	22,2	27,9									23,9	35,5	34,9
45-54				46,4	46	13,9	21,9									21,2		26,5
55-64				47,6	21,8							16,9	7,5	6,1	19,6			14,8
65-74								4,4	10,9	15,7	7,5	<b>3</b>	5,8	4,9	4,3	9,3		10,3

### (1) Les établissements pour enfants et adolescents

Dans les établissements pour enfants handicapés, on voit clairement que les établissements pour déficients sensoriels sont ceux dans lesquels la pratique sportive est la plus développée. On remarque, pour les enfants de 5 à 14 ans, que ceux qui sont dans des établissements pour enfants handicapés moteurs sont nettement moins sportifs que les enfants accueillis dans des foyers pour enfants handicapés mentaux ou polyhandicapés. Il semble que cette limitation de la pratique sportive dans les centres pour enfants déficients moteurs ne soit plus aussi forte pour les adolescents.

En ce qui concerne les établissements pour enfants, la variable TYPET permet de préciser encore ces données en distinguant 7 types d'établissements pour enfants au lieu des 3 repérés par la variable STRATE.

**Tableau 8 – Taux de pratique sportive selon le type d'établissement pour enfants et adolescents et l'âge (TYPET) – Enquête HID Institution 1998 – 5-74 ans.**

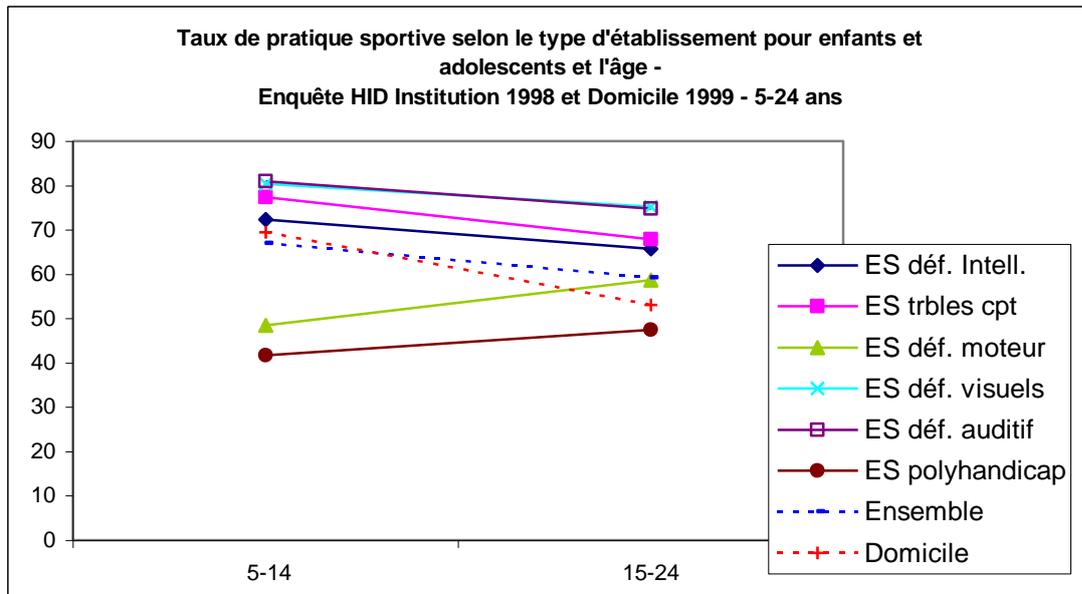
TYPET	ES déf. Intell.	ES trbles cpt	ES déf. moteur	ES déf. visuels	ES déf. auditif	ES polyhandicap	Autres type d'établiss.	Ensemble
5-14 ans	72,3	77,4	48,4	80,4	80,9	41,7	40,6*	67
15-24 ans	65,7	67,8	58,6	75,2	74,8	47,4	41,9	59,2

\*Les résultats en italiques sont obtenus sur des groupes d'âge dont les effectifs sont inférieurs à 40

On voit ici que l'âge produit un effet inverse selon le type d'établissement dans lequel l'enfant se trouve : dans les établissements pour enfants handicapés moteurs ou polyhandicapés les taux de pratique sportive sont très bas chez les enfants (moins de 50% de sportifs) et augmentent avec l'âge. A l'inverse dans les établissements pour enfants handicapés autres que moteurs ou polyhandicapés, les taux de pratique sportive sont très

élevés chez les plus jeunes, et diminuent un peu à l'adolescence. On repère que les établissements d'enfants déficients visuels et auditifs sont quasiment identiques du point de vue du taux de pratique sportive, et de son évolution de l'enfance à l'adolescence, et offrent les taux les plus élevés de pratique sportive chez les enfants et adolescents. Par inférence, on peut dire que l'atteinte motrice, et le cumul de déficiences semblent produire un impact négatif relativement fort sur la pratique sportive des enfants placés en institution.

Graphique 6



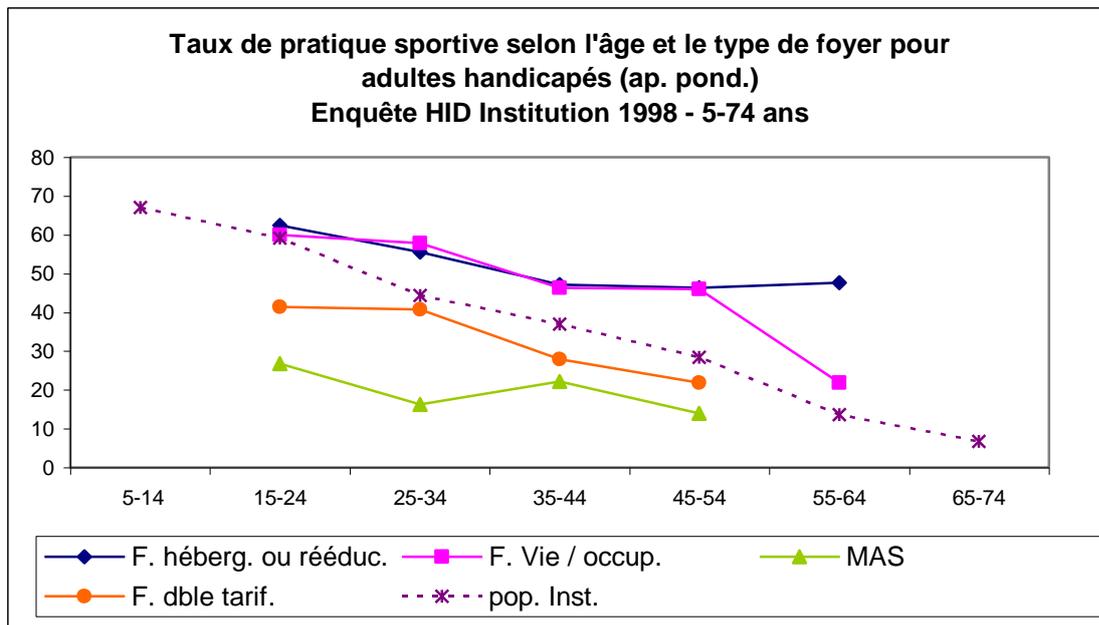
## (2) Les foyers pour adultes handicapés

Dans les établissements pour adultes handicapés, on voit que l'influence institutionnelle se superpose à celle de l'âge puisque pour chaque type de foyer pour adultes on retrouve globalement une dégradation du taux de pratique sportive avec l'avancée en âge. Cependant il apparaît que les MAS (23) et les foyers à double tarification (24) sont les lieux de vie pour adultes dans lesquels la pratique sportive est la moins développée. A l'inverse ce sont les foyers d'hébergement ou centres de rééducation (21) et les foyers de vie ou foyers occupationnels (22) où les taux de sportifs sont les plus élevés, et quasiment identiques d'ailleurs jusqu'à 55 ans.

On remarque que dans les foyers d'hébergement ou centres de rééducation (21) le taux de pratique sportive reste stable de 35 à 64 ans, laissant à penser que le vieillissement ici n'est pas posé comme limitation à la pratique sportive. On a là un type d'établissement particulier qui échappe à la relation linéaire entre âge et taux de pratique sportive pour les plus de 35 ans.

A l'inverse, dans les foyers de vie ou foyers occupationnels la limite des 55 ans marque le début d'une dégradation très importante du taux de pratique sportive. On peut ici penser que se manifestent peut-être les effets d'un vieillissement précoce chez les personnes handicapées mentales, population majoritairement accueillie dans ce type d'établissement. Il conviendra de vérifier cela au regard des groupes de déficiences (voir chapitre VI-B.)

Graphique 7

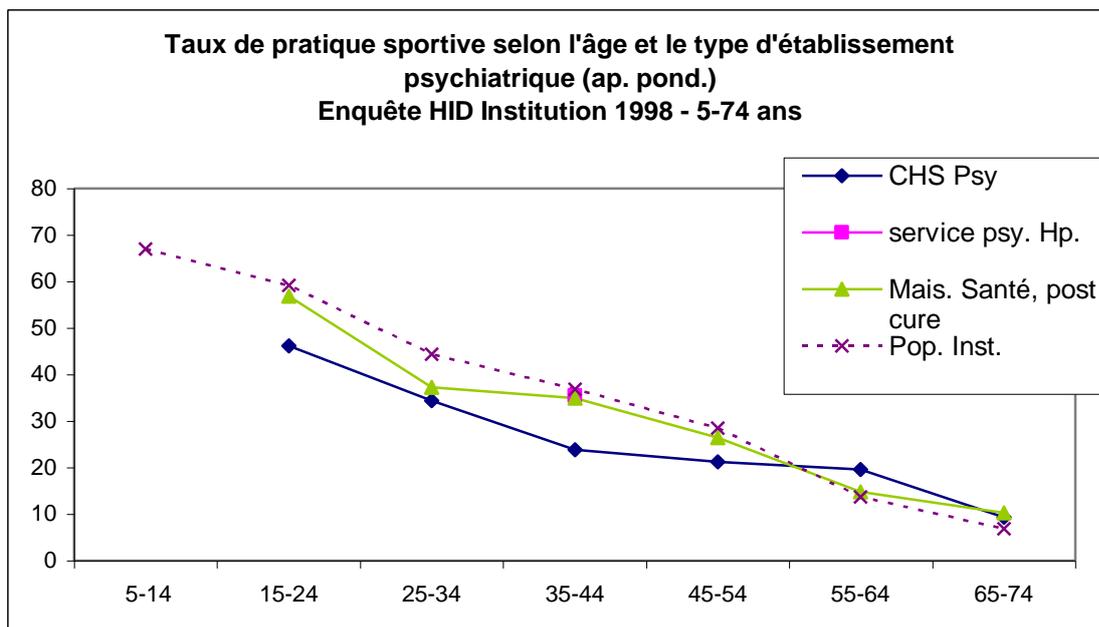


### (3) Les établissements psychiatriques

Dans les établissements psychiatriques, les différences entre les différentes sortes d'établissements distingués par la variable STRATE (51 = CHS, 52 = service de psychiatrie d'un hôpital, 53 = institution psychiatrique autre comme maison de santé pour malades mentaux, centre de post-cure pour malades mentaux) sont moindres que celles observées entre les établissements pour adultes handicapés. Les maisons de santé et les centres de post-cure présentent cependant un taux de sportifs un peu plus élevé que les centres hospitaliers spécialisés, et ce jusqu'à 55 ans.

On remarquera d'ailleurs que jusqu'à cet âge, dans les établissements psychiatriques, le taux de pratique sportive est plus bas que la moyenne de l'enquête institution, mais on observe l'inverse chez les plus âgés. Ceci est à comprendre en lien avec un « transfert » de population vers les établissements pour personnes âgées dans la catégorie des 55-64 ans, établissements où, comme nous allons le voir tout de suite, les taux de pratique sportive sont très bas en comparaison des autres strates d'établissements. En effet, dans la tranche d'âge des 55-64 ans, où 648 sujets ont répondu au module G (sport), 22,1% sont dans des institutions psychiatriques, 13,5% sont dans des foyers pour adultes handicapés, et une grande majorité (64,4%) sont en établissements pour personnes âgées.

Graphique 8



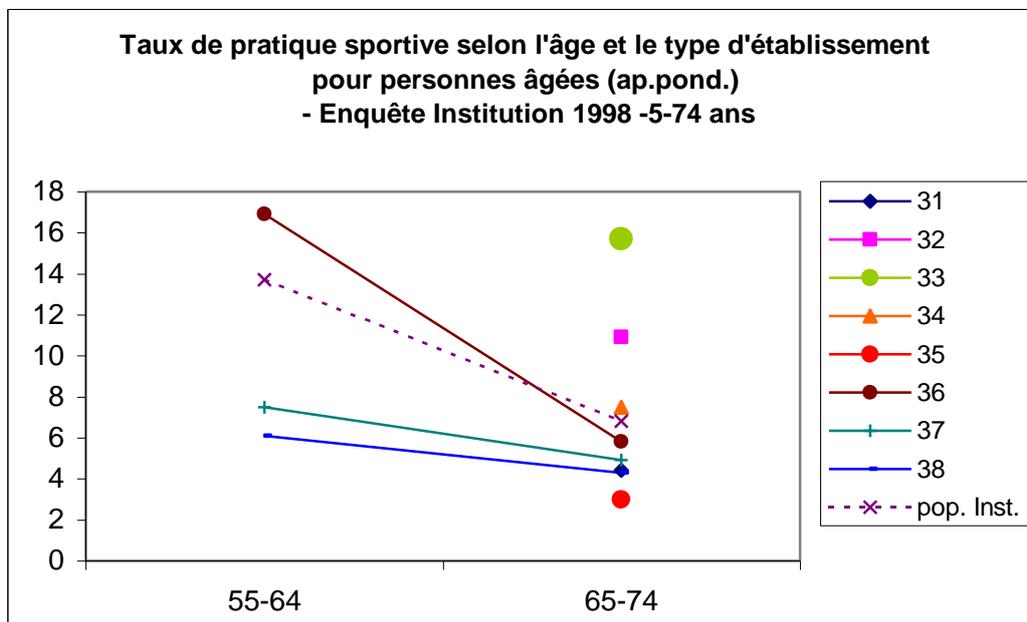
#### (4) Les établissements pour personnes âgées

Les établissements pour personnes âgées dans lesquels on retrouve<sup>3</sup> une part notable de sujets de 55-64 ans sont les établissements publics avec 50% et plus de lits en SCM (36), les établissements publics disposant de 10 à 50% de lits en SCM (37) et les autres établissements publics sans SCM (38). Pour ces trois types d'établissements, on le voit sur le graphique suivant, les taux de pratique sportive sont très différents, et étrangement, c'est dans les établissements avec le plus de lits en SCM que le taux de pratique sportive est le plus élevé atteignant presque 17% des résidents. Mais pour ces trois types d'établissement, l'avancée en âge réduit le taux de pratique sportive jusqu'à le rendre quasiment équivalent dans les trois, ne dépassant plus 6% chez les 65-74 ans.

Dans cette tranche d'âge des 65-74 ans, toutes les catégories d'établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) sont analysables, et l'on voit sur le graphique 9 que c'est dans les établissements associatifs sans SCM (33) que le taux de pratique sportive est le plus élevé (15,7% ap. pond.). Ensuite, ce sont les établissements associatifs ou commerciaux (32) disposant de 10 à 50% de lits en SCM qui offrent un taux de pratique sportive de 10,9%.

On note que les établissements publics de long séjour (35) sont les structures dans lesquelles la pratique sportive est la plus faible avec juste 3% des personnes déclarant une activité sportive régulière.

Graphique 9



<sup>3</sup> Ceci après le choix de ne pas retenir les groupes d'effectifs bruts inférieurs à 40 pour les traitements. Cette restriction doit amener à la prudence dans cette analyse.

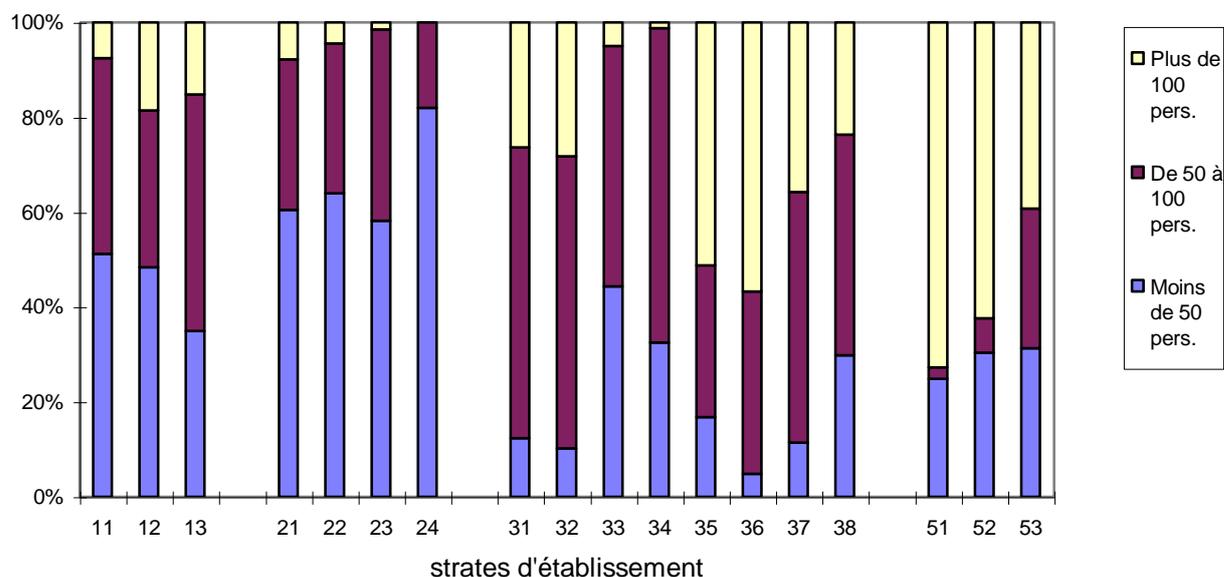
## b) La taille de l'établissement

La taille de l'établissement joue également un rôle important dans les taux de pratique sportive puisqu'il apparaît que plus l'établissement est petit, plus le taux de pratique est élevé. Ce résultat est *a priori* étonnant, si l'on pense que la présence d'un personnel qualifié permet le développement de la pratique sportive : en effet, les petits établissements ont moins de moyens disponibles pour l'embauche d'un intervenant en sport. Mais le taux de pratique relève vraisemblablement d'autres facteurs : dans les établissements de moins de 50 personnes, le taux de pratique sportive est de 44,16%, de 50 à 100 personnes on a 30,86% de sportifs, et lorsque l'établissement accueille plus de 100 personnes, le taux tombe à 19,98%.

Cependant le croisement entre la strate et la taille de l'établissement montre que au-delà des spécialisations en âge et en type de handicap, les différentes strates d'établissements ont des répartition des tailles nettement différentes : dans les établissements de jeunes et les foyers d'adultes handicapés les établissements de plus de 100 personnes sont rares, tandis qu'ils sont les plus courants en secteur psychiatrique, et dans celui des personnes âgées.

Graphique 10

Répartition des tailles des établissements dans chaque strate (ap. pond.)  
Enquête HID Institution 1998 - 5-74 ans



Il apparaît ainsi que l'établissement joue un rôle non négligeable dans la pratique sportive des personnes vivant en institution spécialisée. Et bien entendu, la catégorie d'établissement dans laquelle une personne est prise en charge est déterminée à la fois par l'âge (établissements pour enfants, pour adultes, pour personnes âgées), par le type de déficience (déficients visuels, auditifs, intellectuels, secteur psychiatrique etc...), par le niveau d'incapacité (MAS, ou EHPA avec ou sans SCM).

Nous avons pu voir ici, qu'à âge contrôlé les institutions dans lesquelles la pratique sportive est la plus faible sont :

- les établissements pour enfants handicapés moteurs et enfants polyhandicapés
- les MAS et les foyers à double tarification
- les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie
- les établissements publics de long séjour pour personnes âgées

Une autre caractéristique des établissements spécialisés entre également en jeu : la taille de l'établissement, celle-ci étant également liée à la strate d'établissement. Plus les établissements sont de petite taille, plus la pratique sportive y est importante.

### c) La trajectoire institutionnelle des personnes

Au-delà de l'institution dans laquelle les sujets ont été enquêtés, on peut appréhender une part de la trajectoire institutionnelle des personnes. En effet, dans le module L se trouve une variable concernant la situation préalable du sujet avant son entrée dans l'institution, qui donne un repère sur la trajectoire institutionnelle des personnes.

Le module L regroupe 14593 observations sur les conditions de logement de la population institutionnelle enquêtée. Dans le croisement avec les observations du module G (14587 obs), et avec notre catégorie d'âge (5-74 ans) nous travaillerons sur une population de 9088 personnes.

En ce qui concerne les lieux de vie préalables à l'entrée dans l'institution actuelle, dans la population des 5-74 ans, la plus grande part des personnes vivaient déjà dans une autre institution (38,09%), un peu moins d'un tiers vivait dans un domicile indépendant (29,22%) et 21,33% vivaient chez leurs parents. Les autres modalités de réponses sont très peu retenues.

Si l'on observe les différences entre sportifs et non sportifs au regard de cette différenciation des trajectoires, on voit qu'elles sont marquées essentiellement, mais fortement, sur deux de ces trois modalités de réponse majeures : 17,33% des sportifs viennent d'un domicile indépendant, alors que c'est le cas de 35,03% des non sportifs, et 32,85% des sportifs viennent du domicile de leur parents, alors que seulement 15,71% des non sportifs en viennent. On peut penser que la variable âge joue en sous main.

**Tableau 9 – Répartition des lieux de vie précédents chez les sportifs et non sportifs – Enquêtes HID Institution 1998 -5-74 ans.**

LDOMPR	Non Sportifs	Sportifs	Total
Dom. Ord. indépendant	35,03	17,33	29,22
Dom. Enfants	0,84	0,80	0,83
Dom. Parents	15,71	32,85	21,33
Dom. Proches	2,73	2,08	2,52
Fam. accueil	2,55	3,75	2,95
Autre Institution	37,39	39,52	38,09
Tjs dans la même inst.	0,81	0,61	0,74
Autre	3,92	2,48	3,45
NVPR	0,06	0,03	0,05
NSP	0,96	0,55	0,83
Ensemble	100	100	100

On peut donc noter l'existence d'un lien entre pratique sportive et trajectoire institutionnelle : les sportifs se distinguent des non sportifs par un domicile préalable « indépendant » plus rare, et par un domicile préalable « parental » plus fréquent. Par contre, pour ceux qui viennent d'une autre institution, leur part est à peu près équivalente chez les sportifs et les non sportifs.

Si l'on retient uniquement ces 3 situations les plus représentées : « domicile indépendant », « domicile parental » et « autre institution », et si on les croise avec l'âge, on voit tout d'abord que les taux moyens de pratique sportive sont très variables en fonction de la situation préalable du sujet. Ceux qui vivaient dans un domicile indépendant sont sportifs à 19,5%. Ceux qui étaient dans une autre institution font du sport à 34,1%. Et la moitié de ceux qui viennent du domicile parental sont sportifs (50,5%).

Tout se passe apparemment comme si la pratique sportive était d'autant plus importante que l'encadrement ou la prise en charge de la personne avant sa venue dans l'institution ont été plus forts. Ou bien comme si l'autonomie préalable faisait chuter le taux de pratique sportive dans l'institution actuelle.

Pour expliquer cela plus clairement, nous avons contrôlé l'effet de l'âge, déterminant fortement la pratique sportive dans l'enquête Institution.

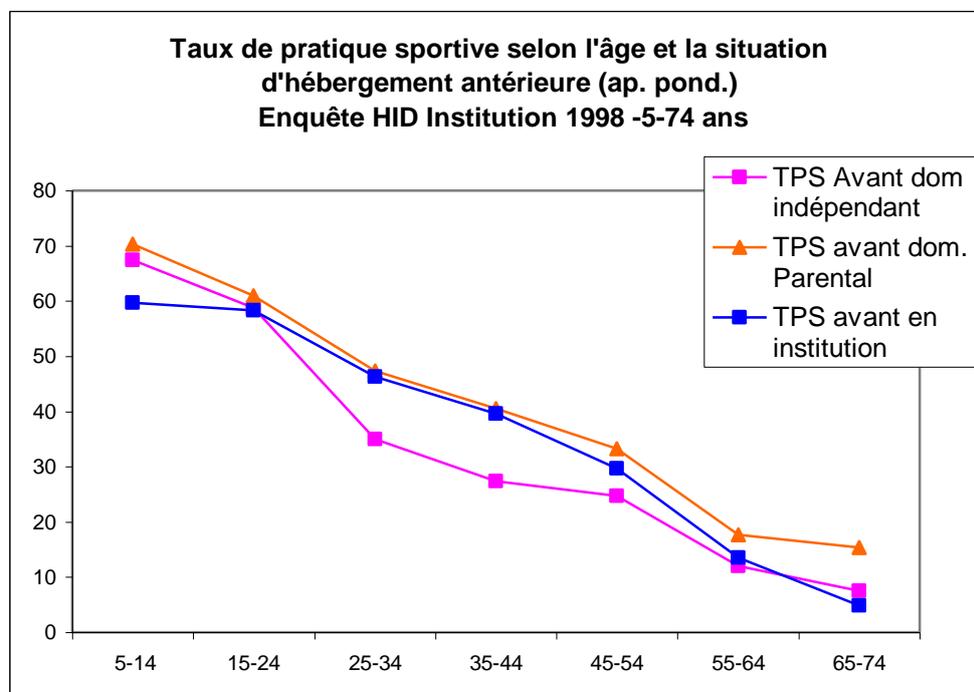
Le lien avec l'âge montre que c'est entre 25 et 54 ans que les personnes qui viennent d'un domicile indépendant se démarquent le plus des autres par un taux de pratique sportive plus bas. Nous trouvons dans ce groupe d'âge, venant d'un domicile indépendant, une grande majorité de sujets pris en charge par des **institutions psychiatriques** (73,9%). On sait que la population hébergée en institution psychiatrique est une population peu stable (Casadebaig F., Chapireau F., Ruffin D. et Philippe A., 2002). Et dans ce sous groupe de personnes qui viennent d'un domicile indépendant et qui ont entre 25 et 54 ans, 67,23% sont entrées dans l'institution durant l'année de l'enquête, c'est-à-dire en 1998. On peut penser alors que ce faible taux de déclaration d'une pratique sportive peut être expliqué par le mode de prise en charge psychiatrique. Si ces personnes sont hébergées en institution psychiatrique pendant des périodes de crise, alternant retours dans un domicile indépendant et séjours en établissement psychiatrique, il est peut être délicat de déclarer « une pratique sportive régulière ». Si la pratique sportive a lieu uniquement lors des séjours en établissement, ou uniquement lors des retours à domicile, ce type de situation peut affecter les réponses relatives à la « régularité ».

Le croisement avec l'âge montre aussi que pour ceux qui viennent du domicile parental, le taux de pratique sportive est plus important que celui des deux autres groupes principalement de 45 ans à 74 ans. Ce sous groupe de **personnes adultes et vieillissantes** vit principalement dans des foyers pour adultes handicapés (44,1%) et dans des institutions psychiatriques (20,7%). Il est composé de 347 personnes (eff. Bruts) dont l'ancienneté dans l'institution est très variable : 6,9% sont entrés en 1998, et 50% sont entrés entre 1998 et 1987, et 80% entre 1998 et 1973. On notera à titre de comparaison avec le groupe précédent que les personnes hébergées en institution psychiatrique ici, et donc qui vivaient préalablement au domicile parental, ne sont que 16,9% à être entrées dans l'institution en 1998. Le taux de pratique sportive élevée par rapport aux autres sous groupes doit donc se comprendre comme conséquence à la fois d'une prise en charge institutionnelle relativement stabilisée et d'une certaine dépendance parentale préalable.

Par ailleurs on voit que pour ceux qui étaient auparavant déjà dans une institution, le taux de pratique sportive est plus bas chez les très jeunes (5-14 ans). Ce groupe d'âge est en

majorité composé de **jeunes vivant dans des foyers pour enfants handicapés intellectuels ou polyhandicapés (79,6%)**. Ce groupe est composé de 227 jeunes (obs. brutes), qui pour 75,6% (ap.pond.) d'entre eux sont entrés dans l'institution deux ans ou moins de deux ans avant l'enquête. Ils ont en moyenne 10,9 ans (Ec. Type = 1,9).

Graphique 11



Mais d'une manière générale, pour ce groupe hébergé auparavant dans une autre institution, nous avons une information complémentaire, amenée par la variable LTEMPS : « Depuis combien de temps vivez vous en établissement ». Ce groupe de personnes, ayant fréquenté donc au moins deux institutions spécialisées successivement (LDOMPR=6) présente un effectif brut de 3569 personnes dans notre population d'étude avec un taux de pratique sportive de 34,1% (ap.pond.). On voit tout d'abord que la grande majorité d'entre eux vit en institution depuis 5 ans et plus, et que 22,5% d'entre eux y ont toujours vécu. Nous sommes donc en présence d'un groupe stabilisé dans une prise en charge relativement ancienne et stable.

**Tableau 10 – Taux de pratique sportive selon le temps de vie en institution spécialisée pour ceux qui viennent d'une autre institution. – Enquête HID Institution 1998 -5-74 ans.**

Temps de vie en institution	Moins d'1 an	1an à mois de 2 ans	2 ans à moins de 5 ans	5 ans et plus	A toujours vécu en institution	NSP	Moyenne
Taux de pratique sportive (% pond.)	27,6	23,3	43,8	34,7	31,9	28,4	34,1
Répartition de la pop. (% pond.)	2	3,1	6,9	63,4	22,5	2,2	100
Obs. brutes	65	82	262	2251	845	64	3569

Cependant, le temps passé en institution, pour ceux qui viennent d'une autre institution joue un rôle sur la pratique sportive : les plus sportifs sont ceux qui ont passé entre 2 et 5 ans en institution (43,8% de sportifs). On peut valider cette différence comme particulièrement importante pour les plus jeunes (5-24 ans : effectifs suffisants pour tous les sous groupes), puisqu'on note un écart dans le taux de pratique sportive de près de 20 points entre ceux qui ont passé 2 à 5 ans en institution et ceux qui y ont passé plus de 5 ans. L'écart atteint 28 points lorsque les sujets sont déclarés ayant toujours vécu en institution. Bien entendu, l'importance relative de ces périodes passées en institution varie avec l'âge, et l'on doit comprendre que pour un jeune, avoir passé plus de 5 ans en institution signifie un besoin de prise en charge relativement précoce, ce qui n'est pas le cas pour les adultes.

**Tableau 11 – Taux de pratique sportive selon l'âge et le temps passé en institution spécialisée pour ceux qui viennent d'une autre institution. – Enquête HID Institution 1998 -5-74 ans.**

Taux de pratique sportive (% pond.) 5-74 ans	Institution 1998	Inst. Avant et 2 à 5 ans en inst.	Inst. Avant et 5 ans et + en inst.	Inst. Avant et Toujours en inst .
5-14	67	74,2	53,8	44,7*
15-24	59,2	77,8	58	49,7
25-34	44,4	62,1*	49,1	40,1
35-44	36,9	34,9*	41,3	35,5
45-54	28,5	45,2*	29,7	29,4
55-64	13,7	13,7*	15,5	9,2*
65-74	6,8	0*	5,9	5,5*
<b>5-74 ans</b>	<b>32,8</b>	<b>43,8</b>	<b>34,7</b>	<b>31,9</b>
Obs . brutes	9088	262	2251	845

\*Les résultats en italiques sont obtenus sur des groupes d'âge dont les effectifs inférieurs à 40

On peut donc dire que la trajectoire du sujet influe sur le taux de pratique sportive, même si c'est de façon limitée. On peut voir également que celle-ci est liée à l'établissement d'accueil, et donc au type de déficience(s) et d'incapacités du sujet.

Pour ceux qui viennent d'une autre institution, ceux qui ont vécu en institution entre 2 et 5 ans sont en majorité des jeunes, et ces jeunes là se caractérisent par une pratique sportive plus élevée que celle de leur classe d'âge. Dès que les jeunes (5-24 ans) ont passé plus de 5 ans en institution on observe une chute de la pratique sportive.

Pour les adultes, cette réalité est décalée : les effectifs de ceux qui ne sont restés que 2 à 5 ans en institution sont trop faibles pour conclure. La majorité d'entre eux a passé 5 ans et plus en institution, et chez les 25-64 ans ils se déclarent plus sportifs que leur classe d'âge.

## ***B. Les différents contextes de la pratique sportive : de l'institution spécialisée à la pratique « libre »***

Dans la population sportive vivant à domicile, la variable GSPCAD permet d'identifier les lieux de la pratique sportive. On a différencié ici, comme précédemment, la population « Domicile » et la population « Domicile présentant une déficience ou plus » (appelée Domicile déficients).

Si dans la population générale, à domicile, la pratique sportive est partagée à peu près également entre une pratique individuelle et une pratique associative - avec un léger avantage pour la pratique individuelle -, pour la population déficiente ce partage ne change pas fondamentalement. La population déficiente marque cependant une tendance plus importante à la pratique individuelle.

Les associations de handicapés ne réunissent qu'une part très faible des sportifs. Pour donner un repère quantitatif, on peut dire qu'environ 25 300 personnes vivant à domicile pratiquent le sport dans une association de personnes handicapées.

Les associations scolaires ou universitaires regroupent une part assez importante des personnes déficientes (6%), environ 405 800 jeunes vivant à domicile avec une déficience ou plus.

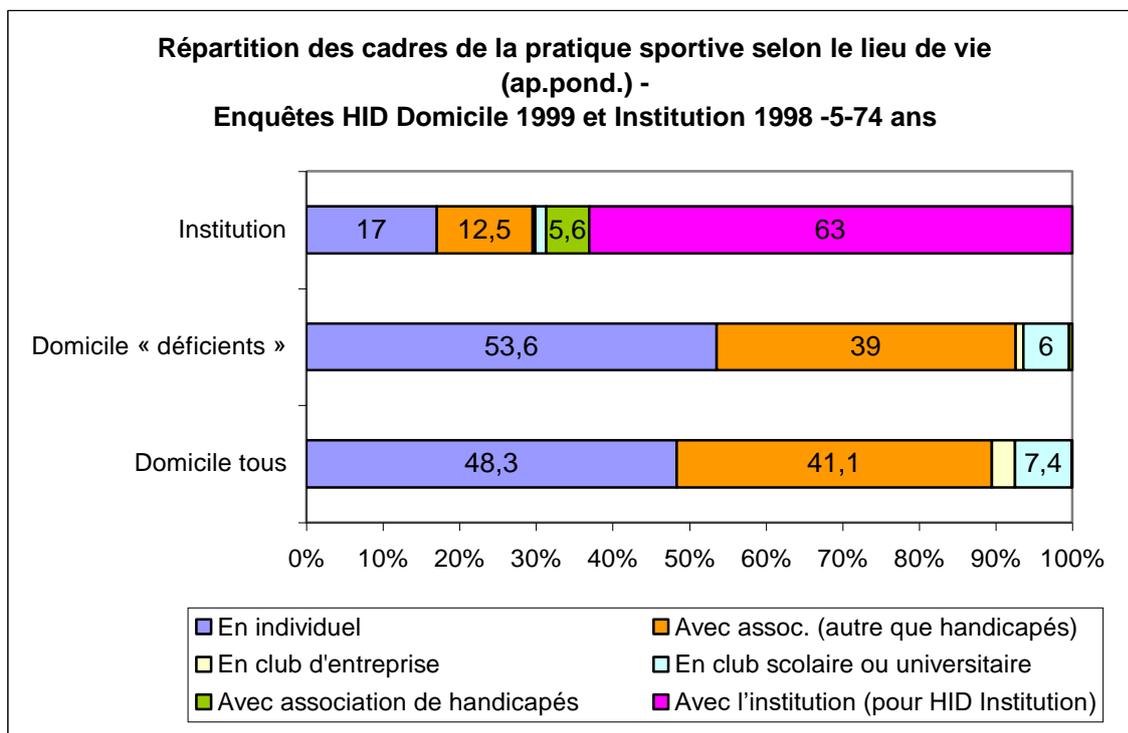
On peut repérer également que 2 600 000 personnes avec une déficience ou plus font du sport dans des associations classiques, ouvertes à tous.

Si l'on regroupe toutes les pratiques sportives en association sportive «ordinaire» des personnes déficientes sportives vivant à domicile, il apparaît que près de la moitié (46%) font du sport dans des espaces « ordinaires ». Cela représente environ 3 100 000 personnes déficientes.

**Tableau 12 – Répartition des différents cadres de la pratique sportive des sportifs réguliers selon le lieu de vie – Enquêtes HID Domicile 1999 et Institution 1998 -5-74 ans.**

GSPCAD	Domicile tous	Domicile « déficients »	Institution
En individuel	48,3	53,6	17
Avec assoc. (autre que handicapés)	41,1	39	12,5
En club d'entreprise	3	1	0,4
En club scolaire ou universitaire	7,4	6	1,4
Avec association de handicapés	0,1	0,4	5,6
<b>Avec l'institution (pour HID Institution)</b>			<b>63</b>
Refus de réponse	0,1	0	
Total	100	100	100
Nombre sportifs (ap. pond.)	23 694729	6 717704	88405

Graphique 12



Dans l'enquête Institution, de la même manière, la variable GSPCAD peut être utilisée pour définir le cadre de la pratique sportive. Simplement, une modalité de réponse supplémentaire est disponible dans cette enquête, c'est celle de l'institution même comme cadre de la pratique sportive. On voit que cette réponse est largement dominante chez les sportifs vivant en institution (63%). Ce cadre de pratique occulte pratiquement les autres.

En effet, comme on le voit clairement sur le graphique 12, la pratique sportive en association ne représente qu'une faible part (environ 20%) de la pratique sportive des personnes institutionnalisées. 12,49% pratiquent dans une « association autre », on suppose qu'il s'agit d'une association ordinaire qui propose des activités sportives, tandis que 17,04% pratiquent « en individuel », vraisemblablement en dehors de tout cadre officiel (mais pas forcément seul). On retrouve ici un certain équilibre entre pratique individuelle et associative, même si la pratique individuelle est moins fréquente que la pratique associative (contrairement à ce qui se passe à domicile).

5,61% des sportifs vivant en institution pratiquent au sein d'associations de personnes handicapées. La part est notable, contrairement au domicile, mais ne représente en effectifs pondérés que 4963 personnes (234 sujets en effectifs bruts).

Finalement, si l'on cumule les résultats de l'enquête Domicile et Institution concernant les sportifs qui pratiquent dans des associations de personnes handicapées, on arrive à un effectif global pondéré d'environ 30 000 personnes. Ce résultat semble minimiser quelque peu ce type de pratique, si l'on se réfère aux informations externes puisque la Fédération Française du Sport Adapté déclare à elle seule 23500 licenciés, la Fédération Française Handisport déclare avoir 14000 licenciés et 24000 pratiquants, et la Fédération Sportive des Sourds de France affiche 3200 licenciés. Si l'on en reste aux licenciés effectifs, le cumul de

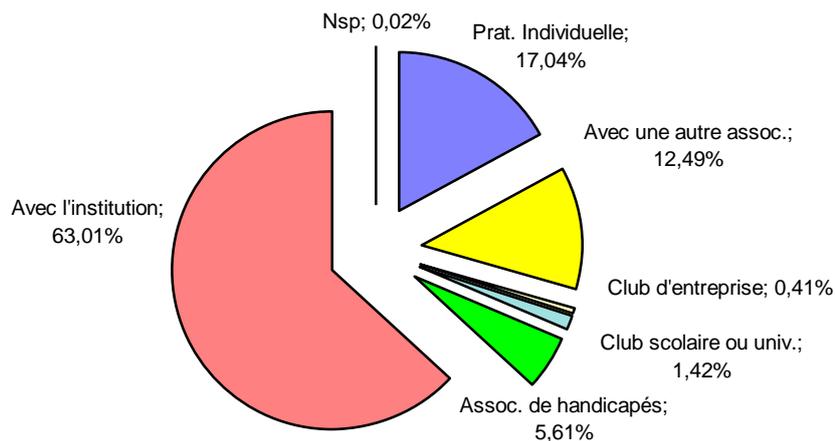
ces trois organisations françaises, reconnues officiellement, donne un total de 40700 sportifs licenciés dans des fédérations sportives de personnes handicapées.

Le décalage peut s'expliquer de plusieurs manières. D'abord, il faut souligner que la réalité de terrain est plus complexe que ce que les modalités de réponses à cette question laissent apparaître. Les institutions spécialisées hébergent souvent en leur sein, et sur leurs installations sportives, des activités sportives associatives. Ainsi, nombre de clubs de la Fédération « Sport Adapté » sont mis en place au sein même de foyers d'hébergement, et d'institutions spécialisées. De ce fait, les activités et entraînements hebdomadaires peuvent se dérouler sur les terrains de sport ou dans les salles de sport de ces établissements, par convention avec la fédération sportive. Dans le même temps, ces activités « associatives » peuvent accueillir les personnes de l'institution qui ont envie de pratiquer la même activité sportive. Ainsi, dans les réponses des sujets à cette question sur le cadre de la pratique sportive, il est vraisemblable que certains sujets, en particulier ceux qui relèvent de la Fédération Française du Sport Adapté (troubles psychiques et déficience intellectuelle) aient pu indiquer « l'Institution » comme cadre de leur pratique sportive, pour désigner des activités sportives associatives se déroulant dans l'institution. Ensuite, les cumuls de pratique, et donc des cadres de pratique ne sont pas pris en compte dans l'enquête, ce qui produit une sous estimation du nombre de pratiquants. En effet, des personnes peuvent très bien pratiquer à la fois dans l'institution, et dans un club, cela n'apparaît dans les résultats.

Cependant, les résultats globaux soulignent le fait que la pratique sportive des personnes institutionnalisées est largement déterminée par l'institution elle-même qui en est l'organisatrice dans la grande majorité des cas.

### Graphique 13

Répartition des espaces de pratique chez les sportifs (Ap. Pond.)  
Enquête HID Institution 1998 - 5-74 ans -



On notera que les moyennes d'âge des sportifs pratiquant dans ces différents cadres sont assez marquées. Dans tous les cas, comme le montre le tableau suivant, le groupe de ceux qui déclarent pratiquer « en individuel » est celui dont la moyenne d'âge est la plus élevée.

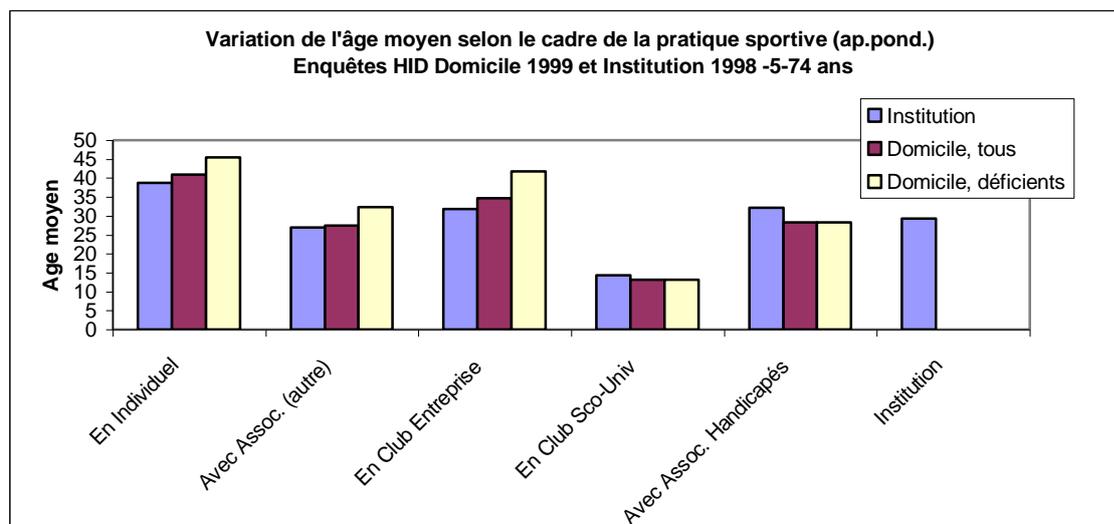
**Tableau 13 – Age moyen des pratiquants selon le cadre de la pratique sportive - (ap. pond.) – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans**

GSPCAD	En Individuel	Avec Assoc. (autre)	En Club Entreprise	En Club Sco-Univ	Avec Assoc. Handicapés	Avec l'institution	Ensemble
<b>Institution</b>							
Age Moyen	38,8	27	31,8	14,4	32,2	29,2	30,5
Ecart Type	18,2	14,1	12,4	3,5	12	16,2	16,6
<b>Domicile, tous</b>							
Age moyen	40,9	27,4	34,7	13,2	28,3	-	33,1
Ecart Type	16,8	18,3	12,6	5,3	14,3	-	18,8
<b>Domicile, déficients</b>							
Age moyen	45,5	32,4	41,8	13,2	28,3	-	38,3
Ecart Type	19	21,1	14,6	4,4	14,3	-	21,2

Pour les personnes qui vivent en institution, ceux qui font du sport avec l'institution elle-même ont en moyenne 29 ans (Ec. Type : 16,2), ce qui les démarque de ceux qui déclarent pratiquer seuls, et dont la moyenne d'âge est de presque 39 ans. En ce qui concerne la pratique « mixte », c'est-à-dire celle qui se déroule dans les associations qui ne sont pas des associations de personnes handicapées (associations « autres », associations scolaires ou universitaires, clubs d'entreprises), la moyenne d'âge est un peu plus basse, environ 26 ans. On peut penser alors que l'insertion sportive en milieu ordinaire est plus fréquente chez les jeunes.

On remarque que les sportifs déficients vivant à domicile sont en moyenne plus âgés, que l'ensemble de la population sportive à domicile, elle-même plus âgée que la population sportive institutionnelle. Cependant, dans les clubs scolaires et universitaires et dans les associations de personnes handicapées, ce sont les sportifs des institutions qui sont un peu plus âgés que ceux qui vivent à domicile.

**Graphique 14**



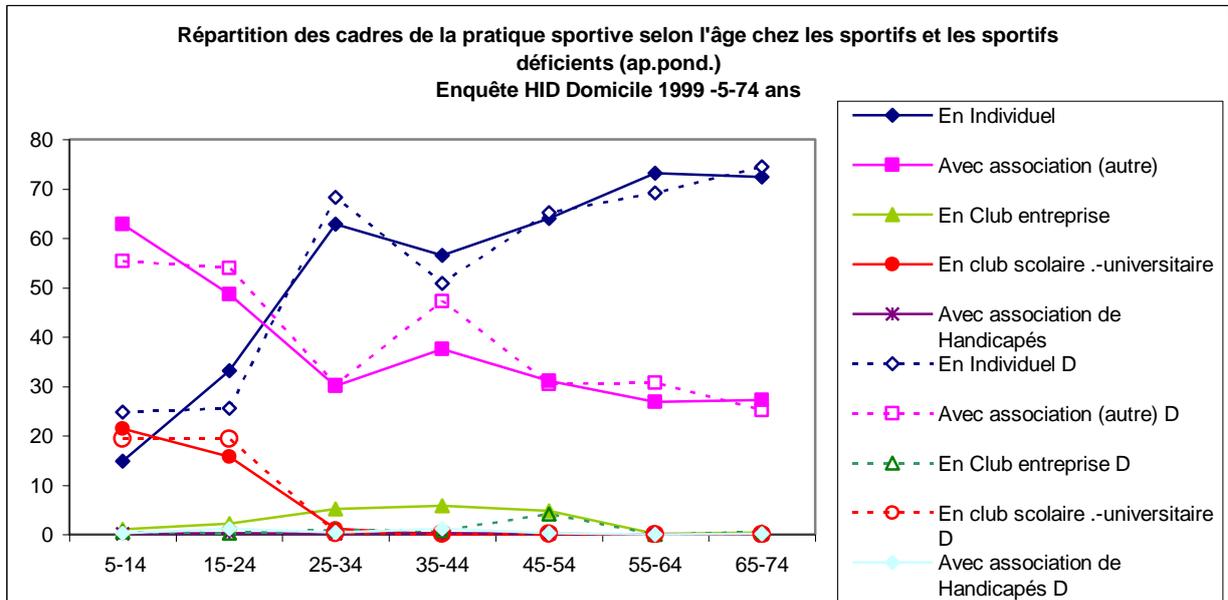
L'analyse de la répartition des cadres de la pratique sportive selon les tranches d'âge permet de préciser cette relation entre cadre de la pratique sportive et âge.

**Tableau 14 – Répartition des cadres de la pratique sportive selon l'âge. (ap. pond.) – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans**

<b>Institution</b>	En Individuel	Avec association (autre)	En Club entreprise	En club scolaire .- universitaire	Avec association de Handicapés	Avec l'Institution	Total
5-14	6,9	14,8	0	4,3	1,7	72,3	100
15-24	12,9	14,6	0,6	2,4	5,3	64,1	100
25-34	15,8	12,4	0,5	0,1	8,2	62,8	100
35-44	20,4	12,9	0,5	0	8,2	58	100
45-54	21,9	9,1	0,8	0	8,2	60	100
55-64	40,6	9,4	0	0	1,8	48,2	100
65-74	36,1	2,8	0	0	0,5	60,6	100
<b>Domicile Tous</b>	En Individuel	Avec association (autre)	En Club entreprise	En club scolaire .- universitaire	Avec association de Handicapés		Total
5-14	14,9	62,8	1	21,4	0,1		100
15-24	33,2	48,7	2,2	15,8	0,2		100
25-34	62,8	30,1	5,2	1,1	0,1		100
35-44	56,5	37,5	5,8	0	0,2		100
45-54	64	31,1	4,8	0,1	0,1		100
55-64	73,1	26,8	0,1	0	0		100
65-74	72,4	27,2	0,4	0	0		100
<b>Domicile déficients</b>	En Individuel	Avec association (autre)	En Club entreprise	En club scolaire .- universitaire	Avec association de Handicapés		Total
5-14	24,8	55,3	0,5	19,3	0,3		100
15-24	25,5	54	0,2	19,3	1,1		100
25-34	68,3	30,2	0,9	0,3	0,4		100
35-44	50,9	47,2	0,8	0,1	1,1		100
45-54	65,1	30,5	4,1	0,1	0,2		100
55-64	69,2	30,7	0	0	0		100
65-74	74,4	25,1	0,5	0	0,1		100

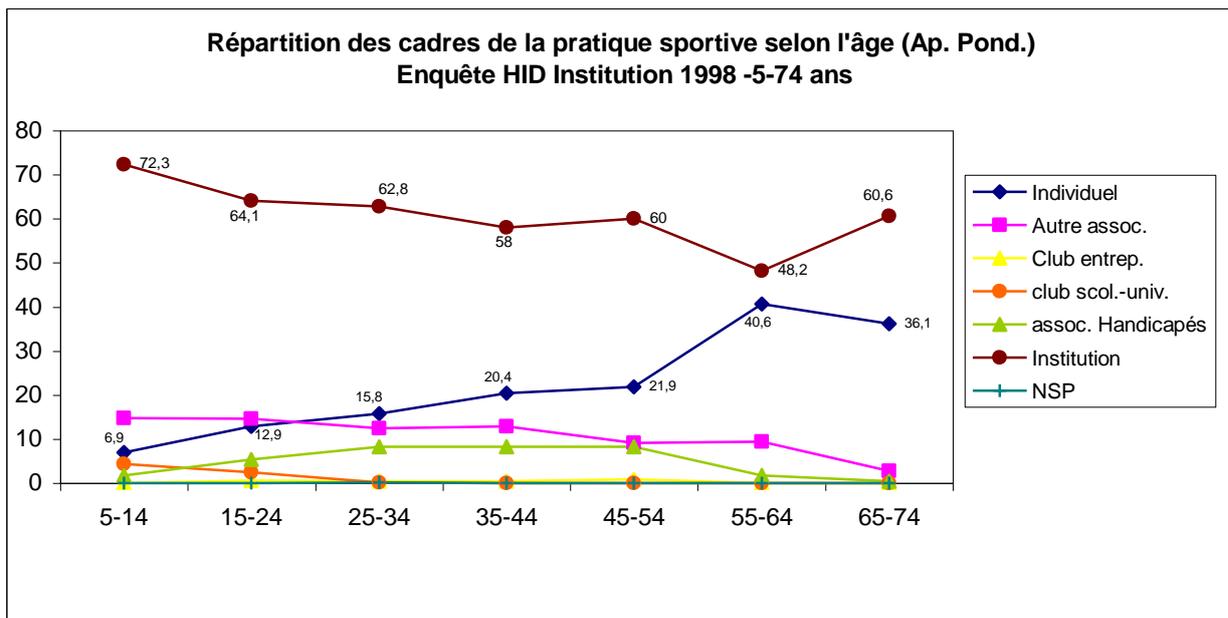
Le graphique 15 montre bien qu'à domicile, pour les sportifs déficients (pointillés) comme pour l'ensemble des sportifs, il y a un impact fort de l'âge sur le cadre de la pratique puisque jusqu'à 25 ans on pratique en majorité au sein d'associations (associations sportives ordinaires et clubs scolaires et universitaires), et qu'à partir de 25 ans, brutalement les associations sont désertées au profit d'une pratique individuelle.

Graphique 15



Ce phénomène est également observable dans les institutions, à une autre échelle. La pratique sportive « individuelle », en dehors de toute association ou organisation officielle, augmente régulièrement avec l'âge, tandis que celle faite avec l'institution spécialisée diminue (jusqu'à 44 ans). On peut penser que se met en place une sorte d'autonomisation progressive (mais très relative) des personnes au regard des activités sportives organisées par l'institution, au fur et à mesure qu'ils avancent en âge. Mais on retrouve ici une rupture à partir de 55 ans, puisque le taux de pratiquants « en individuel » double brutalement.

Graphique 16



On voit également que la pratique sportive en association « ordinaire » existe principalement avant 44 ans : 19% des sportifs de 5 à 14 ans pratiquent dans ce cadre (autre association ou association scolaire), et encore 17,6% des 15-24 ans. Ensuite la fin de la scolarité fait disparaître ce lieu de pratique sportive, et les associations sportives « ordinaires » regroupent de moins en moins de sportifs (presque 15% des jeunes, pour 9% des 45-64 ans).

Par contre la pratique sportive au sein d'associations de personnes handicapées ne concerne que très peu les enfants (1,7% des 5-14 ans), c'est principalement entre 25 et 54 ans que ce contexte de pratique sportive spécialisée prend une certaine importance.

Ces résultats confirment l'importance de l'influence institutionnelle sur la pratique sportive des personnes handicapées vivant en institution, qui, bien sûr, se conjugue étroitement avec celle de l'âge.

En effet, la grande majorité des sportifs pratique le sport dans le cadre de l'institution qui les accueille. On peut donc poser l'hypothèse qu'une grande part des résultats sur les pratiques sportives des personnes vivant en institution reflète les politiques ou logiques institutionnelles à l'égard du sport.

## IV. Quelles activités sportives chez les pratiquants handicapés ?

### A. Une priorité pour des activités individuelles, à l'exception du.... Football

Si l'on retient simplement les 11 activités les plus citées, que ce soit à domicile ou en institution, plus de 75% des choix des sportifs vivant en institution sont exprimés, plus de 65% des choix de ceux qui vivent à domicile, et presque 70% des choix de la population déficiente à domicile. Cela montre que la diversité des choix est plus grande pour la population Domicile que pour les deux autres, la moins grande diversité étant observée pour la population en institution. On retrouve les activités sportives les plus pratiquées en France comme la marche, la natation, le cyclisme, le footing, le football, la gymnastique d'entretien (Enquête MJS/Insep, 2000, et HID Domicile, 1999/2000).

Mais on voit apparaître des activités comme l'équitation, le basket-ball, ou le judo qui semblent bien mieux représentées chez les sportifs des institutions spécialisées que dans la population générale. On sait que le basket-ball et le judo sont des activités très pratiquées dans les fédérations sportives de personnes handicapées : basket-ball en fauteuil roulant et judo pour les malvoyants et les aveugles à Handisport, basket-ball, équitation et judo à Sport Adapté. Par ailleurs, mais ceci est en lien direct avec la réalité fédérale, les recours aux activités hippiques sont nombreux dans les institutions spécialisées, que ce soit sous une forme de randonnée, une forme sportive, ou encore dans une perspective « d'équithérapie ». On peut penser que la surreprésentation de ces activités chez les personnes prises en charge dans des institutions spécialisées est liée principalement à des politiques institutionnelles ou fédérales, puisque la grande majorité des sportifs pratiquent dans le cadre même de l'institution. On notera également la grande importance de la gymnastique d'entretien pour les sportifs en institution, activité qui occupe deux fois plus de place en institution qu'à domicile.

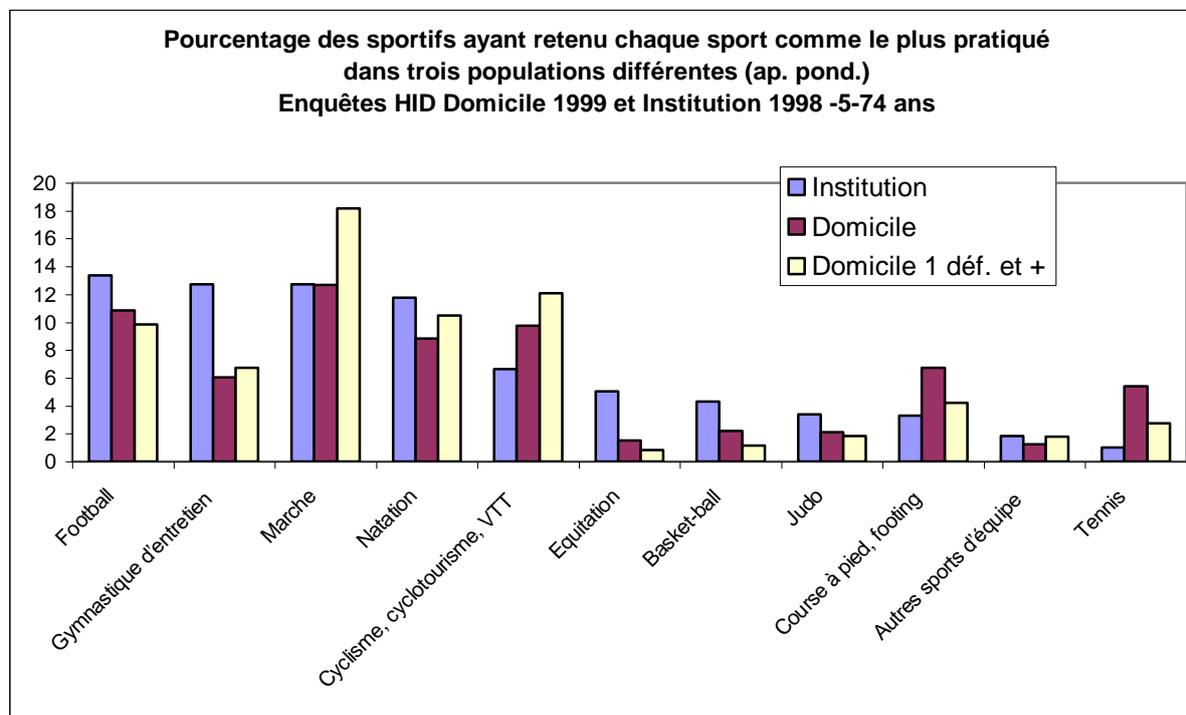
**Tableau 15. Répartition des différents sports les plus pratiqués par les sportifs - (ap. pond.) – HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans**

Sports	Part occupée par chaque sport. Institution	Part occupée par chaque sport. Domicile	Part occupée par chaque sport. Domicile 1 déf. et +
Football	13,37	10,84	9,84
Gymnastique d'entretien	12,74	6,04	6,75
Marche	12,74	12,67	18,15
Natation	11,77	8,82	10,48
Cyclisme, cyclotourisme, VTT	6,63	9,75	12,09
Equitation	5,03	1,51	0,83
Basket-ball	4,31	2,2	1,16
Judo	3,38	2,09	1,84
Course à pied, footing	3,30	6,73	4,20
Autres sports d'équipe	1,83	1,24	1,79
Tennis	1,02	5,38	2,75
<b>Pourcentage cumulé</b>	<b>76,12</b>	<b>67,27</b>	<b>69,88</b>

Par ailleurs, comme on le voit sur le graphique 17, la population déficiente vivant à domicile se distingue par des regroupements plus importants autour de la marche et du cyclisme.

La population vivant à domicile, par contre, s'affiche plus autour de la course à pied et du tennis que les autres groupes.

Graphique 17



Cependant pour affiner un peu la lecture, il est possible d'organiser une classification des sports à partir des principes directeurs de ces activités pour faire apparaître l'usage des différents types de sports dans les institutions. On distinguera 5 grands groupes :

- (1) Les activités individuelles de pleine nature, dans lesquelles on peut pratiquer soit seul, soit en groupe, et en général dans des relations de coopération, toujours à l'extérieur et souvent dans des espaces naturels (parcs, ou espaces ruraux, ou naturels). Ce groupe est celui qui occupe la plus grande part avec presque un tiers des sportifs.
- (2) Les sports collectifs, jeux classiques d'opposition de deux équipes, regroupent 20,9% des sportifs.
- (3) Les activités gymniques, artistiques, et d'entretien marquées par une logique hygiéniste, esthétique. Ce sont des activités individuelles mais qui se déroulent généralement en salle et qui regroupent presque 23% des sportifs.
- (4) Les activités d'opposition indirecte, dans lesquelles on joue classiquement en parallèle, au minimum à deux, ou plus.
- (5) Les activités d'opposition duelle directe, où on joue classiquement en un contre un en face à face, l'action de l'un déterminant directement l'action de l'autre.
- (6) Groupes « Autres » auquel s'ajoutent les activités de patinage, skate-board, moto, auto.

**Tableau 16 – Répartition des sportifs dans les différents groupes d’APS (ap. pond.) – Enquête HID Institution 1998 -5-74 ans.**

Groupes d’activités	Part occupée
(1) Activités individuelles de pleine nature (cyclisme 30 à 32, marche, cross country, footing, 50 à 52, ski, 54, voile 71 à 78, équitation 83 à 84, spéléo 90 à 94)	29,67%
(2) Sports collectifs d’opposition directe (Football, basket-ball, Hand-ball, volley-ball, Rugby, Jeu à 13, Hockey sur glace, Base-ball, Hockey sur gazon, autres sports d’équipe) (de 20 à 29)	20,9%
(3) Activités gymniques et artistiques (Aérobic, Danse, Expression corporelle, Yoga, Gymnastique sportives, d’entretien, rythmique, autres gymnastique - 10 à 13 et 16 à 19, Haltérophilie, musculation)	22,67%
(4) Sports d’opposition indirecte (Athlétisme -53-, Golf, Bowling, Boules, Tirs, natation de 65 à 70)	15,43%
(5) Sports duels d’opposition directe (Judo, Boxe, Karaté, Aikido, Lutte, Autres sports de combat - 40 à 45 - + Tennis, Ping pong, Badminton, squash, pelote basque - 60 à 64 - + Escrime 95)	7,41%
(6) Activités individuelles urbaines (patins 80 à 82, moto 86) et autres	3,93%

Il est intéressant de noter que le croisement entre le cadre de la pratique sportive (GSPCAD) et les groupes de sport ici constitués n’est pas aléatoire dans l’enquête Institution :

Les activités individuelles en milieu naturel sont sur-représentées dans le cadre de la pratique dite « en individuel » (37,2% alors que la part moyenne du cadre « individuel » est de 17%).

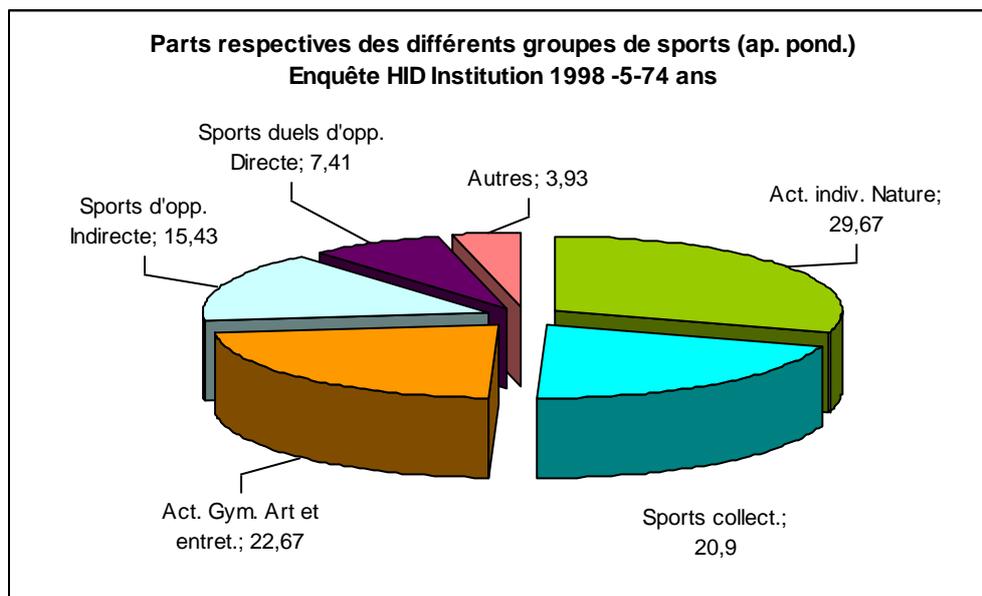
Ensuite pour les sports collectifs, il y a une sur-représentation du cadre institutionnel (74,7% pour 63% en moyenne), et des clubs scolaires et universitaires (3,37% pour 1,4% en moyenne).

Les activités gymniques se pratiquent également plus en institution (71,7%) et dans des associations sportives ordinaires (14,6%) que l’ensemble des sports.

Les activités d’opposition indirecte sont particulièrement encadrées par les institutions (70%) et les associations de personnes handicapées (9,17% pour 5,6% en moyenne).

Les sports duels d’opposition directe, quant à eux, sont massivement pratiqués en association ordinaire (39,8% alors que en moyenne seulement 12,5% des sportifs pratiquent dans ce cadre.). 41% les pratiquent en institution pour 63% d’encadrement institutionnel en moyenne.

**Graphique 18**



Cependant ces choix d'activités sont très dépendants de l'âge. En effet, plus l'âge avance, plus la diversité des sports évoqués diminue, et les dominantes se transforment. Si l'on retient les 4 sports regroupant le plus de sportifs dans chaque classe d'âge, on obtient le tableau suivant.

**Tableau 17 – Les 4 sports les plus cités dans chaque classe d'âge - (ap. pond.) – HID Institution 1998 – 5-74 ans**

Age/Part de chaque sport (en%)	Football	Natation	Judo	Equitation	Basket-ball	Marche	Gym entretien	Cyclisme	Autres Gyms	Nbre d'activités citées
5-14	29,2	10,3	6,7	5,5						45
15-24	19,5	11	6,5		9,7					50
25-34	8,9	16,4				14	9,9			44
35-44		13,4		5,8		19,3	15,5			39
45-54	4,7	13				24,1	21,5			29
55-64						31,5	29,4	8,4	6,9	19
65-74						26,2	51,3	3,8	7,6	11

On voit bien comment s'opère le glissement des activités au cours des âges : le football, le judo, le basket-ball, l'équitation et la natation occupent les premières places chez les plus jeunes, pour disparaître ensuite des 4 activités les plus citées. Ils sont remplacés progressivement par la marche, la gymnastique d'entretien, puis le cyclisme et les gymnastiques au sens large qui deviennent les activités privilégiées des 55 ans et plus. Dans le même temps, la diversité des APS citées se réduit, en parallèle avec la diminution des effectifs de sportifs.

Nous pourrions par la suite tenter de voir comment se répartissent ces choix d'activités dans les différents types d'établissements pour tester l'hypothèse d'une influence majeure des institutions dans les choix de pratique.

### ***Demande spécifique de repérage - Région PACA***

*Dans la région PACA, l'enquête Institution touche 981 personnes ayant répondu au module sport, et qui représentent 45800 personnes. Dans les 5-74 ans, c'est 604 sujets en effectif brut, représentant 18522 personnes vivant en institution dans la région. Dans la tranche d'âge des 5-74 ans le taux de pratique sportive dans cette région est de 27,8%, ce qui est plus bas que la moyenne nationale (32,82%). Si l'on supprime ces limites d'âge, le taux de pratique sportive chute à 12%.*

*Si l'on retient la population des 5-74 ans, on a donc une population de sportifs (après pondération) dans les institutions de 5155 personnes dans la région.*

*Les sports les plus pratiqués sont dans l'ordre la marche (17,2% des sportifs c'est-à-dire 886 personnes en effectifs pondérés), la natation avec 13,9% des sportifs (c'est-à-dire 717 personnes en effectifs pondérés), et le football (12,8% des sportifs, donc 658 personnes en effectifs pondérés). C'est ensuite le judo qui regroupe 6,44% des sportifs, c'est-à-dire environ 332 sportifs (Pond.), puis la gymnastique d'entretien (6,35% des sportifs et 327 pers. Ap. pond.)*

*L'enquête Domicile, pour la région PACA, regroupe 1120 personnes ayant répondu au module G (sport), représentant 3 858 000 personnes. Entre 5-74 ans, c'est 809 personnes qui ont répondu, représentant 3 357 000 individus. Il y a 625 personnes qui déclarent une déficience ou plus (5-74 ans), représentant 1 216 000 personnes.*

*Le taux de pratique sportive dans la région est un peu plus élevé que la moyenne nationale (48,4% contre 47,3%). Mais la pratique sportive des personnes déficientes, par contre est inférieure à l'activité nationale (30,5% de sportifs contre 36,2%).*

*Dans cette population déficiente sportive vivant à domicile l'activité la plus pratiquée est la marche (34%, 141 000 pratiquants). Viennent ensuite la course à pied (20,2%, 75 000 personnes) et la natation (16%, 59 000 personnes).*

## B. Le retour de la différence des sexes dans le choix des activités

Si la parité sexuelle, en ce qui concerne l'accès à la pratique sportive, semble améliorée par le cadre institutionnel, celui-ci affecte-t-il de la même manière la répartition sexuée du type de sport que chacun pratique ?

En nous limitant aux 5 activités les plus pratiquées qui sont la marche (GSPREF=50), les gymnastiques (GSPREF=10, 16, 17, 18, 19), le football (GSPREF=20), le cyclisme dans ses différentes formes (GSPREF = 30, 31, 32), et la natation (GSPREF=70), nous pouvons noter que les différences liées au sexe sont importantes, ainsi que celles relatives au lieu de vie (Domicile ou Institution).

Nous travaillons ici sur la population de 5-74 ans ayant répondu au module G, en proposant les taux pondérés de pratique de chacun des sports considérés. On se souviendra pour la lecture, que chaque sportif devait déclarer une seule activité, celle qu'il pratiquait le plus. De ce fait, nous avons affaire ici aux pratiquants réguliers d'une activité qui est privilégiée par le sujet. Nous ne savons rien des autres pratiques sportives éventuelles de chacun, si certains s'adonnent à plusieurs sports.

### 1. La marche : une activité peu sexuée.

Pour la marche, on voit qu'à domicile, les hommes (tous ou seulement ceux qui déclarent une déficience ou plus) pratiquent globalement moins que les femmes. La marche est pratiquée par les femmes dès la tranche d'âge 15-24 ans, tandis que pour les hommes c'est dans la décennie suivante que cette pratique commence. Ensuite on voit que le taux de pratique augmente globalement jusqu'à 75 ans pour les femmes, avec une quasi-stabilité de 45 à 74 ans. Pour les hommes la stabilisation du taux de pratique de la marche s'observe entre 55 et 74 ans.

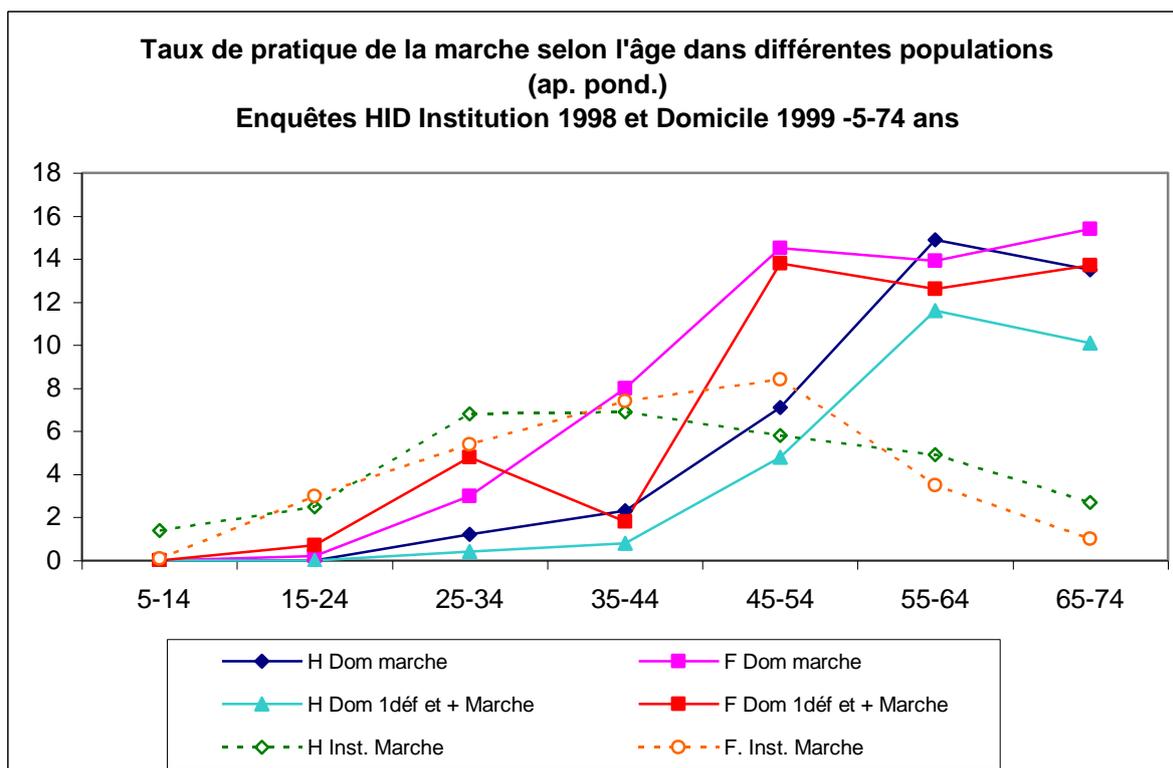
**Tableau 18 – Taux de pratique de la marche selon le sexe et l'âge dans différentes populations – Enquêtes HID Institution et Domicile 1998-2000 -5-74 ans.**

Taux de pratique de la marche (% pondéré)	H Dom marche	F Dom marche	H Dom 1déf et + marche	F Dom 1déf et + marche	H Inst. marche	F. Inst. marche
5-14	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,1
15-24	0,0	0,2	0,0	0,7	2,5	3
25-34	1,2	3,0	0,4	4,8	6,8	5,4
35-44	2,3	8,0	0,8	1,8	6,9	7,4
45-54	7,1	14,5	4,8	13,8	5,8	8,4
55-64	14,9	13,9	11,6	12,6	4,9	3,5
65-74	13,5	15,4	10,1	13,7	2,7	1
Ensemble	4,5	7,4	4,7	8,3	4,4	3,8

En institution, cette pratique semble s'amplifier plus tôt qu'à domicile, en particulier pour les hommes, mais les taux des hommes et des femmes sont proches. On retrouve dans

cette activité la relative « parité homme / femme » déjà relevée sur les déclarations générales de pratique sportive en institution. Mais on observe la forme très particulière de la courbe des taux de pratique selon l'âge en institution, forme en U inversé, qui montre à partir de 55 ans une chute du taux de pratique de la marche, contrairement à ce que l'on observe à domicile. Cette spécificité est à rapprocher de la chute globale des pratiques physiques en institution dès 55 ans.

Graphique 19



Le graphique 19 met en évidence que les différences homme / femme sont, en ce qui concerne la marche, principalement marquées à domicile de 25 à 54 ans, tranche d'âge dans laquelle les femmes pratiquent plus que les hommes du même âge.

On peut donc dire que la marche ne se présente pas comme une activité fortement sexuée, ni fortement limitée par la présence de déficience(s), mais que c'est dans la comparaison institution / domicile que les décalages sont majeurs, en particulier à partir de 35 ans où le taux des personnes vivant en institution et pratiquant la marche se stabilise puis décroît, alors que à domicile, à l'inverse, il augmente fortement.

Il faut comprendre ces résultats en termes de réduction avec l'âge du nombre d'activités physiques pratiquées.

En effet, en institution, chez les 5-14 ans, 45 activités sportives sont déclarées, alors que chez les 65-74 ans seules 11 activités apparaissent dans les déclarations (la gymnastique d'entretien regroupe 51,3% des sportifs de cette tranche d'âge, vient ensuite la marche avec 26,2%). Il y a donc chez les jeunes un phénomène de dispersion entre de multiples activités, et chez les plus âgés un regroupement autour de quelques activités très ciblées. A ce titre, dans les quelques activités encore pratiquées chez les plus âgés, la marche n'est pas centrale.

A domicile, chez les 5-14 ans, 46 activités sportives sont citées, et 38 chez les 65-74 ans. La diversité des activités reste donc bien plus importante à domicile qu'en institution.

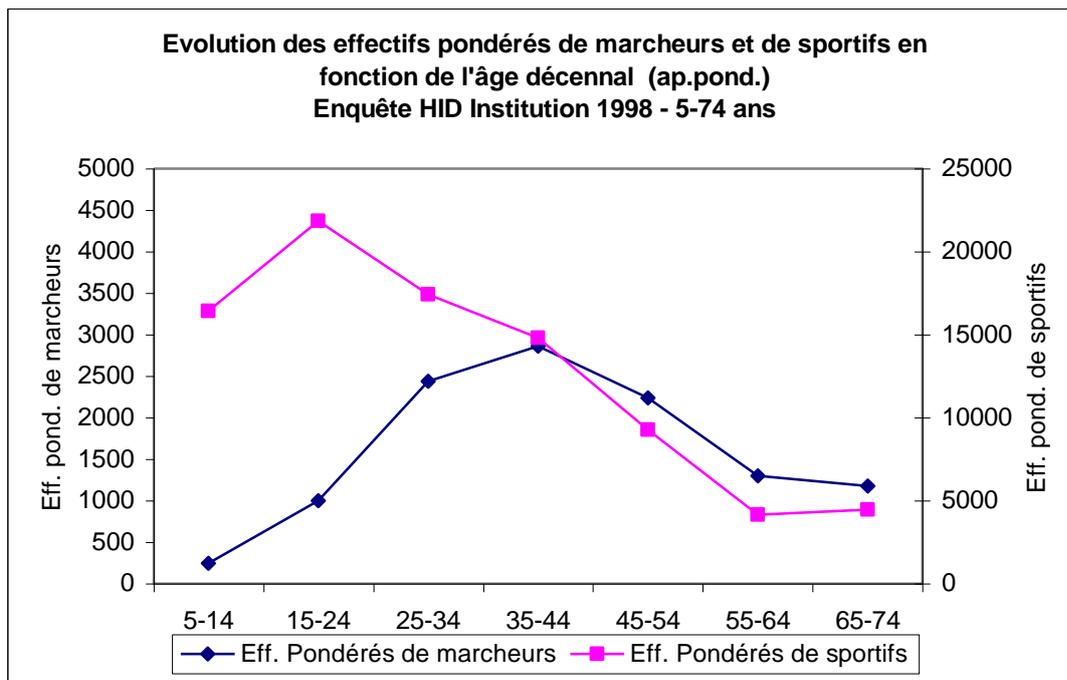
De ce fait, les taux élevés de marcheurs à domicile à partir de 45 ans sont significatifs d'un véritable regroupement autour de la marche. Chez les 65-74 ans, 57% des sportifs sont des marcheurs.

**Tableau 19. Effectifs pondérés de marcheurs et de sportifs selon l'âge décennal - Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 -5-74 ans**

Age/Marche	Inst. Eff. Pondérés de marcheurs	Inst. Eff. Pondérés de sportifs	Dom. Eff. Pondérés de marcheurs	Dom. Eff. Pondérés de sportifs
5-14	247	16426	0	5 158157
15-24	1003	21853	5494	3 902651
25-34	2441	17425	174936	3 662729
35-44	2859	14800	438041	3 991190
45-54	2239	9282	869265	2 982460
55-64	1302	4139	766534	2 684273
65-74	1174	4478	747616	1 313269

Comme on le voit très bien sur le graphique 20, l'effectif pondéré de sportifs est maximal chez les 15-24 ans en institution, tandis que l'effectif maximal de marcheurs se situe dans la catégorie des 35-44 ans. La marche est une activité déclarée comme activité sportive principalement à partir de 25 ans. Les deux courbes présentent des profils nettement différents soulignant la faiblesse de référence des 5-24 ans à cette activité marche comme activité sportive principale. Mais à partir de 35 ans la pratique de la marche se réduit à la même vitesse que la pratique sportive générale.

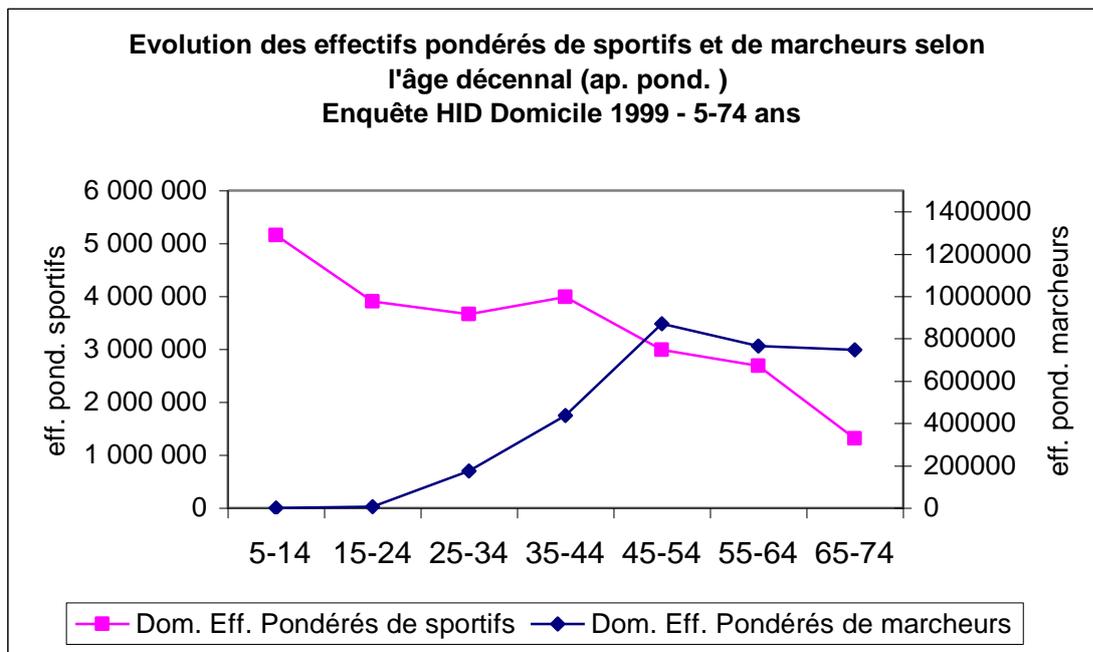
**Graphique 20**



A domicile, les marcheurs sont les plus nombreux dans la tranche des 45-54 ans, mais ce sommet n'est pas suivi par une forte baisse du nombre de pratiquants dans les tranches d'âges suivantes. Les 55-74 ans restent plus nombreux à pratiquer la marche que n'importe quelle classe d'âge inférieure à 44 ans.

La marche est particulièrement retenue chez les plus âgés, alors que le nombre de sportifs déclarés diminue fortement.

Graphique 21



## 2. La gymnastique : une pratique de femme en institution comme à domicile.

En ce qui concerne la gymnastique, activité classiquement référée au féminin, les différences hommes/femmes sont notables, en institution comme à domicile.

Si l'on retient à partir de la variable GSPREF, les différentes modalités de réponse qui correspondent à la pratique de ce qu'on peut appeler « les gymnastiques » au sens large, on peut sélectionner les modalités : GSPREF=10, 16, 17, 18, 19. On regroupe ainsi « l'aérobic – gymtonic » (10), la « gymnastique sportive » (16), la « gymnastique d'entretien » (17), la « gymnastique rythmique » (18) et les « autres types de gymnastiques ».

En institution, Sur l'ensemble de la population ayant répondu au module G (5-74 ans), 582 sujets déclarent faire de la gymnastique, ce qui correspond à 5,91% de la population institutionnelle. Pour les hommes seulement, le taux de pratique de la gymnastique est de 3,57%, et pour les femmes il atteint 9,05%.

En institution, les courbes de taux de pratique de la gymnastique des hommes et des femmes sont presque parallèles, gardant à tous les âges un écart d'environ 5 à 10 points au profit des femmes. On note un creux important de la pratique chez les 15-24 ans,

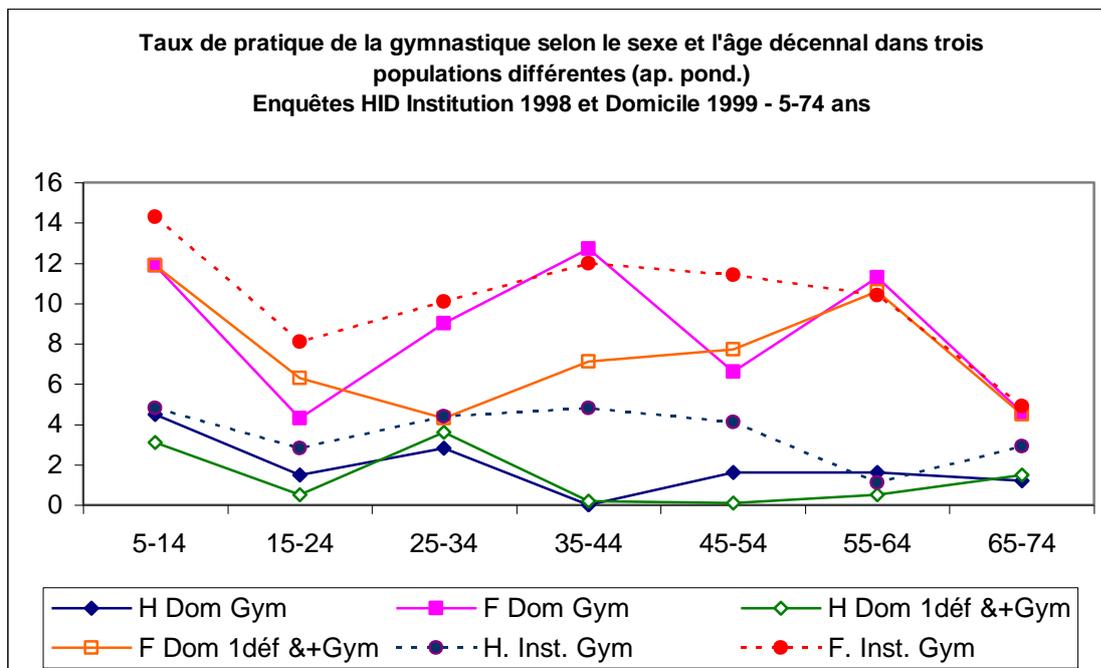
**Tableau 20 - Taux de pratique des gymnastiques selon le sexe et l'âge dans différentes populations – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 -5-74 ans.**

Taux de pratique des gymnastiques (% pondérés)	H Dom Gym	F Dom Gym	H Dom 1déf &+Gym	F Dom 1déf &+Gym	H. Inst. Gym	F. Inst. Gym
5-14	4,5	11,9	3,1	11,9	4,8	14,3
15-24	1,5	4,3	0,5	6,3	2,8	8,1
25-34	2,8	9,0	3,6	4,3	4,4	10,1
35-44	0,0	12,7	0,2	7,1	4,8	12,0
45-54	1,6	6,6	0,1	7,7	4,1	11,4
55-64	1,6	11,3	0,5	10,6	1,1	10,4
65-74	1,2	4,6	1,5	4,5	2,9	4,9
Ensemble	1,9	8,7	1,3	7,5	3,6	9,05

A domicile les courbes sont plus irrégulières au regard de l'âge mais le sexe a plus d'impact que la présence ou l'absence de déficience(s), les femmes pratiquant ici encore plus que les hommes. On remarquera qu'à domicile comme en institution, après 65 ans, le taux de pratique de la gymnastique diminue chez les femmes, tandis qu'il augmente un peu chez les hommes. On voit bien sur le graphique suivant le regroupement des femmes affichant des taux de pratique de la gymnastique allant de 4 à plus de 14%, et le tassement, en bas du graphique des hommes qui oscillent entre 0 et un peu plus de 4% de pratiquants.

On notera tout de même que les hommes vivant en institution sont les plus « gymnastes » des hommes... Et que les femmes présentant une déficience ou plus sont les moins gymnastes des femmes.

**Graphique 22**



### 3. Le Football : activité réservée aux hommes jeunes.

En ce qui concerne le football, on s'en doute, le genre intervient de façon prépondérante, puisque en institution comme à domicile, les femmes ne pratiquent quasiment pas.

En institution, chez les 5-74 ans, on a un effectif brut de 599 footballeurs, c'est-à-dire 4,39% de la population institutionnelle. La différence homme / femme est radicale puisque 7,3% des hommes qui pratiquent le football pour 0,5% des femmes. Mais ce sont essentiellement les hommes jeunes qui pratiquent cette activité : plus d'un quart des garçons de 5 à 14 ans vivant en institution pratiquent le football. L'érosion des taux de pratique est très rapide, puisqu'en institution, dans la tranche des 25-34 ans, on ne trouve plus que 6% de footballeurs chez les hommes.

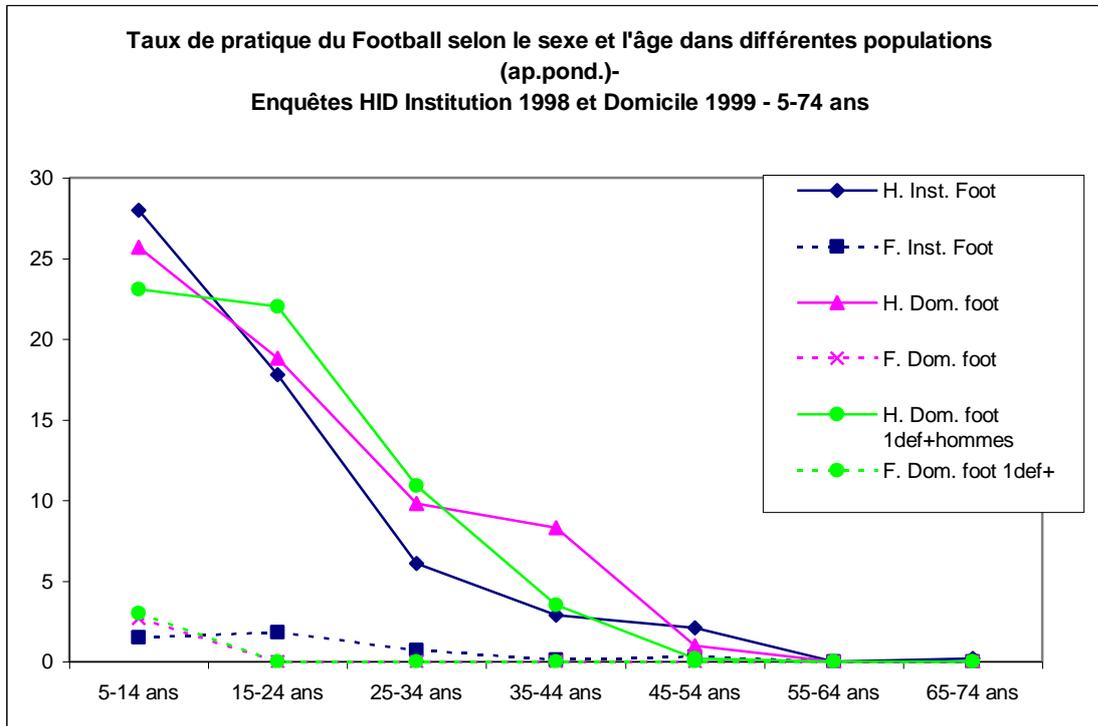
**Tableau 21 - Taux de pratique du football selon le sexe et l'âge dans différentes populations – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 -5-74 ans.**

Taux de pratique du football / Sexe / âge	H. Inst. Foot	F. Inst. Foot	H. Dom. Foot	F. Dom. Foot	H. Dom. foot 1def et +	F. Dom. foot 1def et +
5-14 ans	28	1,5	25,7	2,7	23,1	3,0
15-24 ans	17,8	1,8	18,8	0,0	22,0	0,0
25-34 ans	6,1	0,7	9,8	0,0	10,9	0,0
35-44 ans	2,9	0,1	8,3	0,0	3,5	0,0
45-54 ans	2,1	0,3	1,0	0,0	0,2	0,0
55-64 ans	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
65-74 ans	0,2	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tous 5-74 ans	7,31	0,47	10	0,4	7,1	0,3

A domicile, la chute est un peu plus lente, avec 9,8% de pratiquants chez les 25/34 ans et encore 8,2% chez les 35/44 ans. Pour ceux qui vivent à domicile, mais qui déclarent une déficience ou plus, on note que si les 25/34 ans affichent un taux de pratique de 10,9%, les 35/44 ans, eux ne sont plus que 3,5% à pratiquer le football.

Pour les hommes présentant une déficience et plus vivant à domicile et pour les hommes vivant en institution la chute du taux de pratique du foot continue jusque chez les 35-44 ans, alors que la population globale domicile affiche une baisse faible entre 25-34 et 35-44 ans. L'âge est plus vite une limite à la pratique du football lorsqu'on a une ou plusieurs déficiences.

Graphique 23



Avec le football et la gymnastique, on a les deux activités les plus sexuées, mais le football est plus exclusivement masculin que la gymnastique n'est féminine. Par ailleurs, si la gymnastique est une pratique de tous les âges, le football concerne en priorité les jeunes hommes.

#### 4. Le cyclisme : impossible en institution ??

Le cyclisme est une activité qui apparaît comme largement déterminée par le lieu de vie, en effet, dans l'enquête Institution, le taux de pratique des hommes comme des femmes reste très bas, et ce à tous les âges.

A domicile, c'est une activité beaucoup plus souvent déclarée, mais qui semble marquée par le genre, au profit des hommes, et ce principalement entre 45 et 65 ans. Les femmes vivant à domicile, celles qui déclarent une déficience ou plus, ou bien dans leur ensemble, ne déclarent pratiquer le cyclisme que très peu, et essentiellement à partir de 25 ans.

Le très faible usage du cyclisme par les populations vivant en institution peut être expliqué de deux manières. D'une part, cette activité nécessite un matériel relativement coûteux, et qui doit être entretenu, contrairement aux autres activités ici observées. Ce besoin de matériel spécifique à entretenir a un coût humain et financier pour l'institution, qui, de ce fait, propose peut être moins facilement cette activité que celles ne nécessitant pas grand chose d'autre qu'un espace et du petit matériel (ballons, tapis de gymnastique etc.). D'autre part, faire du vélo c'est solliciter une motricité complexe, une coordination motrice certaine,

un équilibre spécifique à acquérir. Faire ensuite des sorties en vélo demande une capacité d'attention, une certaine vitesse de traitement des informations pour réagir aux obstacles et aux imprévus et pouvoir circuler sans danger que ce soit sur les routes ou dans les chemins. Au regard des personnes vivant en institution, on peut penser que cette activité n'est pas toujours accessible, selon les niveaux et les types de déficiences, mais surtout qu'elle comporte des risques que les institutions se refusent à prendre.

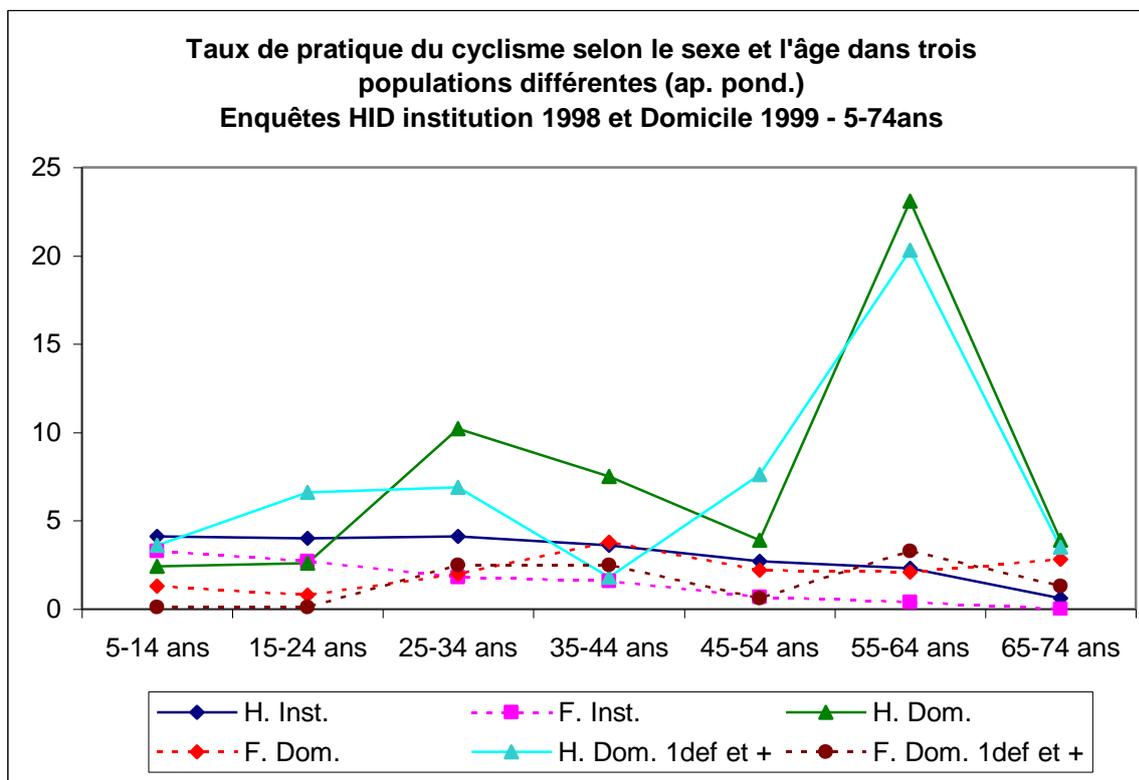
**Tableau 22 - Taux de pratique du cyclisme selon le sexe et l'âge dans différentes populations – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 -5-74 ans.**

Taux de pratique du cyclisme / Sexe / âge	H. Inst.	F. Inst.	H. Dom.	F. Dom.	H. Dom. 1def et +	F. Dom. 1def et +
5-14 ans	4,1	3,3	2,4	1,3	3,6	0,1
15-24 ans	4	2,7	2,6	0,8	6,6	0,1
25-34 ans	4,1	1,8	10,2	2,0	6,9	2,5
35-44 ans	3,6	1,6	7,5	3,8	1,8	2,5
45-54 ans	2,7	0,7	3,9	2,2	7,6	0,6
55-64 ans	2,3	0,4	23,1	2,1	20,3	3,3
65-74 ans	0,6	0	3,9	2,8	3,5	1,3
Tous 5-74 ans	2,9	1,2	7,1	2,2	7,4	1,6

On soulignera l'aspect « accidenté » des courbes représentant les taux de pratique du cyclisme des hommes vivant à domicile, déficients ou non, et en particulier le pic des 55-64 ans. Il ne s'agit pas de problèmes d'effectifs. Cet apparent engouement pour le vélo chez les 55-64 ans des personnes vivant à domicile se retrouve dans les enquêtes générales sur le sport, puisque Mignon P. & Truchot G. (2002, p.61) donnent le groupe des 45-75 ans comme représentant 43% des cyclistes de 15 à 75 ans (hors VTT). Ici cette même classe d'âge représente pour la population domicile 46,2% des cyclistes (VTT compris).

Par contre l'enquête HID sous-estime fortement la proportion de femmes cyclistes, au regard des résultats de l'enquête de l'INSEP et du Ministère des Sports (45% des femmes chez les cyclistes), puisque dans HID Domicile (pop. 5-74 ans) la part des femmes cyclistes est de 23,7%. Mais dans HID chacun se prononce sur son activité « la plus pratiquée », cela signifie que pour les femmes le cyclisme est moins souvent l'« activité la plus pratiquée » que pour les hommes.

Graphique 24



## 5. La natation : une certaine résistance des hommes ?

La natation, à l'inverse, est une activité pour laquelle la différence de sexe est effective au profit des femmes.

On voit sur le graphique 25 que les taux de pratique de la natation à domicile accusent une baisse très forte dans la tranche d'âge 15-24 ans, que l'on ne retrouve pas en institution. Pour les hommes, cette diminution très rapide du taux de pratique de la natation se confirme par le maintien ensuite d'un très faible choix de cette pratique. Les hommes présentant une déficience ne déclarent presque plus la natation comme activité la plus pratiquée dès l'âge de 15 ans.

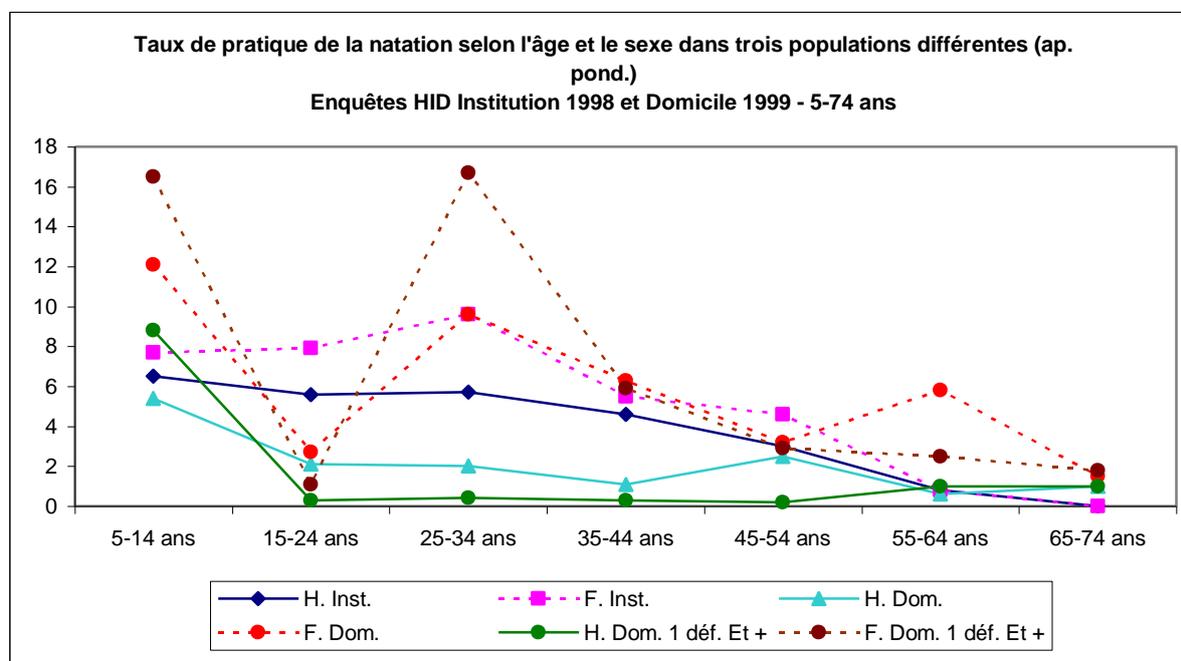
La baisse importante de citation de la natation chez les 15-24 ans, même si on peut penser aux hésitations et aux réticences de l'adolescence quant à l'affichage d'un corps dénudé lié à cette activité, s'explique peut-être également par une plus grande liberté de choix sportif dans cette tranche d'âge que chez les plus jeunes.

On retiendra que si le taux de pratique de la natation en institution est relativement faible, par rapport au domicile, notamment chez les petites filles et les jeunes femmes, il est par contre très régulier et stable avec l'âge, accusant une baisse lente et progressive jusqu'à 75 ans. On confirme ici la prédilection des femmes pour cette activité, même si en institution, là encore, la parité homme / femme semble mieux réalisée qu'à domicile, favorisant cette fois la pratique des hommes de 5 à 44 ans par rapport à leurs homologues à domicile. On remarquera ici encore la quasi-disparition de l'activité en institution, dès 55 ans.

**Tableau 23- Taux de pratique de la natation selon le sexe et l'âge dans différentes populations – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 -5-74 ans.**

Taux de pratique de la natation / Sexe / âge	H. Inst.	F. Inst.	H. Dom	F. Dom	H. Dom. 1 déf et +	F. Dom. 1 déf et +
5-14 ans	6,5	7,7	5,4	12,1	8,8	16,5
15-24 ans	5,6	7,9	2,1	2,7	0,3	1,1
25-34 ans	5,7	9,6	2,0	9,6	0,4	16,7
35-44 ans	4,6	5,5	1,1	6,3	0,3	5,9
45-54 ans	3	4,6	2,5	3,2	0,2	2,9
55-64 ans	0,8	0,8	0,6	5,8	1,0	2,5
65-74 ans	0	0	1,0	1,5	1,0	1,8
Tous 5-74 ans	3,6	4,2	2,2	6,1	1,6	5,8

**Graphique 25**



## 6. Une détermination institutionnelle des pratiques sportives

L'ensemble des résultats présentés ci-dessus, activité par activité, mettent en évidence la forte influence des institutions spécialisées sur la pratique des activités sportives, en soulignant que les populations qui vivent en institution ont des choix de pratique privilégiée, selon les âges, qui se différencient de ceux de la population vivant à domicile (avec déficience(s) ou en général).

Tout en gardant à l'esprit que l'institution réduit la diversité des sports retenus comme « sport le plus pratiqué », on peut dire que l'institution, globalement réduit les différences de pratique entre les sexes, même si elle n'échappe pas à la détermination sexuée de certaines pratiques très connotées sexuellement, en particulier le football et les gymnastiques.

## V. Les non pratiquants sportifs

Sur les 50 millions de personnes (ap. pond.) de 5 à 74 ans vivant à domicile, ayant répondu au module G, 26,3 millions déclarent ne pas pratiquer un sport « régulièrement », soit 52,6% de la population (46,8% des hommes et 58,3% des femmes). L'âge moyen de ce groupe de non sportifs à domicile est de 40,8 ans (Ec . Type = 18,5).

Dans la population à domicile, 18,5 millions de personnes de 5 à 74 ans déclarent une déficience ou plus. Sur cette population déficiente, 11,8 millions déclarent ne pas pratiquer un sport « régulièrement », c'est-à-dire 63,8% de la population (59,5% des hommes et 67,7% des femmes). L'âge moyen de ce groupe de non sportifs déficients vivant à domicile est de 46,8 ans (Ec. T. = 18,9).

En institution, sur les 269 340 personnes (ap. pond.) de 5-74 ans ayant répondu au module G, 180 935 déclarent ne pas pratiquer de sport « régulièrement ». Les non sportifs représentent 67,2 % de la population institutionnelle concernée (64,5% des hommes et 70,8% des femmes). L'âge moyen de ce groupe de non sportifs vivant en institution est de 49,6 ans (Ec. T. = 19,4).

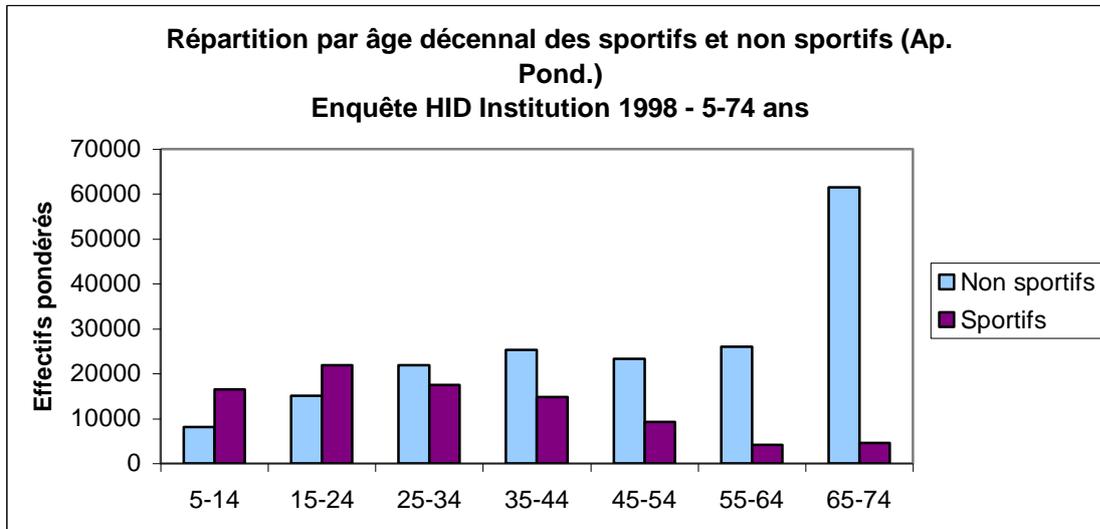
### A. Les non pratiquants et la question des classes d'âge

Contrairement à ce que pourrait laisser penser le lien extrêmement fort entre âge et pratique sportive, dans l'enquête institution, il convient de montrer que les non sportifs, en effectifs pondérés, se répartissent d'une manière spécifique.

En effet, l'on voit très bien sur le graphique 26 présentant la répartition des populations vivant en institution, que dès 25 ans l'effectif pondéré des non sportifs dépasse celui des sportifs. Il faut noter aussi que le groupe des 65-74 ans présente une répartition bien spécifique, puisque l'effectif global de cette classe d'âge est très important par rapport aux autres et que le nombre de sportifs y reste très limité.

On peut donc dire que les non sportifs sont dominants en institution de 25 à 74 ans, en remarquant qu'ils sont particulièrement nombreux dans la tranche des 65-74 ans.

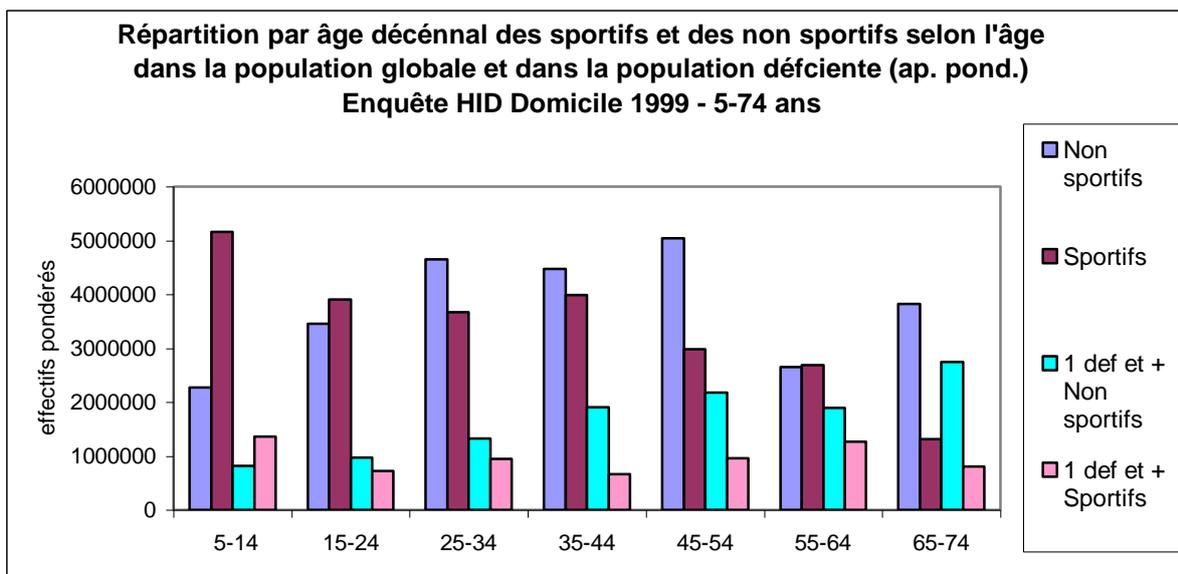
Graphique 26



A domicile, pour la population française globale, de 25 à 74 ans on a également plus de non sportifs que de sportifs, mais entre 55 et 64 ans, les deux groupes sont équivalents en effectifs pondérés.

La population présentant une déficience ou plus augmente régulièrement avec l'âge, mais dès 15 ans les sportifs sont moins nombreux que les non sportifs.

Graphique 27



### B. Les justifications de la non pratique sportive : différences selon le sexe et le lieu de vie

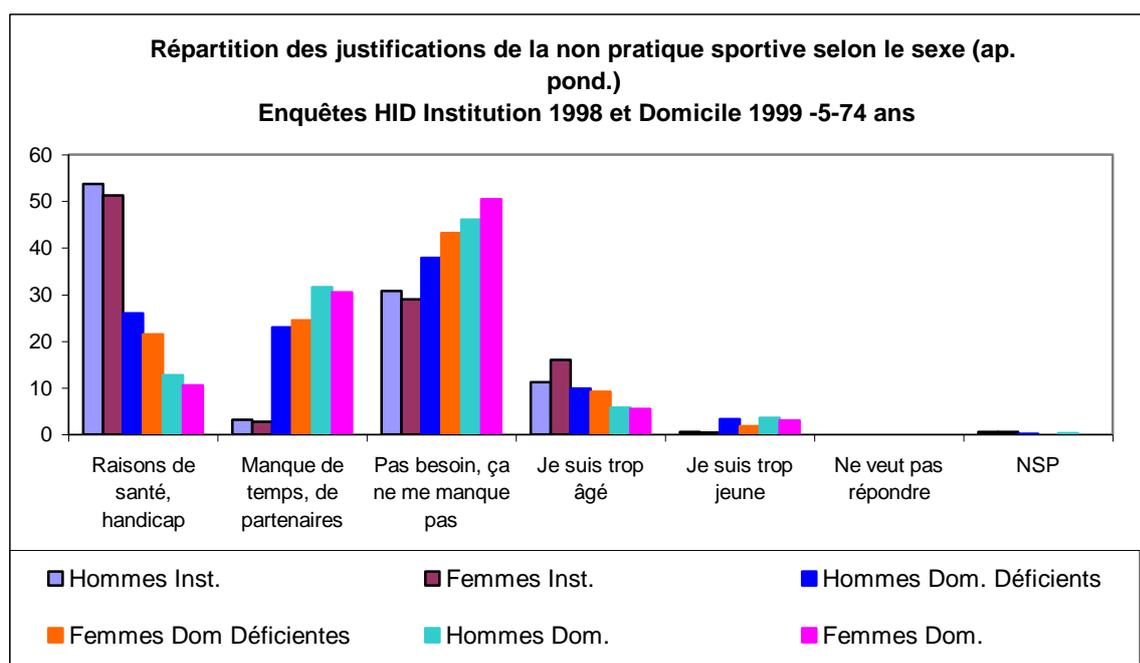
Si l'on retient uniquement le groupe des non sportifs, les modalités 2 à 9 de la variable GSPRAT, permettent d'obtenir des informations sur les raisons invoquées de la non pratique sportive.

**Tableau 24 – Répartitions des différentes justifications de la non pratique sportive selon le sexe - Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans -**

	Raisons de santé, handicap	Manque de temps, de partenaires	Pas besoin, ça ne me manque pas	Je suis trop âgé	Je suis trop jeune	Ne veut pas répondre	NSP	Total
Hommes Inst.	53,77	3,14	30,70	11,25	0,60	0,01	0,54	100
Femmes Inst.	51,23	2,79	29,03	16,03	0,37	0,03	0,53	100
Hommes Dom. Déficients	25,9	22,9	37,8	9,9	3,3	0	0,1	100
Femmes Dom Déficiantes	21,5	24,4	43,2	9,1	1,8	0	0	100
Hommes Dom.	12,7	31,6	46	5,7	3,6	0	0,3	100
Femmes Dom.	10,5	30,5	50,4	5,5	3	0	0	100

On voit bien sur le graphique suivant que plus que le sexe, c'est d'abord le lieu de vie, et la présence ou l'absence de déficience (à domicile) qui transforment les raisons invoquées de la non pratique sportive.

**Graphique 28**



## **1. La santé comme limite à la pratique sportive**

La justification de la santé et du handicap est la réponse majeure des personnes vivant en institution, un peu plus pour les hommes que pour les femmes. Plus de la moitié des non sportifs en institution invoque cet aspect pour expliquer leur non pratique sportive.

Pour les personnes vivant à domicile avec une déficience ou plus, c'est environ un quart de la population qui utilise cette réponse, là encore un peu plus souvent les hommes que les femmes.

Pour la population domicile globale, cet aspect de la santé comme limitation de la pratique sportive est peu retenue, il regroupe un peu plus de 10% des réponses, avec toujours un choix plus important des hommes pour cette réponse que des femmes.

## **2. Le manque de temps ou de partenaires pour pratiquer**

Cette raison de non pratique sportive est souvent retenue par les non sportifs vivant à domicile, elle regroupe plus de 30% des réponses de la population globale, et environ 23% de celles de la population déficiente à domicile. A domicile, les personnes déficientes semblent donc moins souvent que la population globale manquer de temps, ou de partenaires.

Comme pour la raison de santé, cet aspect marque une différence notable entre domicile et institution, mais à l'inverse, puisque pour les personnes vivant en institution, cette réponse n'est choisie que dans environ 3% des cas.

On peut dire que le manque de temps ou de partenaires distingue fortement la population vivant à domicile de celle vivant en institution, cette raison de non pratique sportive étant quasiment inexistante pour la population institutionnelle.

## **3. L'absence de besoin et d'envie**

L'absence de besoin ou d'envie de faire du sport est la raison majeure retenue par la population vivant à domicile pour expliquer sa non pratique sportive. Elle est plus souvent évoquée par les femmes que par les hommes à domicile, qu'il s'agisse de la population globale ou de la population déficiente (environ 5 points d'écart). La moitié des femmes non sportives, dans la population globale à domicile, déclarent n'avoir pas besoin de pratique sportive, et 43,2% des femmes déficientes non sportives.

Pour les non sportifs en institution, c'est un peu moins d'un tiers d'entre eux, qui ne pratiquent pas car ils considèrent ne pas avoir besoin de pratique sportive.

## **4. L'avancée en âge comme raison de la non pratique sportive**

L'évocation de l'âge comme raison justifiant la non pratique sportive arrive au quatrième rang pour la population à domicile. Pour ceux qui vivent en institution, elle est la troisième raison invoquée de la non pratique sportive.

Mais pour tous, c'est toujours l'avancée en âge qui domine plutôt que le fait d'être trop jeune. Pour le dire autrement on se considère plus facilement trop vieux pour faire du sport que trop jeune. Mais il faut relier ceci à la réalité des âges des populations étudiées.

Ceci dit, il faut noter que les différents groupes ne se réfèrent pas de la même manière à cet argument de l'âge trop avancé. Environ 5% de la population non sportive à domicile retient cette justification, avec un âge moyen de 40,8 ans. Presque 10% des non sportifs déficients à domicile se déclarent trop vieux pour le sport, avec une moyenne d'âge du groupe de 46,8 ans. Dans ces deux cas, les différences homme / femme sont très faibles.

En Institution, dans le groupe de non sportifs dont la moyenne d'âge est plus élevée qu'à domicile (49,6 ans), les femmes se déclarent trop âgées pour 16% d'entre elles, et les hommes pour 11%. Mais il apparaît que ces femmes non sportives sont effectivement plus âgées (âge moyen = 51,6 ans) que les hommes non sportifs (âge moyen = 47,9 ans).

Il y a donc bien une relation entre l'âge moyen du groupe et la référence à cet argument de l'âge trop avancé pour justifier la non pratique sportive. Il est donc tentant de voir comment s'organise la correspondance entre l'âge réel et l'utilisation de cet argument de l'âge trop avancé dans les différents groupes ici retenus. Le tableau suivant permet de confirmer la relation directe entre l'argument de l'âge trop avancé et un âge moyen se situant, pour tous les groupes considérés entre 67 et 69 ans, avec des écarts types limités<sup>4</sup>.

**Tableau 25 – Age moyen et Ecart type des groupes de non sportifs se considérant ou étant considérés comme « trop âgés » pour faire du sport selon le sexe – Enquêtes HID Domicile 1999 et Institution 1998 -5-74 ans**

GSPRAT=5 Trop âgé pour le sport	Hommes Inst.	Femmes Inst.	Hommes Dom. déficients	Femmes Dom. Déficientes	Hommes Dom.	Femmes Dom.
Age moyen	67,6	69,5	67,5	67,8	67,6	68,1
Ecart Type	6,3	4,3	4,9	5,2	4,9	4,8
Obs.	193	207	333	509	392	601

On peut donc dire que pour tous les non sportifs, lorsqu'on entre dans la tranche d'âge au-delà de 65 ans, on est légitimement trop âgé pour faire du sport, quelque soit le lieu de vie, et la déficience. Cela nous renseigne sur l'existence d'une sorte de « consensus » social à ce sujet. Cependant, ces moyennes cachent quelques cas extrêmes, puisqu'on retrouve quelques personnes très jeunes, se déclarant ou étant déclarées trop âgées pour faire du sport, mais que l'on ne saurait expliquer.

Il est intéressant, par pure curiosité, de voir ce qu'il en est de la déclaration selon laquelle l'enfant est trop jeune pour pratiquer un sport, puisque cet argument est plus utilisé à domicile qu'en institution. Est-ce tout simplement parce que les enfants entrent en institution plus tard que cette raison y apparaît moins? Malheureusement les résultats sont peu utilisables en raison des effectifs limités des groupes, en particulier en institution, où trois observations de femmes renvoient à des sujets de 55, 64 et 65 ans (?), dont le poids déforme tous les résultats pondérés.

<sup>4</sup> La distribution n'étant pas normale, en raison de la limite d'âge posée à 75 ans, l'écart type ne peut être utilisé que comme indicateur comparatif.

**Tableau 26 - Age moyen et Ecart type des groupes de non sportifs étant considérés comme « trop jeunes » pour faire du sport selon le sexe – Enquêtes HID Domicile 1999 et Institution 1998 -5-74 ans**

GSPRAT=6 ou 7 Trop jeune pour le sport	Hommes Inst.	Femmes Inst.	Hommes Dom. déficients	Femmes Dom. Déficiences	Hommes Dom.	Femmes Dom.
Age moyen	11,4	38,2 (!)	8,2	8,6	10,3	7,6
Ecart Type	12,1	29,3 (!)	7,6	3,8	13,5	2,7
Obs.	35	14 (!)	44	23	68	44

Cependant, si l'on exclut ce problème, on peut voir qu'à domicile, avant 8 ans, les enfants sont globalement considérés comme trop jeunes pour faire du sport. La différence avec le groupe des garçons en institution ne peut être réellement utilisée pour conclure à un écart à ce sujet entre domicile et institution (effectif trop limité). Mais si les enfants, dans notre société, changent de statut social à 6 ans, devenant lors de l'entrée au CP des « grands », il semble que leur accès au sport soit plus tardif.

Pour conclure, on peut dire que les raisons de la non pratique sportive sont radicalement différentes à domicile et en institution.

**Les raisons de santé** sont retenues majoritairement par les non sportifs des institutions, tandis qu'à domicile l'argument est beaucoup moins utilisé, même pour la population déficiente.

Par contre, **le manque de temps ou de partenaires** est un argument des non sportifs vivant à domicile, qui n'est quasiment pas évoqué par les non sportifs des institutions.

**L'absence de besoin ou d'envie** est plus forte chez les populations Domicile qu'en institution, et se retrouve particulièrement chez les femmes vivant à domicile. **L'âge trop avancé** est un argument retenu par les différentes populations quand la moyenne d'âge du groupe oscille entre 67 et 69 ans, et ce à domicile comme en institution.

Les non sportifs qui vivent en institution expliquent donc leur non pratique d'abord par des raisons de santé et de handicap, puis par un désintérêt et une absence de besoin vis-à-vis du sport.

Les non sportifs qui vivent à domicile l'expliquent eux d'abord par un désintérêt et une absence de besoin, puis par le manque de temps.

Les non sportifs déficients, qui vivent à domicile, partagent le désintérêt et l'absence de besoin de faire du sport de l'ensemble de la population, mais évoquent ensuite la santé et le manque de temps de façon équivalente.

## VI. Déficiences, Incapacités et pratiques sportives

L'enquête HID donne la possibilité d'avoir des informations très nombreuses sur les déficiences, en particulier par le fait qu'elle a permis la déclaration de cumul de déficiences, jusqu'au nombre de 11 déficiences par personne. Cette richesse est encore renforcée par la possibilité de savoir pour chaque déficience le rang de celle-ci dans la liste des déficiences déclarées. Cependant la multiplicité des cas crée une complexité d'analyse et d'interprétation.

### A. Un premier repère : le nombre de déficiences déclaré

Dans la population qui vit en institution, dans la tranche d'âge des 5-74 ans, on s'aperçoit que si l'on ne retient que les personnes qui déclarent 5 déficiences ou moins (NBDEFIC), on regroupe 98,02% de la population (Pond.). Si l'on élargit à ceux qui déclarent 6 déficiences ou moins, cela concerne 99,20% de la population. (ap. pond.). On voit donc qu'une infime minorité déclare de 7 à 11 déficiences (Eff. Brut = 67).

Cependant, le recodage par l'équipe du CERMES a produit d'une part le rajout de 15653 déficiences et d'autre part la suppression de 2213 déficiences. Ceci produit quelques perturbations, puisque des personnes enregistrées comme n'ayant qu'une déficience (NBDEFIC=1) peuvent très bien se retrouver avec plusieurs déficiences déclarées après le recodage. Il semble donc que lorsqu'on travaille avec les données recodées des déficiences on ne puisse plus utiliser cette variable NBDEFIC.

Dans l'enquête Domicile ce repère du nombre de déficiences peut être utilisé avec la variable NBDEFIC.

### B. Déficience unique et associations de déficiences

#### 1. Déficience unique et associations de déficiences dans l'enquête Institution 1998 : une grande majorité de personnes présentant des déficiences intellectuelles ou psychiques.

Dans la population des 5-74 ans en institution, on dénombre 2724 personnes sur 9579 (eff. brut) ne présentant qu'une seule déficience (dont 2685 en rang 1, 34 en rang 2 et 5 en rang 3), ce qui représente un effectif pondéré de **77105 personnes** sur 284295 au total, c'est-à-dire 29,20% de la population.

**Tableau 27 – Répartition de la population selon les déficiences uniques et les associations de déficiences - Enquête HID Institution 1998 – 5-74 ans -**

Institution 1999 5-74 ans	Effectifs totaux	0 déficiences	Effectifs de personnes déficientes	1 seule déficience	Plus d'une déficience	Pourc. de déficiences unique/pop. déficiente
Effectifs bruts	9579	653	8926	2724	6202	30,52% (non pond.)
Effectifs pondérés	284295	20266	264029	77105	186924	29,20% (ap. pond.)

Nous avons créé dans cette population des groupes exclusifs de déficience, au sens où l'ont envisagé Pascale Roussel et Jésus Sanchez (2001), en repérant les sous-groupes renvoyant à des types de déficiences distincts.

Au sein de la population de personnes présentant des déficiences, nous voyons que le groupe des multi-déficiences avec au moins une déficience intellectuelle ou psychique (EXCLU1=110) regroupe plus de la moitié des personnes (57,74%). C'est ensuite le groupe des mono-déficiences intellectuelles et psychiques qui apparaît en second, avec 21,74% de la population déficiente (EXCLU1=60).

On notera que les deux groupes de multi-déficiences regroupent ensemble 70,8% de la population institutionnelle déficiente.

**Tableau 28 – Répartition de la population selon les types de déficience unique et d'associations de déficiences (ap. pond.) -Enquête HID Institution 1998 – 5-74 ans -**

<b>EXCLU1</b>	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% Pondérés
Trop jeune (0)	12	477,7	0,18
Déf. Motrice (10)	296	7655,6	2,90
Déf. Visuelle (20)	104	2209,6	0,84
Déf. Auditive (30)	48	986,9	0,37
Déf. Langage (40)	17	462	0,17
Déf. Visc. Mét. (50)	55	2595,5	0,98
Déf. Intell/Psy (60)	2055	57411,8	<b>21,74</b>
Déf. Autres (70)	36	1354,6	0,51
Déf. Non précisées (90)	101	3951,9	1,50
Multidéf. Sans psy (100)	1060	34474,9	13,06
Multidéf. Avec psy (110)	5142	152449,5	<b>57,74</b>
<b>Ensemble</b>	<b>8926</b>	<b>264029,2</b>	100,00
Pas de déf. (.)	653	20266	

## **2. Déficience unique et associations de déficiences dans l'enquête Domicile 1999 : Une part majeure de personnes sans déficience intellectuelle ou psychique.**

Près de 40 % de la population des 5-74 ans, à domicile, déclare au moins une déficience. Un tiers de ceux qui déclarent au moins une déficience, est multi-déficient sans déficience intellectuelle ou psychique. Viennent ensuite, mais bien éloignés déjà, les multi-déficients avec déficience intellectuelle ou psychique, et les mono-déficients moteurs. Le restant se répartit dans de faibles proportions sur l'ensemble des autres déficiences.

**Tableau 29 – Répartition de la population selon les types de déficience unique et d'associations de déficiences (ap. pond.) – Enquête HID Domicile 1999 -5-74 ans.**

<b>B. Population 5-74 ans selon le type de déficience</b>			
	Eff. Bruts	Eff. Pond.	Effectifs pondérés
Trop jeune (0)	145	1300850	7,02
Déf. Motrice (10)	1137	1886631	10,17
Déf. Visuelle (20)	240	804146	4,34
Déf. Auditive (30)	387	986184	5,32
Déf. Langage (40)	43	235590	1,27
Déf. Visc. Mét. (50)	369	1175595	6,34
Déf. Intell/Psy (60)	569	1004862	5,42
Déf. Autres (70)	720	2853350	15,39
Déf. Non Précisées (90)			
Multidéf. Sans Psy (100)	4405	6227532	33,58
Multidéf. Avec Psy (110)	1807	2068822	11,16
<b>Ensemble</b>	<b>9822</b>	<b>18543562</b>	<b>100</b>
Pas de déf.	2863	31575798	

	Eff. Bruts	Eff. Pond.	% Pondérés (%)
Trop jeune (0)	145	1300850	7,02
Déf. Motrice (10)	1137	1886631	<b>10,17</b>
Déf. Visuelle (20)	240	804146	4,34
Déf. Auditive (30)	387	986184	5,32
Déf. Langage (40)	43	235590	1,27
Déf. Visc. Mét. (50)	369	1175595	6,34
Déf. Intell/Psy (60)	569	1004862	5,42
Déf. Autres (70)	720	2853350	15,39
Déf. Non Précisées (90)			
Multidéf. Sans Psy (100)	4405	6227532	<b>33,58</b>
Multidéf. Avec Psy (110)	1807	2068822	<b>11,16</b>
<b>Ensemble</b>	<b>9822</b>	<b>1 8543562</b>	100
Pas de déf.	2863	31575798	

On peut donc dire que la grande majorité des personnes déficientes vivant à domicile, n'ont pas déclaré de troubles intellectuels ou psychiques (environ 83% d'entre elles). Cependant, la part très importante de déficiences dites « autres » peut nous questionner à ce sujet.

### **3. Pratique sportive selon les types de déficiences et d'associations de déficiences en Institution**

Dans l'enquête Institution, en croisant les déficiences avec le module G, nous perdons 12 individus déficients qui n'ont pas répondu au module G. Mais parmi ceux qui n'ont pas de déficience codée (.), nous en perdons 479 qui n'ont pas répondu au module G. Au total, nous travaillons toujours dans les croisements avec le module G avec 9088 individus.

Comme on le voit dans le tableau suivant, certains groupes de mono-déficiences ont des effectifs bruts trop faibles pour que l'on puisse les utiliser sans risque : celui des « trop jeunes » (0), celui des « déficiences du langage » (40), celui des « autres déficiences » (70). Au-delà de ces restrictions, on voit que les groupes présentant les taux de pratique sportive les

plus élevés sont, dans l'ordre, les déficients visuels, les déficients auditifs, les déficients intellectuels et psychiques : ici les taux de pratique sportive vont de 48 à plus de 50%. C'est ensuite le groupe des « déficiences non précisées », avec 33,65% de pratiquants, et celui des « multi-déficiences avec déficience intellectuelle ou psychique » avec 30,03% de sportifs qui prennent les positions centrales. Le groupe « déficiences viscérales et métaboliques » obtient un score particulièrement bas par rapport aux autres groupes, même multi déficiences.

Tableau 30 - Types de Déficience unique, d'associations de déficiences et taux de pratique sportive -Enquête HID Institution 1998 – 5-74 ans -

EXCLU1/ GSPRAT2	Eff. Bruts - Non- sportifs	Eff. Bruts – Sportifs	Eff. Bruts – Total	Eff. Pond. Non-sportifs	Eff. Pond. Sportifs	Eff. Pondérés – Total	Taux Pondérés de sportifs
0	4	7	11	212,5	224,4	436,8	51,36%
10	182	114	296	5860,6	1794,9	7655,6	23,45%
20	37	67	104	1085,9	1123,6	2209,6	<b>50,85%</b>
30	12	36	48	509,1	477,8	987	<b>48,41%</b>
40	9	8	17	223,5	238,5	462	51,63%
50	47	8	55	2366,5	228,9	2595,5	8,82%
60	919	1135	2054	29717	27648,7	<b>57365,7</b>	<b>48,20%</b>
70	19	17	36	957	397,6	1354,6	29,35%
90	51	47	98	2596,1	1316,9	3913,1	<b>33,65%</b>
100	685	374	1059	28013,3	6412,3	<b>34425,7</b>	18,63%
110	3173	1963	5136	106600	45760,1	<b>152360,1</b>	<b>30,03%</b>
Ensemble pop. déficiente	5138	3776	8914	178141,7	85623,9	263765,7	32,46%
Sans déf.	68	106	174	2793,1	2780,8	5573,9	49,89%
Pop. Totale			9088			269340	32,82%

Nous avons montré l'impact massif et régulier de l'âge sur la pratique sportive en institution. Il convient donc ici, pour conclure sur l'impact du type de déficiences sur la pratique sportive, de contrôler le plus possible l'âge. Nous avons effectué un découpage en trois classes d'âge, pour maintenir le plus d'effectif possible, même si parfois cela ne permet pas d'arriver à des groupes suffisamment consistants.

On le voit, l'impact de l'âge dépasse largement celui des déficiences, puisque quel que soit le groupe de déficience considéré, le taux de pratique sportive oscille entre 27% et 88,59% chez les 5-29 ans, alors que chez les 55-74 ans plus aucun groupe de déficience ne dépasse 17% de sportifs.

Il convient de noter que les groupes de déficients auditifs et visuels sont les plus sportifs, et ce à âge contrôlé, chez les 5-29 ans (après 30 ans les effectifs ne permettent plus de conclure).

Ce sont ensuite les personnes présentant des déficiences intellectuelles ou psychiques qui pratiquent le plus. Leur taux de pratique sportive, à âge contrôlé dépassent toujours largement le taux moyen.

Tableau 31 -Taux de pratique sportive, à âge et type de déficience contrôlés (ap. pond.) - Enquête HID  
Institution 1998 – 5-74 ans -

<b>EXCLU1</b>	5-29 ans – eff. brut	5-29 ans –TPS en %	30-54 ans eff. brut	30-54 ans TPS en %	55-74 ans – eff. brut	55-74 ans – TPS en %
Trop jeune (0)	3	<i>59,18</i>	6	<i>82,19</i>	2	0
Déf. Motrice (10)	154	51,87	78	30,01	64	<b>8,15</b>
Déf. Visuelle (20)	77	<b>73,01</b>	13	<i>55,08</i>	14	<i>16,69</i>
Déf. Auditive (30)	37	<b>88,59</b>	3	<i>64,58</i>	8	<i>15,98</i>
Déf. Langage (40)	10	<i>47,45</i>	6	<i>80,65</i>	1	0
Déf. Visc. Mét. (50)	8	<i>27,01</i>	21	<i>15,94</i>	26	<i>4,24</i>
Déf. Intell/Psy (60)	1075	<b>68,61</b>	780	<b>41,68</b>	199	<b>13,82</b>
Déf. Autres (70)	16	<i>78,70</i>	6	<i>32,3</i>	14	<i>10,25</i>
Déf. Non précisées (90)	43	<b>71,21</b>	23	<i>37,89</i>	32	<i>10,33</i>
Multidéf. Sans psy (100)	511	52,37	212	22,98	336	7,47
Multidéf. Avec psy (110)	2126	53,73	2071	<b>32,67</b>	939	7,79
<b>Ensemble</b>	4060	58,90	3219	34,58	1635	8,47
Pas de déf. (.)	85	<i>74,58</i>	57	<i>46,87</i>	32	<i>32,60</i>

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

La répartition des âges dans les différents groupes exclusifs de déficiences, présentée dans le graphique 29, permet de noter plusieurs choses importantes :

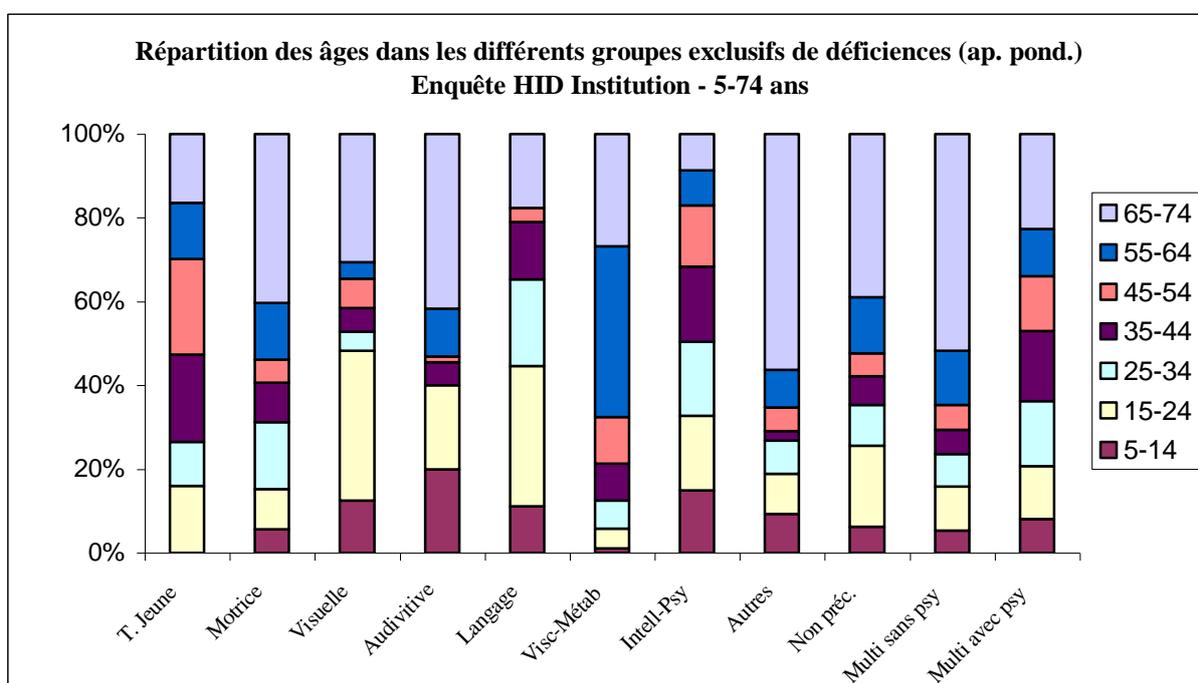
- trois groupes ont une population très jeune : les moins de 25 ans constituent plus de 40% du groupe. Il s'agit des déficients visuels, auditifs, et du langage. Ce sont également les groupes les plus sportifs, même à âge contrôlé. Les deux groupes exclusifs de déficiences sensorielles (aveugles et malvoyants, sourds et malentendants) offrent une répartition très spécifique de leur population (voir tableau ci-dessous) au regard de l'âge, répartition qui est quasi-similaire d'un groupe à l'autre, et qui rend compte d'une prise en charge en institution spécialisée durant la période scolaire et de formation, puis reprenant après 65 ans. On a ici deux groupes dans lesquels on quitte, à l'âge adulte, l'institution spécialisée, pour aller vivre de façon autonome, mais pour lesquels le vieillissement produit une institutionnalisation relativement forte (il convient cependant de rester prudent au regard des effectifs limités de l'enquête). (voir tableau 32).

Tableau 32 – Spécificité de la répartition des âges dans les groupes exclusifs de déficients visuels et auditifs - Enquête HID Institution 1998 – 5-74 ans -

Age décennal	Aveugles et malvoyants Eff. bruts	Aveugles et malvoyants –% Pond.	Sourds et malentendants Eff. bruts	Sourds et malentendants (% Pond.)
5-14	25	12,55	21	19,89
15-24	50	35,64	16	20,17
25-34	5	4,59	0	0
35-44	5	5,62	2	5,39
45-54	5	7,01	1	1,48
55-64	2	3,99	2	11,31
65-74	12	30,61	6	41,75
Total	104	100	48	100

- dans le groupe où les déficiences n'ont pas été notées, parce que le sujet était dit trop jeune (0), il y a des individus de tous âges et ce groupe pose donc problème dans sa définition même ;
- Le groupe de personnes présentant une déficience exclusive du langage ou de la parole est peu utilisable, ne regroupant que 17 personnes. Nous ne l'utiliserons plus dans la suite des analyses.
- Trois groupes, à l'inverse, ont une population de 55 ans et plus qui dépasse 65% : ce sont les déficiences viscérales et métaboliques (8,82% de sportifs), les « autres déficiences » (29,35% de sportifs), et les multi-déficiences sans déficience psychique (18,63% de sportifs).

Graphique 29



### a) Quel type de sport selon les déficiences en institution ?

Les trois sports les plus pratiqués par les déficients moteurs sont la natation (16,8% des sportifs déficients moteurs), la marche (16,6% des sportifs déficients moteurs) et la gymnastique d'entretien (13,8% des sportifs déficients moteurs).

Si l'on retient le groupe des personnes en fauteuil roulant, 136 sportifs (eff. brut) se sont exprimés sur leur sport privilégié. Pour 28,6% d'entre eux c'est la natation, puis pour 13,3% le football (on suppose qu'il s'agit du foot-fauteuil) ; 5,1% pratiquent comme sport privilégié la gymnastique d'entretien.

Pour les déficients visuels vient en tête la catégorie « autre sport d'équipe » (mod. 29) qui regroupe 17% des sportifs déficients visuels. Il est probable que nous avons affaire ici à des joueurs de Torball ou de Goalball, sports collectifs spécifiques des handicapés visuels qui se jouent les yeux bandés, avec un ballon à clochette. En second lieu c'est la natation qui

apparaît, avec 10,8% des sportifs déficients visuels. La marche obtient la troisième place, avec 10,5% des sportifs déficients visuels.

Seuls 36 sportifs déficients auditifs ont répondu à la question GSPREF : nous traitons ici les résultats malgré l'effectif faible, en restant vigilants au regard de ce problème quantitatif. Chez les sportifs déficients auditifs c'est la gymnastique d'entretien qui en pourcentage pondéré obtient la première place avec 20,6% (mais il s'agit de deux observations brutes...). La seconde activité citée, regroupant 10 sujets (obs. brutes), est le football avec 18,51% des sportifs déficients auditifs.

Pour les déficients intellectuels ou psychiques, le football prend la première place en regroupant 17,9% des sportifs de ce groupe. C'est ensuite la gymnastique d'entretien (11,7%) et la marche (11,5%) qui sont les sports les plus prisés.

Pour les multi-déficients sans problème intellectuel ou psychique, on trouve trois activités en tête : le football (13,8%), la natation (13,7%) et la marche (13,3%). La gymnastique d'entretien arrive juste après en regroupant 11,8% des sportifs du groupe multi-déficient.

Le groupe des multi déficients avec déficience intellectuelle ou psychique donne la priorité à la natation (14,4%), puis à la gymnastique d'entretien (13,9%), puis à la marche (13,6%). Le football regroupe 10,5% de ces sportifs.

Si l'on utilise le regroupement des sports en 6 catégories, les distinctions entre types de déficiences et types de sports pratiqués se font jour plus clairement :

**Tableau 33 – Répartition des types de sports les plus pratiqués selon le type de déficience (ap. pond.) - Enquête HID Institution 1998 – 5-74 ans -**

Type de déf. et répartition des groupes de sports	Act. Individ. Et nature	Sports Collectifs	Act. Gym. Art et entret	Sports duels d'opp. Indirecte	Sports duels d'opp. directe	Autres	% total	Effectifs Bruts
Moteur	36,14	14,04	15,43	22,93	3,55	7,92	100	114
visuel	22,04	27,93	22,01	15,88	5,71	6,43	100	67
auditif	12,33	41,67	26,92	9,85	9,24	0	100	36
Intell ou psy	28,25	25,92	23,13	11,43	8,68	2,6	100	1135
Multi-sans psy	28,2	21,15	18,86	20,34	5,39	6,05	100	374
Multi-avec psy	30,32	16,85	23,9	17,65	6,98	4,29	100	1963
Total	29,67	20,9	22,67	15,43	7,41	3,93	100	3882

On voit dans ce regroupement des sports<sup>5</sup>, que les différents types de déficience privilégient différentes catégories de sport.

Même si l'on doit rester prudent sur les résultats concernant les déficients auditifs, en raison de l'effectif limité enquêté, on peut dans un premier temps noter que les sports collectifs sont importants chez les déficients auditifs, visuels et intellectuels ou psychiques, contrairement à ce qu'on observe pour le groupe des déficients moteurs.

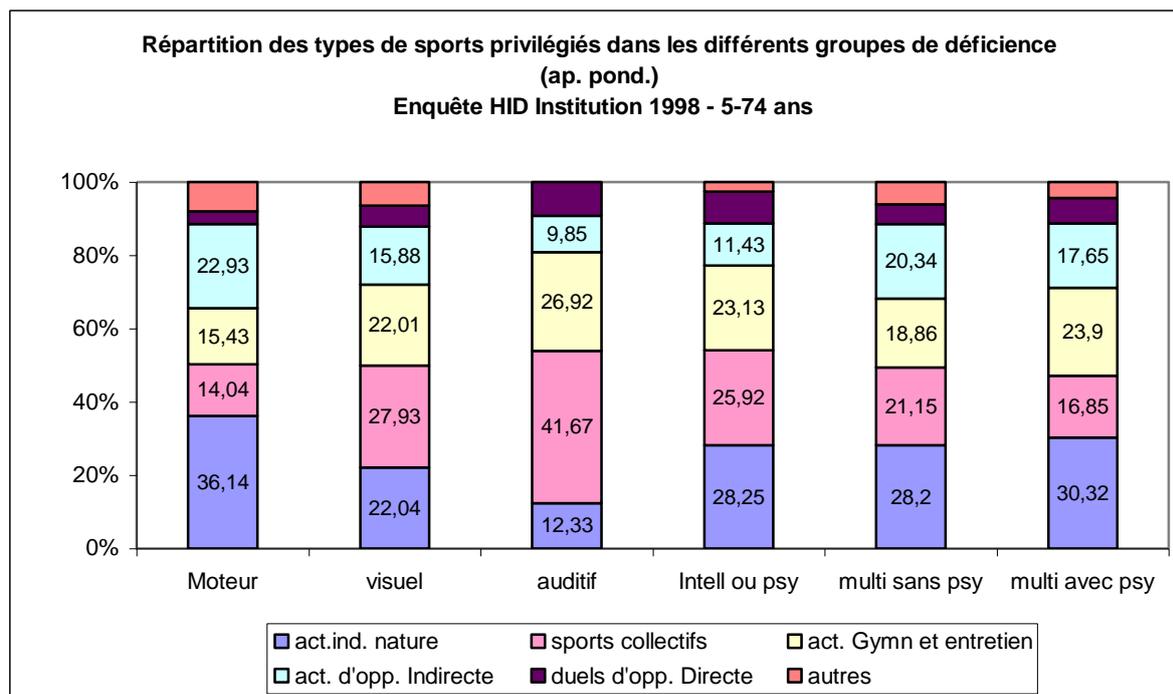
A l'inverse, les activités individuelles en milieu naturel, sont particulièrement développées dans le groupe des déficients moteurs. Ceci peut paraître étonnant, au regard de

<sup>5</sup> Ce regroupement en « types de sports » peut être sujet à discussion, bien sûr, dans le sens où il a été conçu en tentant de prendre en compte à la fois les classifications théoriques des sports, et la réalité de terrain de la pratique sportive des personnes handicapées.

la question de l'accessibilité « architecturale » des lieux où se déroule ce type d'activités, mais la marche, qui a été intégrée dans ce groupe joue un rôle majeur.

On note que les activités gymniques, artistiques et d'entretien prennent une place certaine pour tous types de déficiences (de 15 à 27% des pratiquants les choisissent comme sport privilégié). Là encore les déficients moteurs semblent moins nombreux que les autres à s'engager dans ce type d'activité. On les retrouve plutôt dans les activités classées comme « activités d'opposition indirecte » comme l'athlétisme, les boules, les tirs, et la natation.

Graphique 30

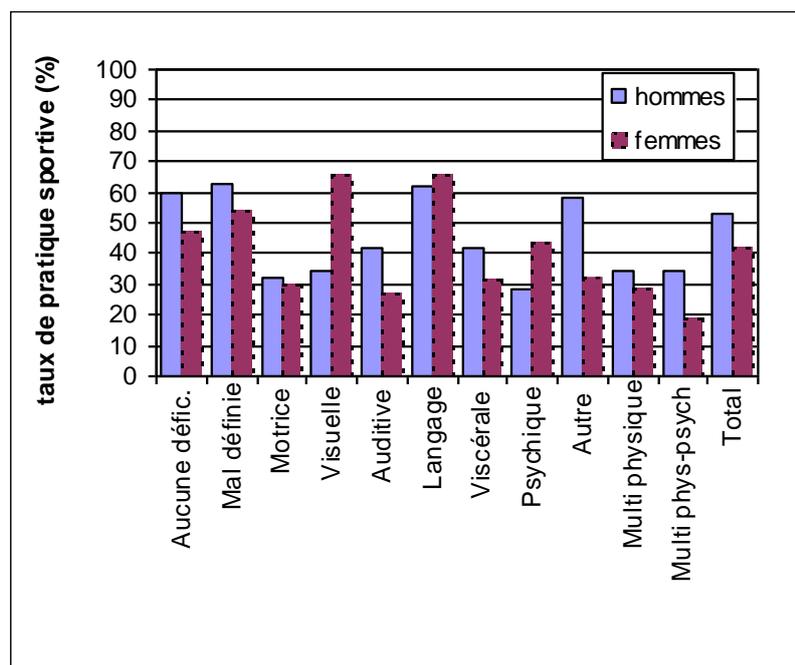


Finalement, même si on pouvait penser que la déficience déterminerait le type de sport accessible aux sujets, il apparaît que les différences sont peu marquées en institution : on retrouve toujours la marche, la natation, le football, et la gymnastique d'entretien, dans un ordre ou un autre. Le regroupement des sports par catégorie souligne toutefois la spécificité des déficients moteurs dont l'implication dans les sports collectifs et les activités gymniques, artistiques et d'entretien est plus faible que celle des autres groupes, avec une préférence pour les groupe dits des « sports individuels en nature » et des « activités d'opposition indirecte ».

#### 4. Pratique sportive à domicile selon les types de déficience et d'associations de déficiences :

La pratique sportive des personnes qui vivent à domicile est réduite par tout type de déficience, mais pas de façon égale. Si les hommes et les femmes de 5 à 74 ans, sans déficience, exercent une pratique sportive pour 60 et 47 % respectivement (53,9% ensemble), la présence multi-déficiences physiques et psychiques (25,8% de sportifs) divise cette pratique quasiment par deux.

Les mono-déficlients moteurs (31% de sportifs) ne sont pas plus sportifs que les multi-déficlients sans problème psychique (30,9% de sportifs).



Les principales autres mono-déficlients, telles que la déficience auditive, viscérale et psychique, se regroupent avec 35 à 37% de sportifs.

Seule la déficience du langage ainsi que les deux groupes « mal définies » et « autres déficlients » obtiennent des taux de pratique sportive proches de ceux qui ne déclarent aucune déficience. Pour la déficience du langage, on peut penser qu'elle n'intervient pas dans les capacités d'exercer une pratique sportive. Son alignement sur ceux qui ne

déclarent aucune déficience paraît donc cohérent. Pour les deux autres catégories de mono-déficlients, il est probable que la difficulté même à nommer sa déficience soit un signe de sa moindre importance.

Le groupe des femmes déclarant une déficience visuelle ne s'explique pas de la même façon. Son taux particulièrement élevé correspond à une faiblesse d'échantillon. Quelques dizaines de jeunes femmes mal-voyantes et particulièrement sportives ont réussi à marquer le taux de pratique sportive de ce groupe. Si l'on exclut leur groupe d'âge, la pratique sportive revient à un niveau ordinaire pour mono-déficlients.

Tableau 34 – Taux de pratique sportive selon le type de déficience (ap. pond.) – Enquête HID Domicile 1999 -5-74 ans

GSPRAT2 / EXCLU1	obs non-sportifs	obs sportifs	Eff. Pond. non-Sportifs	Eff. Pond. Sportifs	Tx prat. Sp. Pondéré
Trop jeune (0)	79	66	538885	761964	58,6
Déf. Motrice (10)	870	264	1300948	585240	<b>31,0</b>
Déf. Visuelle (20)	157	83	427858	376287	<b>46,8</b>
Déf. Auditive (30)	225	162	629570	356614	36,2
<i>Déf. Langage (40)</i>	23	20	85181	150409	63,8
Déf. Visc. Mét. (50)	256	113	741666	433929	36,9
Déf. Intell/Psy (60)	386	182	644526	360019	35,8
Déf. Autres (70)	517	202	1613259	1238833	43,4
Multidéf. Sans Psy (100)	3523	875	4303510	1921123	<b>30,9</b>
Multidéf. Avec Psy (110)	1449	355	1532341	533286	<b>25,8</b>
Ensemble déficient	7485	2322	11817744	6717704	36,2
Pas de déficience	1573	1266	14540040	16977024	53,9
Population totale	16543	5910	38175528	30412432	47,3

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

L'écart en pratique sportive entre déficients et non-déficients est aussi fonction de l'âge. Avant 30 ans, seuls les mono-déficients moteurs affichent une pratique sportive sensiblement moins importante (30 %) que la moyenne. Dès l'âge de 30 ans, ils sont rejoints par les déficients auditifs et par tous les multi-déficients. Mais certains types de déficiences montrent une recrudescence de la pratique sportive après 55 ans. C'est notamment le cas des déficients moteurs et auditifs. Cela renvoie à la fois au changement de la population (les déficiences auditives et motrices après 55 ans renvoie à la fois à des déficiences survenues dans l'enfance ou à l'âge adulte et à des déficiences générées par le vieillissement) et au changement de déclaration de pratique sportive (avant 55 ans, il s'agit plus du sport dans le sens restreint du terme, après 55 ans, plus de la marche).

**Tableau 35 – Taux de pratique sportive selon le type de déficience et l'âge (ap. pond.) – Enquête HID Domicile 1999 – 5-74 ans**

GSPRAT2 / EXCLU1	5-29 ans		30-54 ans		55-74 ans	
	obs	tx	obs	tx	obs	tx
Trop jeune (0)	60	57,0	40	69,5	45	43,6
Déf. Motrice (10)	146	<b>29,9</b>	499	<b>27,0</b>	489	37,2
Déf. Visuelle (20)	51	53,9	97	46,1	92	28,0
Déf. Auditive (30)	67	47,8	122	<b>22,1</b>	198	43,2
<i>Déf. Langage (40)</i>	22	<i>81,2</i>	13	<i>0,7</i>	8	<i>45,2</i>
Déf. Visc. Mét. (50)	73	45,6	107	40,4	189	24,8
Déf. Intell/Psy (60)	203	40,5	272	32,4	93	26,7
Déf. Autres (70)	121	58,8	291	29,0	307	51,8
Déf. Non Précisées (90)						
Multidéf. Sans Psy (100)	278	55,3	1395	<b>24,2</b>	2725	28,7
Multidéf. Avec Psy (110)	244	50,4	769	<b>26,9</b>	791	13,0
Ensemble	1265	52,2	3605	29,7	4937	30,8
Pas de déf.	871	58,5	1065	50,0	903	51,3

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

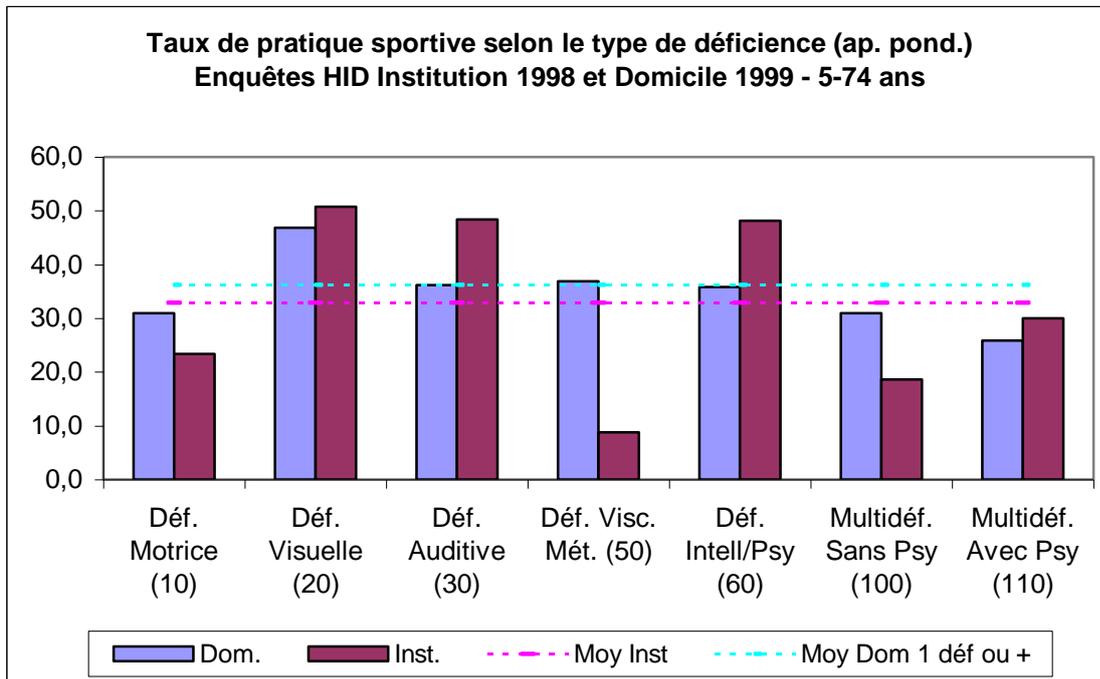
Pour conclure, en s'appuyant sur le graphique de synthèse 31 ci-dessous, on peut dire que d'une manière générale le type de déficience influence le taux de pratique sportive. Les déficiences qui limitent le plus l'accès à la pratique sportive sont les multi-déficiences (avec et sans déficience psychique) et les mono-déficiences motrices.

La mise en regard des résultats obtenus à domicile et en institution met en évidence que la pratique sportive est plus développée en institution chez les personnes déficientes intellectuelles ou psychiques, pour les multi-déficients avec déficiences intellectuelles ou psychiques, et pour les déficients auditifs et visuels. Par contre, pour les mono-déficients moteurs, les déficiences viscérales ou métaboliques et les multi-déficients sans problème psychique, l'institution apparaît comme un facteur de limitation de la pratique sportive par rapport au domicile.

Le groupe des personnes présentant des déficiences viscérales ou métaboliques semble assez singulier : le nombre d'observations brutes est de 55 dans l'enquête institution, ce qui est limité. Cependant, il conviendra de tenter de donner un sens à cette quasi-absence de pratique sportive dans ce groupe en institution, en particulier au regard des niveaux d'incapacités : on peut penser que ceux qui vivent en institution avec ce type de pathologie exclusivement, ont les atteintes les plus lourdes, qui peut être créent des incapacités majeures.

Le groupe des personnes présentant des déficiences du langage est, en institution comme à domicile d'effectif trop limité.

Graphique 31



**a) Quel type de sport selon les types de déficiences, à domicile ?**

Les sportifs déficients, à domicile, privilégient les activités individuelles en milieu naturel. Ceci est particulièrement vrai pour les déficients auditifs (70,1%), et les multi-déficients sans déficience psychique (47,6%).

Contrairement aux résultats obtenus auprès de la population de l'enquête Institution, les déficients sensoriels vivant à domicile ne retiennent pas beaucoup les sports collectifs. Ce sont les mono-déficients intellectuels ou psychiques et les multi-déficients avec déficience intellectuelle ou psychique qui les pratiquent le plus.

Les activités gymniques sont également prisées par ces deux mêmes groupes de personnes déficientes intellectuelles, ainsi que par les déficients visuels. Par contre, les déficients intellectuels (mono et multi-déficients) sont peu représentés dans les sports duels d'opposition indirecte ou indirecte.

Les activités de duel indirect représentent le second type d'activité choisi par les déficients moteurs (mono et multi-déficients).

**Tableau 36 – Répartition des groupes de déficiences dans les différents types de sports (ap. pond.) – Enquête HID Domicile 1999 – 5-74 ans.**

Type de déf. et répartition des groupes de sports	Act. Indiv. Et nature	Sports Collectifs	Act. Gym. Art et entret	Sports duels d'opp. Indirecte	Sports duels d'opp. directe	Autres	% total	Effectifs Bruts
Moteur	39,6	14,8	11,8	29	1,7	3,3	100	264
Visuel	37,4	10,6	31,5	11,2	9,2	0,1	100	83
Auditif	70,1	2,3	5,8	9	2,4	10,5	100	162
Intell ou psy	37,4	26,6	19,4	2,9	1,4	12	100	182
Multi-sans psy	47,6	7	12,9	19,2	5,3	8	100	875
Multi-avec psy	23,9	22,6	27,2	7,3	8,4	10,6	100	355
Total déficients	38,1	14,7	16	14,6	8,6	8,1	100	2322
Sans déficience	33,1	21,1	15,4	10	13,6	6,7	100	1266
Total	34,5	19,3	15,6	11,3	12,2	7,1	100	3855

A domicile, deux profils se dessinent :

- les déficients moteurs (mono et multi-déficients) privilégient les activités individuelles en plein air et les sports duels d'opposition indirecte.
- les déficients intellectuels ou psychiques privilégient les sports collectifs, les activités gymniques et les sports individuels en plein air.

## C. Les indicateurs d'incapacités et la pratique sportive

### 1. Les indicateurs classiques d'incapacités et la pratique sportive

#### a) L'indicateur de dépendance KATZ : Activities of Daily Living

En institution comme à domicile, l'indicateur KATZ fait apparaître la diminution régulière du taux de pratique sportive lorsque la gravité de la dépendance augmente.

**Tableau 37- Les taux de pratique sportive à âge contrôlé et niveau d'incapacité contrôlé, indicateur KATZ - Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans -**

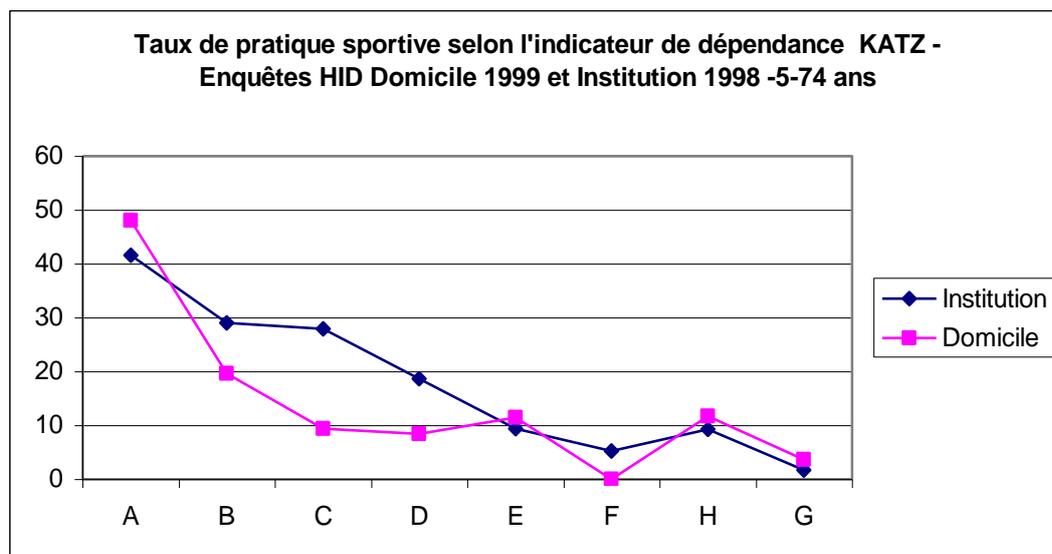
Taux Pr. Sp. Institution	A	B	C	D	E	F	G	Ens.
5-29 ans	67,3	64,2	46,4	45,3	24,9	21,7	3,9	59,2
30-54 ans	40,0	33,2	43,6	22,4	8,4	8,0	1,4	34,8
55-74 ans	13,8	10,4	3,6	0,0	1,8	1,0	0,4	9,0
Total	41,6	29,1	27,9	18,6	9,4	5,2	1,6	32,8
Taux Pr. Sp. Domicile	A	B	C	D	E	F	G	Ens.
5-29 ans	56,9	68,5	<i>24,7</i>	<i>19,0</i>	<i>39,2</i>	<i>0,0</i>	<i>3,6</i>	56,8
30-54 ans	43,8	18,0	13,1	<i>15,7</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	43,3
55-74 ans	39,7	10,1	3,4	2,9	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	38,2
Total	48,0	19,6	9,4	8,4	11,5	0,0	3,6	47,3

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

Le graphique suivant souligne cependant que la chute du taux de pratique sportive est plus forte à domicile qu'en institution dès l'apparition de la dépendance (B). Lorsque les sujets ont un indicateur de Katz entre B et D, la vie à domicile limite beaucoup plus la pratique sportive que la vie en institution. A partir du score E (dépendance pour 4 activités dont faire sa toilette, s'habiller et aller aux toilettes), les différences entre domicile et institution se réduisent, et les taux de pratique sportive, pour les uns comme pour les autres ne dépassent plus guère les 10%. Cette première lecture souligne le soutien ou la stimulation pour la pratique sportive des personnes dépendantes dans les institutions spécialisées jusqu'à un certain seuil.

Le contrôle de l'âge dans cette évolution du taux de pratique sportive avec l'indicateur Katz se heurte à des problèmes d'effectifs. Toutefois, il confirme l'impact moindre de la dépendance sur la pratique sportive en milieu institutionnel. Cela est vrai à tous les âges. Toutefois, si l'institution est plus favorable au maintien de la pratique sportive des personnes dépendantes, elle l'est très peu pour les personnes de 55-74 ans sans dépendance. Leur pratique sportive reste limitée à 13,8% contre 39,7% à domicile. On peut mettre cette particularité en rapport avec le changement de population institutionnelle avant et après l'âge de 60 ans. Les maisons de retraite, seraient-elles peu compatibles avec une activité sportive pour ceux qui sont les plus valides ?

Graphique 32



### b) L'indicateur de mobilité de Colvez

L'indicateur de mobilité de Colvez permet un repérage très simple mais concret, qui est utile dans la comparaison entre la population vivant en institution et celle vivant à domicile. En effet, si la population institutionnelle pratique, en moyenne, moins les activités sportives que la population à domicile, on voit, en redondance avec les résultats obtenus précédemment avec le KATZ, qu'à capacité de mobilité limitée, les personnes vivant en institution ont toujours un taux de pratique sportive supérieur à celles qui vivent à domicile. Lorsque le score de Colvez est à 4, c'est la population vivant à domicile et déclarant une déficience et plus qui pratique le moins, la population à domicile dans son ensemble redevenant le groupe le plus sportif.

**Tableau 38 – Taux de pratique sportive selon l'indicateur de mobilité Colvez (après pondération) –  
Enquêtes HID Domicile 1999 et Institution 1998 -5-74 ans.**

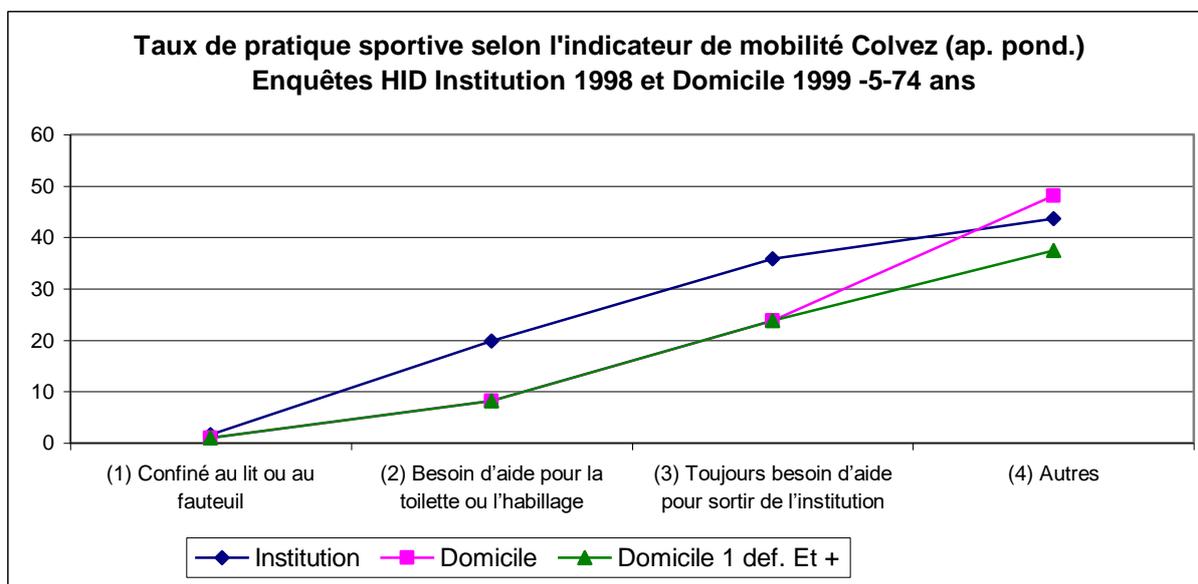
	Institution				Domicile				Domicile 1 déficience et +			
	5-29 ans	30-54 ans	55-74 ans	total	5-29 ans	30-54 ans	55-74 ans	total	5-29 ans	30-54 ans	55-74 ans	total
(1) Confiné au lit ou au fauteuil	2,8	1,7	1,3	1,5	9,5	0,0	0,0	1,0	9,5	0,0	0,0	1,0
(2) Besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage	37,1	26,9	4,1	19,8	26,9	7,0	4,5	8,2	27,1	7,0	4,5	8,2
(3) Toujours besoin d'aide pour sortir de l'institution	63,0	38,7	10,3	35,8	72,3	28,1	3,6	23,8	72,3	28,1	3,6	23,8
(4) Autres	68,8	40,2	15,1	43,6	56,9	43,8	40,2	48,1	52,4	30,3	33,3	37,5
Ensemble	59,2	34,8	8,9	32,8	56,8	43,4	38,2	47,4	52,2	29,7	30,8	36,2

Ceci confirme qu'il existe dans les institutions spécialisées un soutien à la pratique sportive des personnes présentant des incapacités, un soutien qui n'existe pas ou beaucoup moins à domicile. A score de Colvez égal et à âge contrôlé, on est plus sportif en institution qu'à domicile.

Jusqu'à l'âge de 55 ans, la population qui ne déclare aucun besoin d'aide particulière (Colvez=4) a une activité sportive équivalente à domicile et en institution. Les deux populations se ressemblent de ce point de vue et se distinguent de la population de déficients vivant à domicile, qui affiche une pratique sportive un peu inférieure.

Après 55 ans, nous retrouvons l'écart important entre les plus valides en institution et à domicile, les premiers n'ayant qu'une très faible activité sportive comparée aux plus valides à domicile, même comparée aux plus valides déclarant une déficience ou plus à domicile.

Graphique 33



### c) L'Indicateur croisé Colvez / EHPA

Le croisement de l'indicateur Colvez avec une évaluation de la dépendance psychique permet de prendre une première mesure de l'impact différentiel des incapacités motrices et psychiques sur la pratique sportive.

Il apparaît que non seulement la caractéristique « dépendance psychique » associée à un niveau de dépendance ne fait pas baisser le taux de pratique sportive, mais bien au contraire il l'améliore, pour les niveaux 2 et 3 de Colvez, que ce soit à domicile ou en institution. Cela peut se comprendre par le fait que le même niveau de dépendance de mobilité cache des niveaux d'incapacité motrice différents, et que peut-être, au-delà de cet indicateur

de mobilité, la pratique sportive est plus déterminée par les incapacités physiques que par la dépendance du sujet. Dans ces deux niveaux moyens du score de Colvez, la pratique est toujours plus importante chez les personnes vivant en institution que chez celles vivant à domicile.

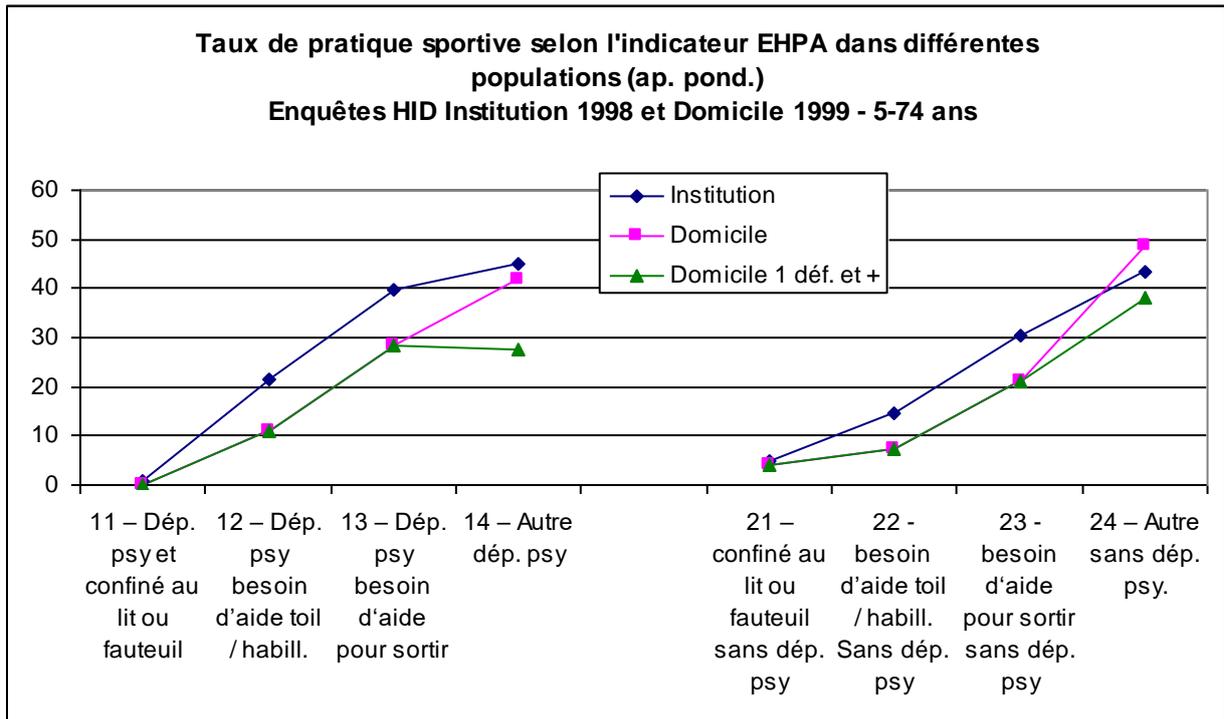
Ceci expliquerait en même temps, pour partie, le fait que la pratique sportive, à niveau de dépendance contrôlé, est plus élevée en institution où la part des déficients intellectuels ou psychiques et des multi-déficients avec déficience intellectuelle et psychique est forte.

A nouveau, la situation des 55-74 ans sans dépendance montre sa particularité : peu d'activité sportive en institution, bon maintien de cette activité à domicile, même auprès des déficients à domicile.

**Tableau 39 - Taux de pratique sportive selon l'indicateur croisé Colvez/EHPA – Enquêtes HID Domicile 1999 et Institution 1998 -5-74 ans.**

EHPA		Institution	Domicile	Domicile 1 déf. Et +		Institution	Domicile	Domicile 1 déf. Et +
11 – Dépendant psy et confiné au lit ou fauteuil	5- 29	2,9	0,0	0,0	21 – confiné au lit ou fauteuil sans dép. psy	1,9	100,0	100,0
	30- 54	1,2	0,0	0,0		3,9	0,0	0,0
	55- 74	0,5	0,0	0,0		5,1	0,0	0,0
	ens.	0,9	0,0	0,0		4,7	4,1	4,1
12 – Dépendant psy besoin d'aide toil / habill.	5- 29	36,4	23,3	23,3	22 - besoin d'aide toil / habill. Sans dép. psy	40,7	33,3	33,7
	30- 54	27,4	10,9	10,9		24,3	4,8	4,8
	55- 74	3,6	2,6	2,6		4,9	5,1	5,1
	ens.	21,5	10,8	10,8		14,7	7,1	7,1
13 – Dépendant psy besoin d'aide pour sortir	5- 29	62,6	82,6	82,6	23 - besoin d'aide pour sortir sans dép. psy	63,4	25,7	25,7
	30- 54	42,8	2,6	2,6		30,4	45,8	45,8
	55- 74	12,8	4,5	4,5		8,2	3,4	3,4
	ens.	39,8	28,2	28,2		30,3	21,0	21,0
14 – Autre dépendant psy	5- 29	70,6	51,5	34,8	24 – Autre sans dép. psy.	68,5	57,3	54,1
	30- 54	35,0	38,1	17,7		41,0	44,5	31,2
	55- 74	16,0	37,1	29,6		15,0	40,4	33,6
	ens.	45,0	41,9	27,5		43,3	48,7	38,3

Graphique 34



L'indicateur croisé se révèle d'une grande richesse pour notre problématique, puisqu'il permet de mettre en évidence des éléments significatifs d'un point de vue qualitatif : la pratique sportive est soutenue dans les institutions, et ce soutien touche en particulier les personnes dont les scores de mobilité de Colvez sont de 2 ou de 3. Par ailleurs, concernant les personnes âgées dont les capacités de mobilité sont plus importantes, ceux qui vivent en institution sont nettement moins sportifs que ceux qui vivent à domicile.

## 2. Création d'un score d'incapacité à partir des données du module B de HID et lien avec la pratique sportive

### a) Méthodes de scorage

Nous avons élaboré, en collaboration avec Pascale Roussel, Jésus Sanchez (CTNERHI) et Patrick De Colomby (Inserm), des scores globaux d'incapacités, ainsi que des sous-scores d'incapacités par dimensions à partir des données du module B de l'enquête HID (voir annexe 1). Ce travail permet de mettre en relation les groupes exclusifs de déficience avec des atteintes variables des capacités (en type de capacité et niveau d'incapacité), et de mieux comprendre comment s'organise et se limite la pratique sportive des personnes dites handicapées.

### b) La pratique sportive selon le score global d'incapacité créé

Le score d'incapacité global créé avec le module B prend en compte différentes dimensions capacitaires : les capacités de toilette/habillage/alimentation, les capacités d'élimination, les capacités de mobilité et de déplacements, les capacités de cohérence, d'orientation et de communication, les capacités sensorielles, et les capacités de souplesse et de manipulation. Chacune de ces dimensions prend une part équivalente dans le calcul du score global.

Ces 6 dimensions des capacités/incapacités sont mesurées à la fois par l'enquête institution et par l'enquête domicile, et les scores élaborés sont comparables.

Dans l'enquête Domicile, une dimension supplémentaire a été évaluée, c'est celle relative au ménage. Elle n'entre pas ici directement dans ce score global, de manière à conserver la comparabilité des données Institution-Domicile.

Le score global va de 0 à 10, mais n'est pas très discriminant, puisque, en institution, 46,55% des personnes ont un score de 0, signifiant un minimum d'incapacités. Si l'on examine la répartition des différents groupes de déficiences sur ce score d'incapacité on prend la mesure de la diversité des niveaux d'incapacités en fonction de ceux-ci.

Nous présentons en même temps dans le tableau suivant le groupe des personnes en fauteuil roulant (que l'on peut qualifier déjà de groupe « d'incapacité », au sens où il regroupe des personnes présentant toutes une « incapacité à marcher »). Il se répartit d'une manière très particulière sur le score d'incapacité globale. En effet, plus de 80% des personnes en fauteuil roulant se situe entre les scores 3 et 8.

**Tableau 40 – Répartition des groupes exclusifs de déficiences et du groupe des personnes en fauteuil roulant sur le score global d'incapacité (ap. pond.) – Enquête HID Institution 1998 – 5-74 ans.**

Score global d'incapacité en Institution (% pond.)	Personnes en fauteuil roulant (eff. = 835)	Mono déficients moteurs (eff. = 296)	Mono déficients visuels (eff. = 104)	Mono déficients auditifs (eff. = 48)	Mono déficients intell. ou psy. (eff. = 2054)	Multi déficients sans psy (eff. = 1059)	Multi déficients avec psy (eff. = 5136)
0	1,9	67,9	41,8	90,8	81,2	28,9	31,8
1	4,9	12,8	32,4	9,2	12,8	18,6	19,4
2	6,3	6,2	14,9		3,5	10,5	13
3	10,5	4,4	5,2		1,3	8,5	8
4	11,8	3,8	2,1		0,7	7,9	5,5
5	11,4	0,9	3,3		0,3	6,5	5,4
6	15,6	0,18			0,2	8	5,3
7	14,9		0,4		0	5,1	4,8
8	16,5					4,9	5
9	5,82					0,7	1,7
10	0,24					0,17	0,03
Total	100	100	100	100	100	100	100

**Tableau 41 – Répartition des groupes exclusifs de déficiences et du groupe des personnes en fauteuil roulant sur le score global d'incapacité (ap. pond.) – Enquête HID Domicile 1999 – 5-74 ans.**

Score global d'incapacité en Institution (% pond.)	Personnes en fauteuil roulant (eff. = 123)	Mono déficients moteurs (eff. = 1116)	Mono déficients visuels (eff. = 240)	Mono déficients auditifs (eff. = 386)	Mono déficients intell. ou psy. (eff. = 458)	Multi déficients sans psy (eff. = 4374)	Multi déficients avec psy (eff. = 1795)
0	11,5	93,6	95,1	99,2	89,7	84,8	77,4
1	10,2	4,3	3,8	0,8	7,2	10,7	13,2
2	10,3	0,6	1,0	-	1,0	2,8	5,0
3	22,6	0,7	0,1	-	0,7	0,9	1,8
4	11,3	0,1	-	-	0,6	0,4	1,1
5	14,0	0,4	-	-	0,3	0,2	0,5
6	3,4	0,1	-	-	0,1	0,1	0,3
7	10,5	0,1	-	-	0,3	0,1	0,4
8	5,5	0,1	-	-	0,2	0,1	0,2
9	0,9	0,0	-	-	0,1	0,0	0,1
Total	100	100	100	100	100	100	100

A domicile, le score global va de 0 à 9, mais ici non plus, il n'est pas très discriminant. Des 12599 personnes de 5-74 ans, 2844 (22,6%) n'ont aucune déficience. Des 9755 personnes avec déficiences, 96,4% ont un score de 0, signifiant un minimum d'incapacités. L'absence d'incapacités est particulièrement évidente chez les déficients auditifs (99,2%) et visuels (95,1%), mais elle l'est presque autant chez les déficients moteurs vivant à domicile (93,6%). Les incapacités sont plus présentes chez les mono-déficients intellectuels ou psychiques (plus de 10%), chez les multi-déficients moteurs (15,2%) et particulièrement chez les multi-déficients avec déficiences psychiques (22,6%).

A domicile comme en institution, le groupe des personnes en fauteuil roulant se distingue très fortement des autres déficients. Présentant moins d'incapacités qu'en institution, ils sont toutefois 88,5% à déclarer une ou plusieurs incapacités.

Ce qui nous intéresse particulièrement ici c'est les taux de pratique sportive, à score d'incapacité donné. Nous allons voir dans un premier temps, comment varie le taux de pratique sportive à score d'incapacité global contrôlé, selon le sexe et le lieu de vie.

**Tableau 42 – Taux de pratique sportive selon le score d'incapacité global et le sexe (ap. pond.) – Enquêtes HID Domicile 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans.**

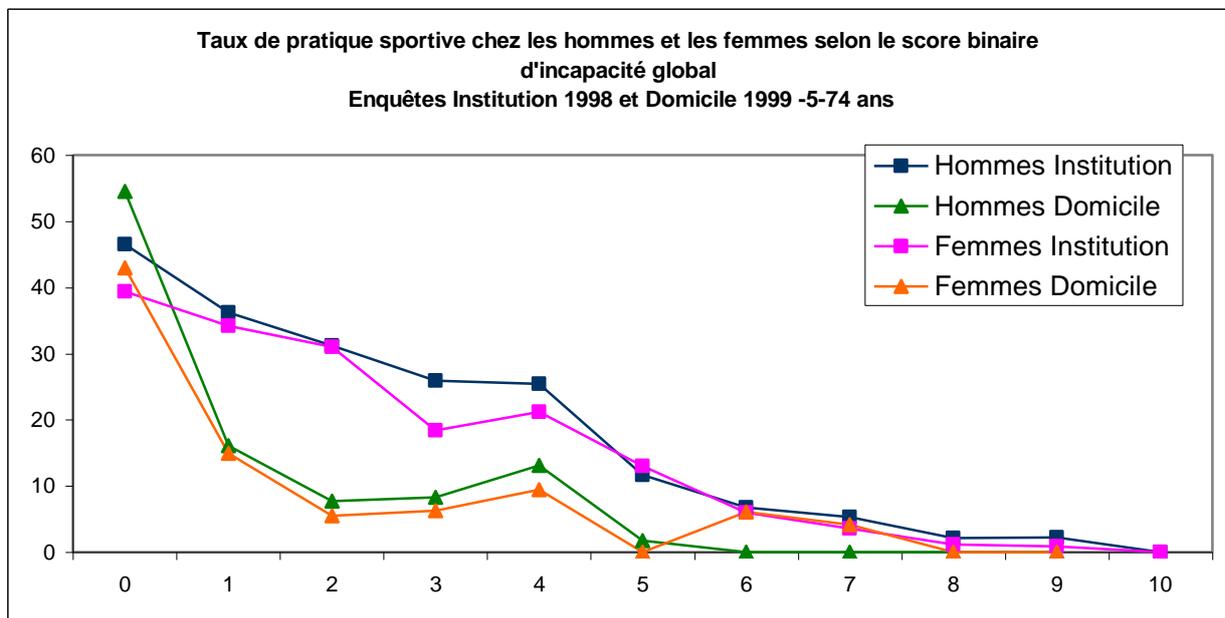
Score global d'incapacité (% pond. de sportifs)	Hommes Institution	Hommes Domicile	Femmes Institution	Femmes Domicile	Total Institution	Total Domicile
0	46,5	54,5	39,4	43,0	43,8	48,7
1	36,2	16,1	34,2	14,9	35,3	15,4
2	31,2	7,7	31,0	5,5	31,1	6,6
3	25,9	8,3	18,4	6,3	22,8	7,1
4	25,4	13,1	21,2	9,4	23,5	10,8
5	11,7	1,7	13,0	0,0	12,3	0,6
6	6,7	0,0	6,0	6,1	6,4	2,9
7	5,3	0,0	3,6	4,1	4,4	1,9
8	2,1	0,0	1,1	0,0	1,6	0,0
9	2,2	0,0	0,9	0,0	1,3	0,0
10	0,0		0,0		0,0	
Total	35,5	53,2	29,3	41,8	32,8	47,4
Coeff. de corr.	-0,9665513	-0,74586533	-0,9667256	-0,72589052	-0,96958385	-0,73881695

Les données confirment ce que nous ont appris les analyses par niveau de Katz, de Colvez et d'EHPA : qu'il s'agisse des hommes ou des femmes, à score global d'incapacité identique, les personnes vivant en institution sont plus sportives que celles qui vivent à domicile dès que le score est au-dessus de zéro.

Pour les uns comme pour les autres, on note une situation particulière du score 4, où l'on assiste à une « reprise » de la pratique sportive. La raison se trouve probablement dans la construction du score global d'incapacité.

On doit remarquer qu'à domicile, les différences hommes / femmes dans les taux de pratique sportive se retrouvent pour le score zéro puis s'affaiblissent fortement du score 1 au score 5. Ensuite, à partir du score 6 les hommes ne pratiquent plus du tout, tandis que les femmes rejoignent le niveau de la population vivant en institution.

Graphique 35



Une analyse par grand groupe d'âge confirme nos conclusions précédentes. Hommes et femmes montrent le même comportement : globalement, on constate, à tous les âges, plus de pratique sportive en institution dès l'apparition des incapacités. Cependant, l'on constate, en institution, à nouveau la faible activité sportive des 55-74 ans sans incapacités.

**Tableau 43 - Taux de pratique sportive selon le sexe, l'âge et le score global d'incapacité. HID Institution 1998 et Domicile 1999.**

Score global d'incapacité	Domicile hommes				Domicile femmes			
	5-29 ans	30-54 ans	55-74 ans	ensemble	5-29 ans	30-54 ans	55-74 ans	ensemble
0	65.6	48.6	44	54.5	48.1	40.2	39	43
1	68.7	6.9	10.3	16.1	43.8	5.3	17.5	14.9
2	36.4	9.7	2.9	7.7	31.9	4.5	3.6	5.5
3	26.5	12.1	2	8.3	19.4	8.7	3.8	6.3
4	45	10.9	0	13.1	23.8	21.1	0	9.4
5	7.5	0	0	1.7	0	0	0	0
6	0	0	0	0	32.6	0	0	6.1
7	0	0	0	0	25.5	0	0	4.1
8	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	.	.	0	0
total	65.4	47.6	40.9	53.2	48	39.3	35.9	41.8
bruts	1119	2341	2721	6181	998	2304	3096	6398

Score global d'incapacité	Institution hommes				Institution femmes			
	5-29 ans	30-54 ans	55-74 ans	ensemble	5-29 ans	30-54 ans	55-74 ans	ensemble
0	70.9	40	17.1	46.5	64.5	41.4	14.5	39.4
1	65.6	37.5	8.1	36.2	63.4	40.1	12.1	34.2
2	62.1	41.2	3.8	31.2	57.2	41.8	12.2	31
3	48.5	38.9	1.8	25.9	48.5	20.9	2.9	18.4
4	49	28.9	1.4	25.4	47.1	30.4	4	21.2
5	25.4	14.9	1.9	11.7	39.1	15.5	0.7	13
6	12.9	12.1	0	6.7	13.2	7.9	0	6
7	13.4	1.6	0	5.3	10.7	4.2	0	3.6
8	6.9	1	0.8	2.1	4.5	1.4	0	1.1
9	0	13.4	0	2.2	7.7	0	0	0.9
total	61.6	35.4	8.7	35.5	55.1	34.1	9.2	29.3
bruts	2579	1901	838	5318	1566	1375	829	3770

L'analyse croisée du score global d'incapacité avec les différents types de déficiences nous informe sur la particularité de certains groupes par rapport à l'activité sportive. Elle confirme le constat qu'en institution l'incapacité pénalise nettement moins la pratique sportive qu'à domicile. La différence est particulièrement importante dans le domaine de la déficience psychique, qui, à domicile, pénalise autant la pratique sportive que les autres déficiences, contrairement à l'institution où elle ne la pénalise guère.

**Tableau 44 – Taux de pratique sportive selon les groupes exclusifs de déficiences et chez les personnes en fauteuil roulant, selon le score global d'incapacité – HID Domicile 1999 - 5-74 ans.**

Score global d'incapacité	Personnes en fauteuil roulant	Mono-déficients moteurs	Mono-déficients visuels	Mono-déficients auditifs	Mono-déficients intel. ou psy.	Multi-déficients sans psy	Multi-déficients avec psy
0	39.5	32.8	47.8	36.1	38.5	34.5	30.3
1	8.2	9.8	34.9	47.9	11	13.1	14.2
2	0	5.1	0		25	6.5	5.8
3	0	2.9	0		15.1	6.2	9.4
4	0	13.2	0		36	9.4	6.5
5	0	0			0	0	2.3
6	0	0			4.5	0	0
7	0	0			0	0	4.6
8	0	0			0	0	0
9	0	0			0	0	0
total	5.4	31.1	46.8	36.2	35.8	30.9	25.9
bruts	123	1113	240	386	568	4368	1792

**Tableau 45 – Taux de pratique sportive selon le score global d'incapacité dans les groupes exclusifs de déficience et chez les personnes en fauteuil roulant (ap. pond.) – Enquête HID Institution 1998 – 5-74 ans.**

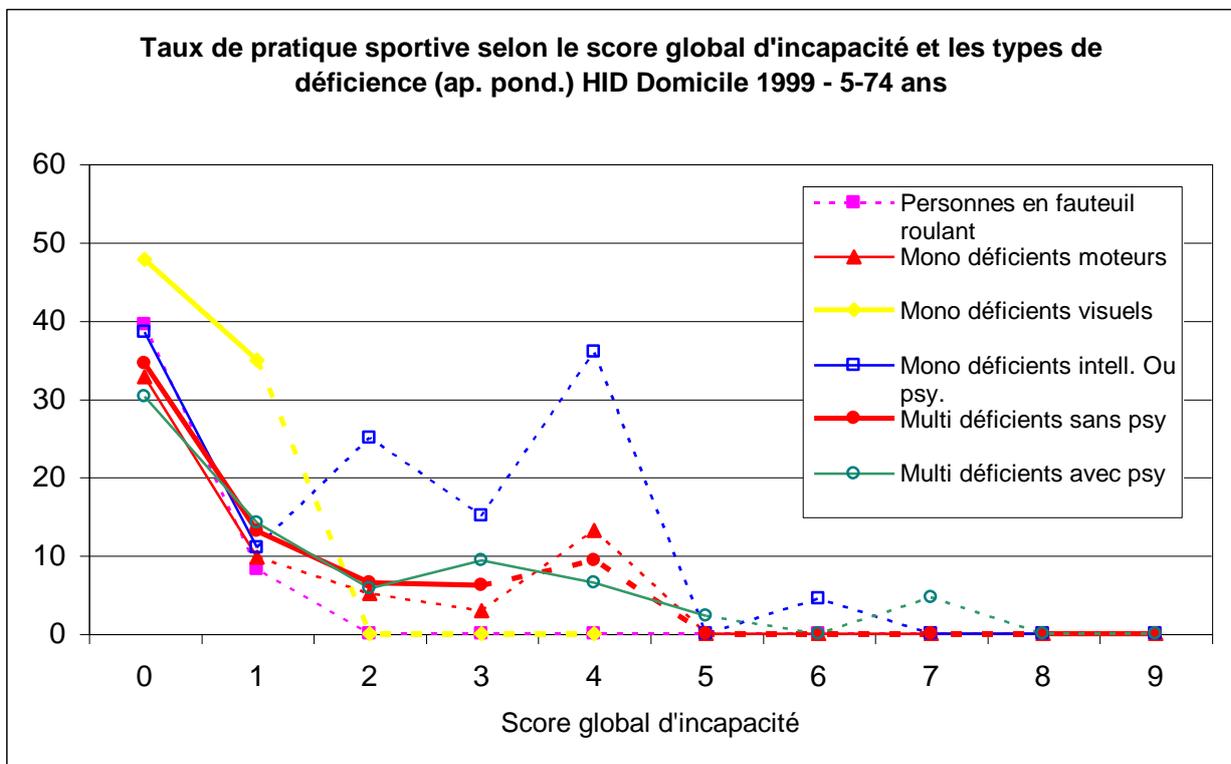
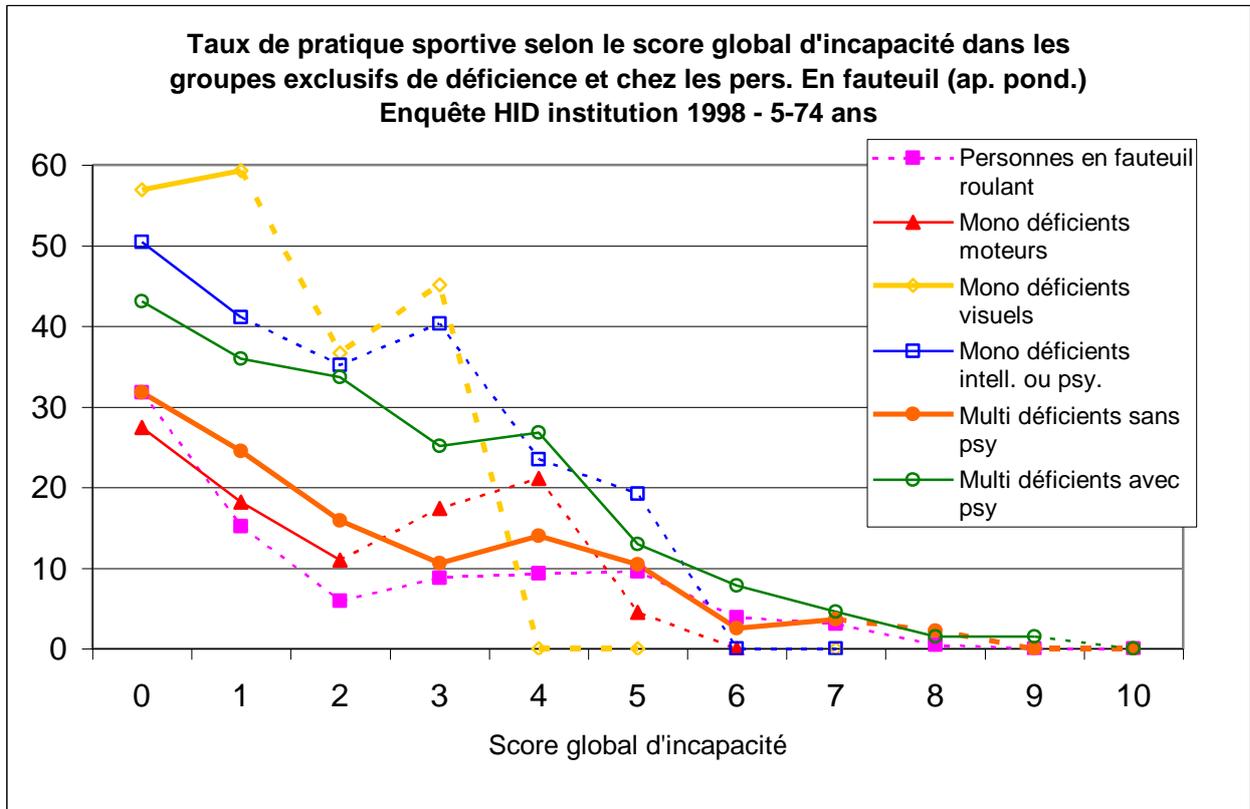
Score global d'incapacité (% pond. De sportifs)	Personnes en fauteuil roulant	Mono déficients moteurs	Mono déficients visuels	Mono déficients auditifs	Mono déficients intell. ou psy.	Multi déficients sans psy	Multi déficients avec psy
0	31,8	27,4	56,9	43,2	50,4	31,8	43,1
1	15,2	18,2	59,3	100	41,1	24,5	36
2	5,9	11	36,7		35,2	15,9	33,7
3	8,8	17,4	45,1		40,3	10,6	25,1
4	9,3	21,1	0		23,5	14	26,8
5	9,6	4,5	0		19,2	10,4	13
6	3,9	0			0	2,5	7,8
7	3,1		0		0	3,6	4,6
8	0,5					2,2	1,5
9	0					0	1,5
10	0					0	0
Total	6	23,4	50,8	48,4	48,2	18,6	30

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

On notera que les déficients visuels, à score d'incapacité égal, se révèlent être le groupe le plus sportif.

Ces données confirment les analyses préalables : il y a, à incapacité égale, un soutien spécifique à l'activité sportive chez les populations qui présentent des déficiences intellectuelles ou psychiques et qui vivent en institution.

Graphique 36



## D. Types d'incapacités et niveaux d'incapacités

Nous allons ici mettre en évidence les liens entre les différents types d'incapacités distingués dans l'enquête et la pratique sportive. Pour chaque type d'incapacité analysé, une prise en compte du niveau d'incapacité, et de l'âge, lorsque ils effectifs le permettent sera faite.

### 1. La pratique sportive et les besoins d'aide pour la toilette, l'habillement et l'alimentation

Nous avons regroupé dans un score unique les difficultés et limitations de capacités relatives à la toilette, l'habillement et l'alimentation (voir annexe 1) dans un score d'incapacité S5BTOIL (score total de 0 – incapacité minimale - à 5 – incapacité maximale - ) et dans un score S20BTOIL (score total de 0 à 20). Au regard des problèmes d'effectif, nous avons choisi de retenir le score binaire de 0 à 5.

Pour l'enquête Institution, sur ce score nous travaillons avec le groupe entier de 9088 sujets de 5 à 74 ans. En général, on voit que les sportifs se répartissent bien différemment des non sportifs sur ce score d'incapacité S5BTOIL, puisque 78,2% d'entre eux ont un score nul, alors que seulement 51,4% des non sportifs affichent un score nul. De la même manière seulement 1,7% des sportifs obtiennent le score d'incapacité est le plus élevé (5) alors que 14,3% des non sportifs sont dans cette situation.

A domicile, le score d'incapacité toilette/habillement/alimentation est si peu discriminant que sportifs et non sportifs se trouvent tous massivement dans le niveau 0. Au total 3,23% des non sportifs déclarent une incapacité dans ce domaine contre 1,84% des sportifs. Le rapport est d'environ deux sur un à la fois en institution et à domicile.

**Tableau 46 – Répartition des sportifs et non sportifs selon le score binaire d'incapacité toil/habill/alim. (ap.pond.)– Enquête HID Institution 1998 et Domicile 1999 - 5-74 ans.**

S5BTOIL	Institution non sportifs	Institution sportifs	Institution total	Domicile non sportifs	Domicile sportifs	Domicile total
0	51,43	78,2	60,21	96,77	99,71	98,16
1	9,37	8,02	8,93	1,45	0,13	0,83
2	9,26	5,81	8,13	0,90	0,09	0,52
3	7,09	3,56	5,93	0,36	0,04	0,21
4	8,57	2,7	6,64	0,19	0,02	0,11
5	14,28	1,72	10,16	0,31	0,01	0,17
Total	100	100	100	100	100	100

Comme on peut le lire dans le tableau suivant, il y a une relation linéaire entre l'augmentation du score et le taux de pratique sportive en institution : au fur et à mesure que s'aggravent les incapacités de toilette, d'habillement ou d'alimentation, le taux de pratique sportive diminue.

Il en est tout autrement à domicile : dès lors que le score est à un, la pratique sportive s'écroule passant de plus de 48% de sportifs chez ceux qui ont un score d'incapacité nul, à un peu plus de 7% de sportifs aux scores suivants. A domicile, ce n'est pas l'aggravation des

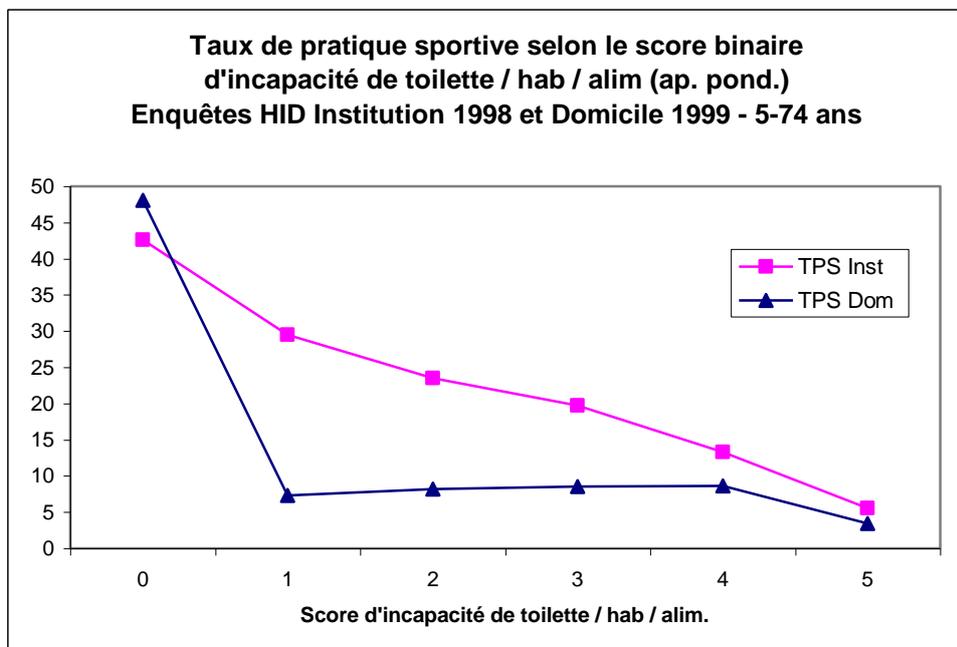
incapacités de toilette, d'habillement ou d'alimentation qui limite la pratique sportive, c'est leur existence même, puisque du score 1 à 4, le taux de pratique sportive reste inchangé.

**Tableau 47 – Taux de pratique sportive selon le score binaire d'incapacité de toilette / habillement / alimentation – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans.**

S5BTOIL	TPS Inst	TPS Dom
0	42,63	48,1
1	29,47	7,3
2	23,47	8,2
3	19,69	8,5
4	13,33	8,6
5	5,55	3,4
Total	32,82	47,4
Coefficient de corrélation	-0,98342142	-0,6972714

On peut penser que ce type d'incapacité (en particulier l'habillement / déshabillage et la toilette) peut entraîner des difficultés spécifiques dans l'accès à la pratique sportive pour les personnes qui vivent à domicile. En effet, c'est typiquement le genre d'incapacités qui produit une situation de handicap dans l'environnement sportif, où l'on doit non seulement se changer pour faire du sport et pour se rhabiller après avoir pris une douche, mais dans lequel on peut aussi avoir besoin de se déshabiller au cours même de la séance de sport.

**Graphique 37**



**Tableau 48 – Taux de pratique sportive selon l'âge et l'incapacité de toilette, d'habillement et d'alimentation – HID Institution 1998 et Domicile 1999.**

	Score d'incapacité toil/habill/alim.					
	0	1	2	3	4	5
Dom. 5-29	57,1	10,2	38,6	37,7	28,0	11,3
Dom. 30-54	43,8	7,6	9,7	6,1	5,0	0,0
Dom. 55-74	40,0	6,6	3,4	2,8	0,0	0,0
Dom. ens.	48,1	7,3	8,2	8,5	8,6	3,4
Inst. 5-29	67,8	65,9	51,1	48,6	28,7	14,5
Inst. 30-54	40,4	39,0	39,5	25,9	20,0	4,8
Inst. 55-74	14,0	10,5	5,8	3,3	0,2	0,4
Inst. ens.	42,6	29,5	23,5	19,7	13,3	5,6

Le contrôle de l'âge ne transforme pas le résultat global : pour chaque catégorie d'âge, la proportion de sportifs diminue avec l'augmentation du score. Mais la différence entre domicile et institution se répète à chaque âge. A domicile, la pratique s'effondre dès le score 1 même s'il remonte ensuite pour les plus jeunes. En institution, elle se maintient très bien pour les jeunes et les adultes. Mais, encore une fois, on constate que si la pratique sportive des personnes âgées avec incapacité se maintient convenablement, elle est particulièrement peu élevée pour les personnes âgées n'ayant pas d'incapacité dans le domaine de la toilette, l'habillement et l'alimentation. En effectifs pondérés, ce groupe compte tout de même environ 46000 personnes sur les 96000 de personnes de 55-74 ans vivant en institution.

## 2. La pratique sportive et les gênes liées à l'élimination

De la même manière les gênes et difficultés d'élimination ont été scorées (annexe 1), et nous utiliserons ici le score binaire S2BELI. Comme le montre le tableau suivant, les sportifs institutionnels, pour 93,7% d'entre eux, ne présentent pas de difficultés majeures relatives à l'élimination, contre 71,2% des non sportifs. A domicile, sportifs et non sportifs sont regroupés pour plus de 99% sans incapacité d'élimination. Ce type d'incapacité s'avère donc très limitant dans l'accès à la pratique sportive.

**Tableau 49 - - Répartition des sportifs et non sportifs selon le score binaire d'incapacité d'élimination (ap. pond.)- Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 -5-74 ans.**

S2BELI	Inst. Non sportifs	Inst. Sportifs	Inst. Ensemble	Dom. Non sportifs	Dom. Sportifs	Dom. Ensemble
0	71,2	93,7	78,6	98,5	99,8	99,1
1	10,3	4,4	8,3	1,0	0,2	0,6
2	18,5	1,9	13,1	0,5	0,0	0,3
Ensemble	100	100	100	100	100	100

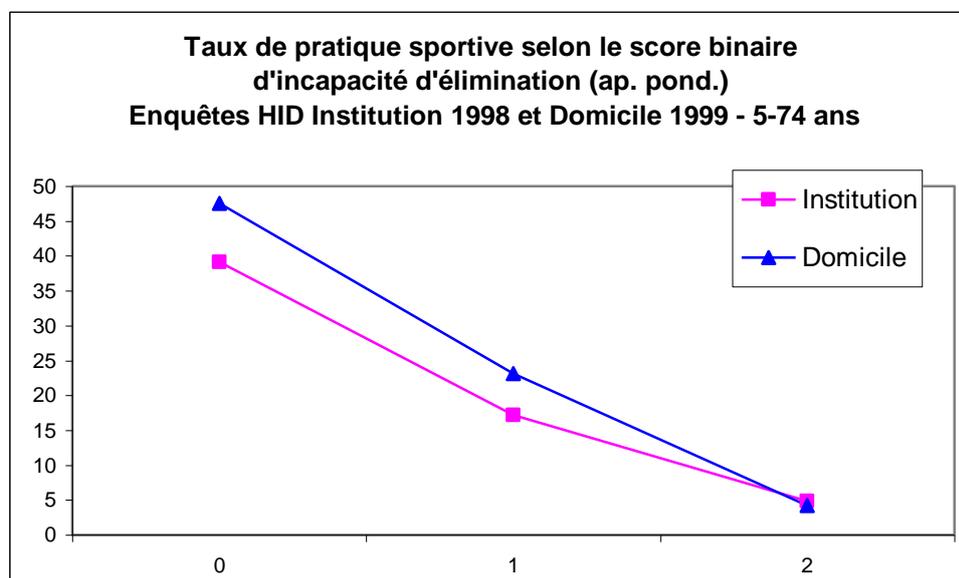
On peut remarquer, que lorsque le score d'incapacité d'élimination est à 1, les personnes vivant à domicile sont plus sportives que celles qui vivent en institution. En effet, si de manière générale, les incapacités semblent limiter plus la pratique sportive des personnes qui vivent à domicile par rapport à celles qui vivent en institution, ici l'on observe une exception. La pratique sportive à domicile reste plus élevée quand le score est à 1. Ensuite, lorsque

l'incapacité d'élimination est plus grave, les deux environnements se rejoignent, affichant l'un comme l'autre moins de 5% de sportifs.

**Tableau 50 - Taux de pratique sportive selon le score binaire d'incapacité d'élimination – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans.**

S2BELI	Institution	Domicile	Dom 1 déf et +
0	39,1	47,5	36,5
1	17,2	23,1	23,1
2	4,8	4,2	4,2
Total	32,82	47,4	36,2

**Graphique 38**



**Tableau 51 – Taux de pratique sportive selon l'âge et l'incapacité d'élimination (ap. pond.) – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 -5-74 ans.**

Taux de pr. Sportive (% pond.)	Score d'incapacité d'élimination		
	0	1	2
Dom. 5-29	56,9	57,2	14,3
Dom. 30-54	43,5	10,5	0,0
Dom. 55-74	38,6	3,4	0,0
Dom. ens.	47,5	23,1	4,2
Inst. 5-29	65,7	42,3	14,3
Inst. 30-54	39,7	19,8	5,2
Inst. 55-74	12,2	2,5	0,5
Inst. ens.	39,1	17,2	4,8

A domicile, le maintien exceptionnel de la pratique sportive aux scores 1 et 2 s'avère entièrement le fait des plus jeunes. On peut penser qu'un même « effet institution » en soit

responsable, l'institution scolaire cette fois-ci. En institution, on notera à nouveau la faible pratique des 55-74 ans, qui cette fois s'effondre dès le score 1. Aux âges avant 55 ans, l'institution garde une avance sur ceux avec incapacité à domicile.

### 3. La pratique sportive et les incapacités de mobilité corporelle

La population institutionnelle des 5-74 ans se répartit très inégalement dans les groupes de score d'incapacité de mobilité. Près de la moitié de cette population (49,1%) n'a aucune incapacité de mobilité, au regard du score binaire. Le groupe présentant un score de 1 représente 19,5% de la population. Ensuite l'importance relative des groupes de score de 2 à 7 diminue sensiblement (de 4 à 9% environ). Les sportifs se regroupent bien évidemment plus dans le score 0, mais 31% des sportifs appartiennent tout de même aux scores 1 à 7.

A domicile, seuls 7,2% de la population de 5-74 ans sont dans les scores 1 à 7. Des sportifs ils ne sont que 3,5%.

**Tableau 52 – Répartition des sportifs et non sportifs selon le score binaire d'incapacité de mobilité corporelle (ap. pond.)– Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 -5-74 ans.**

	Inst. Non sportifs	Inst. Sportifs	Inst. Ensemble	Dom. Non sportifs	Dom. Sportifs	Dom. Ensemble
0	39,5	69,0	49,1	89,6	96,5	92,8
1	19,4	19,9	19,5	6,0	2,9	4,5
2	9,9	6,2	8,7	2,6	0,5	1,6
3	5,8	2,5	4,7	0,9	0,1	0,5
4	5,7	1,2	4,2	0,5	0,0	0,3
5	5,3	0,7	3,8	0,3	0,0	0,2
6	5,7	0,5	4,0	0,2	0,0	0,1
7	8,7	0,2	5,9	0,1	0,0	0,0
Ensemble	100	100	100	100	100	100

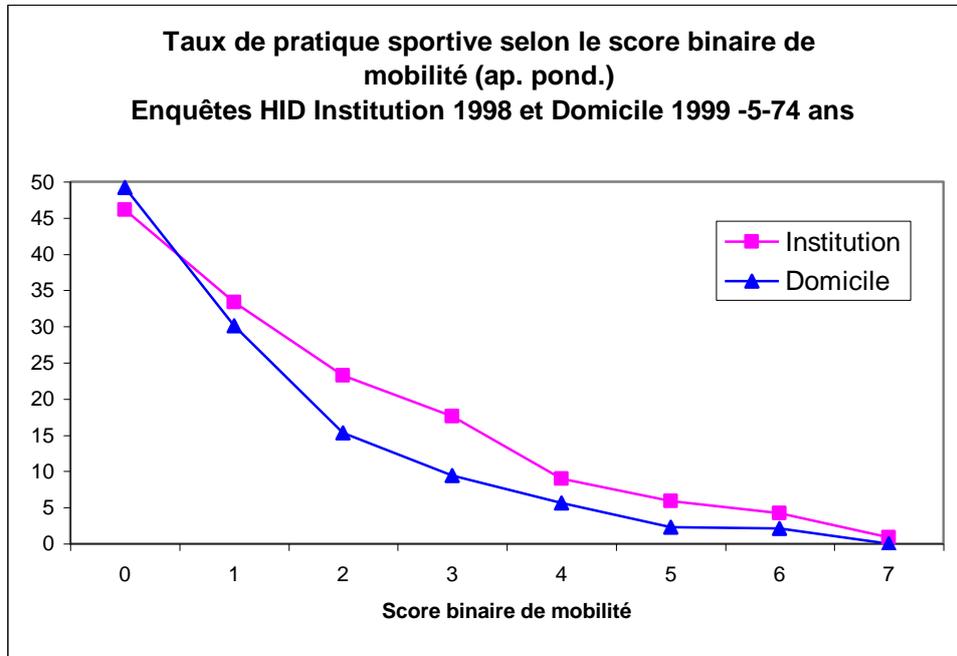
Le taux de pratique sportive présente une dégradation quasi-linéaire avec l'augmentation du score binaire d'incapacité de mobilité pour les personnes vivant en institution. On constate encore une fois, au travers du tableau comparatif suivant, qu'à score d'incapacité de mobilité contrôlé, les personnes vivant en institution ont un taux de pratique sportive plus élevé que ceux qui vivent à domicile et ce dès le score 1.

**Tableau 53 - Taux de pratique sportive selon le score binaire d'incapacités de mobilité (ap. pond.) - Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans -**

S7MOB/GSPRAT (% pond de sportifs)	Institution	Domicile
0	46,1	49,2
1	33,4	30,1
2	23,2	15,3
3	17,6	9,4
4	9,0	5,6
5	5,9	2,3
6	4,2	2,1
7	0,9	0,0
Total	32,8	47,4

A domicile, le lien entre score de mobilité et pratique sportive est fort également, mais comme liaison est moins linéaire, plus courbe avec un affaissement du taux de pratique sportive plus rapide.

Graphique 39



Cela n'est pas surprenant, dans la mesure où les activités physiques et sportives sollicitent en premier lieu les capacités de mobilité corporelle, et où donc, plus l'incapacité de mobilité augmente, plus l'activité physique doit être adaptée pour être accessible. Cependant, sachant l'importance de l'âge sur le taux de pratique sportive, il est intéressant de noter que lorsque l'on contrôle celui-ci, on peut voir que l'augmentation du score d'incapacité de mobilité dégrade le taux de pratique sportive à tous les âges, mais différemment selon l'âge.

Tableau 54 – Taux de pratique sportive selon le score binaire de mobilité et l'âge (ap. pond.) – Enquête HID Institution 1998, Domicile 1999 – 5-74 ans.

	Score d'incapacité de mobilité							
	0	1	2	3	4	5	6	7
Dom. 5-29	56,9	59,6	34,4	20,5	18,7	16,7	11,0	0,0
Dom. 30-54	44,8	17,4	16,9	12,5	3,6	0,0	0,0	0,0
Dom. 55-74	42,9	22,7	13,6	7,2	4,7	0,0	0,0	0,0
Dom. ens.	49,2	30,1	15,3	9,4	5,6	2,3	2,1	0,0
Inst. 5-29	69,7	58,9	40,4	37,7	27,7	13,9	9,8	5,6
Inst. 30-54	41,7	37,6	31,4	27,7	8,9	6,5	2,4	2,7
Inst. 55-74	16,8	9,8	8,4	2,8	1,0	1,8	2,4	0,0
Inst. ens.	46,1	33,4	23,2	17,6	9,0	5,9	4,2	0,9

En effet, si l'absence d'incapacité de mobilité permet une activité sportive élevée à tout âge, seuls les 55-74 ans vivant en institution ne pratiquent que pour 16,8%. Dès l'apparition d'incapacités leur pratique diminue, mais pas plus vite que les autres. Les jeunes, que ce soit à domicile ou en institution, maintiennent une pratique sportive élevée tant que le score ne dépasse pas le 3. Les adultes, par contre, voient leur pratique reculer très vite à domicile, tandis qu'elle se maintient plus longtemps en institution.

Il nous a semblé utile de prendre la mesure du lien entre le type de déficience et le degré d'incapacité de mobilité. Dans la mise en relation du score d'incapacité de mobilité avec les groupes exclusifs de déficience, on peut voir la répartition tout à fait spécifique des groupes, certains étant particulièrement touchés dans leurs capacités de mobilité corporelle, d'autres très peu, et ce spécialement quand les scores d'incapacités sont bas.

Ainsi, les mono-déficients sensoriels sont peu nombreux à déclarer des incapacités de mobilité, mais quand cela est le cas, l'environnement a une influence majeure : en milieu institutionnel, les incapacités de mobilité affectent peu l'activité sportive, tandis qu'elles la réduisent fortement à domicile.

On peut faire la même observation pour les multi-déficients avec ou sans déficiences psychiques. En l'absence d'incapacité de mobilité, leur pratique sportive est déjà moins élevée à domicile qu'en institution et cette différence se maintient après l'apparition des incapacités de mobilité.

Le cas des mono-déficients moteurs et intellectuels et psychiques est différent. Non seulement leur pratique sportive est à un niveau relativement élevé même avec des incapacités de mobilité, mais en plus celle-ci se maintient aussi bien à domicile qu'en institution.

**Tableau 55 – Taux de pratique sportive selon le score de mobilité et le type de déficience – HID Institution 1998 (après pond.) - 5-74 ans.**

S7MOB/TPS (% Pond.)	Mono- déficients Moteurs	Mono- déficients visuels	Mono- déficients auditifs	Mono- déficients intell/ psychiques	Multi- déficients sans psy	Multi-déficients avec psy
0	29,6	56,3	45,9	51,3	40,3	45,0
1	25,6	64,6	61,6	39,6	19,6	34,6
2	16,7	37,6		38,2	14,9	22,8
3	28,4	0,0		27,8	20,6	16,5
4	16,5	100,0		0,0	11,4	7,0
5	9,4	0,0		7,2	9,3	4,1
6	6,0	0,0		0,0	3,8	4,3
7	0,0	50,8		48,2	0,5	1,1
Total	23,45	56,3	48,4	51,3	18,6	30,0

**Tableau 56 – Taux de pratique sportive selon le score de mobilité et le type de déficience – HID Domicile 1999 (après pond.) - 5-74 ans.**

S7MOB/TPS (% Pond.)	Mono- déficients Moteurs	Mono- déficients visuels	Mono- déficients auditifs	Mono- déficients intell/ psychiques	Multi- déficients sans psy	Multi-déficients avec psy
0	32,5	47,6	36,2	35,6	37,6	30,3
1	38,1	9,7	6,2	48,3	21,9	11,4
2	3,6	0,0	0,0	30,2	4,1	36,1
3	11,1	0,0	0,0	41,8	12,5	2,8
4	8,1			0,0	7,3	1,1
5	7,3			0,0	1,4	0,3
6	4,6				1,0	2,7
7	0,0				0,0	0,0
Total	31,0	46,8	36,2	35,8	30,9	25,8

Au-delà des types de déficiences, nous avons identifié un groupe un peu particulier, celui des personnes se déplaçant en fauteuil roulant (BDPI2=5), qui peuvent accéder à des activités physiques spécifiques pratiquées en fauteuil roulant. En institution, 24066 personnes se déplacent toujours en fauteuil roulant (835 personnes enquêtées) et ont également répondu au module G ; à domicile, elles sont 70523 (152 personnes enquêtées). Elles peuvent présenter une ou plusieurs déficiences, d'origine diverses. Parmi ces personnes, 1446 ont une activité sportive en institution (136 enquêtées), 4246 à domicile (11 enquêtées). Dans les deux cas, cela représente 6,0% (après pondération). Mais il faut insister sur la composition particulière de ce groupe de personnes vivant en fauteuil roulant. A domicile, En institution, elles sont 40,3% (60,7% en institution) à présenter des scores d'incapacité de mobilité corporelle de 6 ou 7, c'est-à-dire très lourds. Seules 9,7% (4,6% en institution) d'entre elles ont des scores entre 1 et 2. La population vivant en fauteuil roulant est donc bien spécifique, car marquée par une incapacité de mobilité corporelle très forte, ce qui peut expliquer pour partie ce taux de pratique sportive très bas.

#### **4. La pratique sportive et les incapacités de communication, cohérence, orientation**

La population institutionnelle des 5-74 ans se répartit de façon dominante dans le groupe ne présentant pas d'incapacité de cohérence, communication et orientation (42,36% de la population après pondération pour le score 0). Ensuite, les groupes obtenant des scores de 1 à 2 représentent chacun environ 10% de la population. Les groupes du score 3 au score 8 regroupent entre 4 et 7% de la population. Les 4 derniers groupes qui représentent les incapacités majeures de communication et de cohérence ne dépassent jamais les 1,5% de la population. Ce type d'incapacité semble donc très limité pour une grande partie de la population institutionnelle (score de 0 à 2 : 62,3% de la population). Or, la présence de sportifs est effective même dans les groupes présentant les scores les plus élevés d'incapacité de communication, cohérence et orientation. Elle semble même totalement indépendante de cette dimension d'incapacités.

Parmi les personnes de 5-74 ans vivant à domicile, celles n'ayant pas d'incapacité de cohérence, communication et orientation sont nettement majoritaires, bien évidemment : 97,2% affichent zéro incapacité, les scores 1 et 2, ensemble, regroupent 1,9% des 5-74 ans, laissant 0,9% pour les scores de 3 à 12. Comme en institution, l'activité sportive se maintient, à domicile, au-dessus des 10% même quand les incapacités de cohérences, communication et orientation obtiennent des scores élevés, mais elle chute de façon importante avec l'apparition de la première incapacité de cohérence, communication et orientation.

En institution, les incapacités de communication, cohérence et orientation se distinguent des autres dimensions d'incapacité par un lien faible avec la pratique sportive. En effet, qu'il s'agisse du score gradué ou du score binaire, l'aggravation des incapacités de cohérence, communication et orientation ne produit pas d'effet direct sur le taux de pratique sportive.

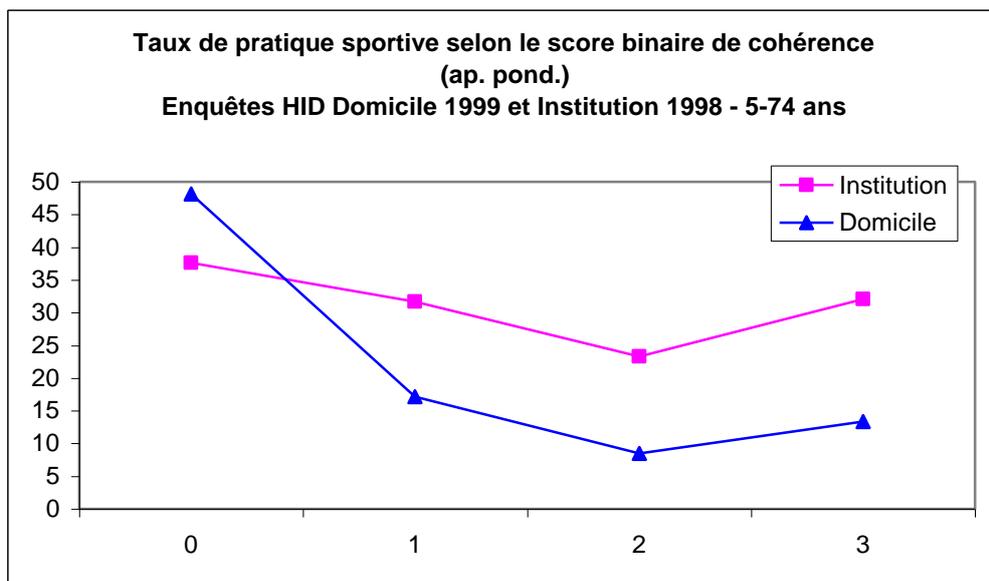
A domicile, par contre, les incapacités de communication, cohérence et orientation ont un impact sur la pratique sportive, massivement même, dès lors que le score passe de 0 à 1 : la pratique sportive perd plus de 30 points. Ensuite, l'on constate la même absence de lien entre l'aggravation de l'incapacité et la pratique sportive.

**Tableau 57- Taux de pratique sportive selon les scores d'incapacités de cohérence, communication et orientation - Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans -**

TPS/Scores de cohérence S3BCOH (% pond.)	Institution	Domicile
0	37,66	48,1
1	31,66	17,2
2	23,29	8,5
3	32,06	13,4
Total	32,82	47,4

Compte-tenu du fait que les institutions accueillent une majorité de personnes présentant des déficiences intellectuelles et psychiques, on peut comprendre que l'incapacité de cohérence, communication et orientation n'y est pas posée comme limite à la pratique sportive, contrairement à ce qui semble advenir à domicile. Une différence qui se ressentira ensuite à travers toutes les statistiques grâce à l'importance numérique des déficiences intellectuelles et psychiques en institution, notamment avant l'âge de 60 ans.

Graphique 40



## 5. La pratique sportive et les incapacités de vision, ou d'audition

Dans la population vivant en institution, environ la moitié des personnes obtiennent un score binaire d'incapacité sensorielle nul (50,9% après pondération, score S4SENSOR). Ce type d'incapacité a un impact sur le taux de pratique sportive qui va de 37,7% chez ceux qui ont un score binaire d'incapacité sensorielle égal à 0 (très peu de gêne) à 5,0% seulement de sportifs chez ceux qui obtiennent un score maximal (4 = maximum d'incapacités).

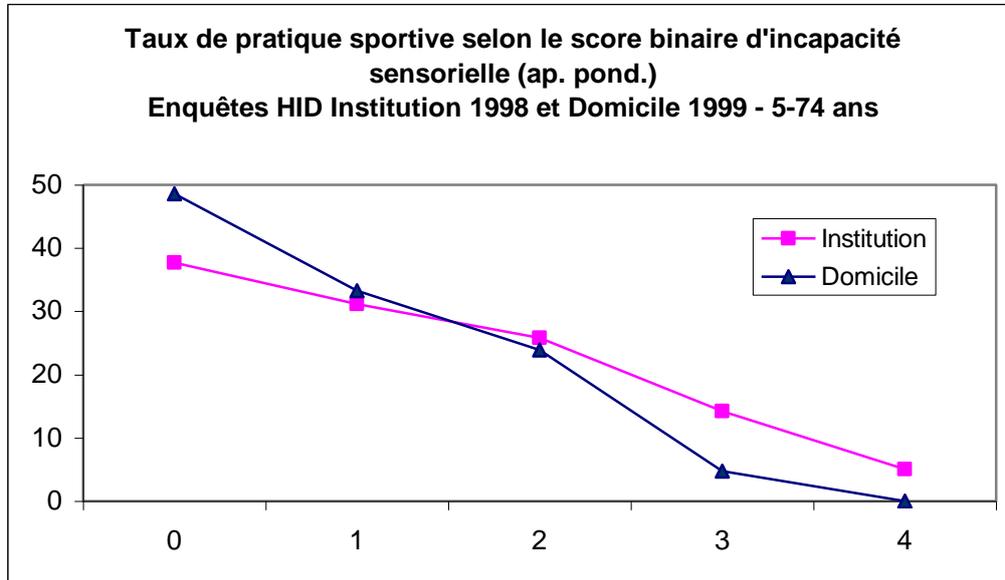
**Tableau 58 – Taux de pratique sportive selon le score binaire d'incapacité sensorielle (ap. pond.) – Enquêtes HID Domicile 1999 et Institution 1998 – 5-74 ans.**

Score binaire inc. Sensorielle S4SENSOR TPS (% pond.)	Institution 5-74 ans	Domicile 5-74 ans
0	37,66	48,6
1	31,17	33,3
2	25,78	23,9
3	14,19	4,7
4	5,02	0,0
Ensemble	32,82	47,4

Les profils et la comparaison de ceux-ci offrent un résultat singulier puisque ici, en institution comme à domicile, la réduction du taux de pratique sportive est quasi-linéaire avec l'augmentation du score d'incapacité sensorielle, avec cependant une pente un peu plus forte à domicile. Si en l'absence d'incapacité sensorielle l'activité sportive est moins élevée en

institution qu'à domicile, à partir du score 3 l'institution connaît une activité plus importante. Comme nous avons déjà pu constater pour les autres dimensions d'incapacité, le domicile limite plus la pratique sportive que l'institution.

Graphique 41



Il convient cependant de remarquer que ce score d'incapacité sensorielle renvoie à des déficiences très diverses, et qu'il convient de l'expliquer. En effet, en institution, il s'avère que si l'on retient les scores 3 et 4, significatifs de la présence d'incapacités majeures de vision, d'audition et de langage, seuls trois groupes de déficiences sont présents, et pas ceux que l'on attendrait : 83,4% des personnes appartiennent au groupe des multi-déficients avec déficience intellectuelle ou psychique, 16,5% au groupe de multi-déficients sans déficience intellectuelle ou psychique.

A domicile, ils sont 22,4% à appartenir au groupe des multi-déficients avec déficience intellectuelle ou psychique et 30,6% au groupe des multi-déficients sans déficience intellectuelle ou psychique. Les autres se déclarent majoritairement (38,0% du total) sans déficience.

Inversement, si l'on regarde les mono-déficients sensoriels, on confirmera qu'ils ne participent que relativement peu aux incapacités sensorielles.

Les déficients visuels, à domicile, sont 75,6% (19,7% en institution) à ne déclarer aucune incapacité sensorielle, 23,9% (80,3% en institution) déclarent quelques incapacités (scores 1 et 2). Seuls 0,5% à domicile (0,0% en institution) déclarent des scores 3 et 4 d'incapacité sensorielle.

Les mono-déficients auditifs, à domicile, sont 22,0% (17,8% en institution) à ne déclarer aucune incapacité sensorielle, 78,0% (82,2% en institution) déclarent quelques incapacités (scores 1 et 2). Personne, ni à domicile ni en institution, ne déclare des scores 3 et 4 d'incapacité sensorielle.

On peut donc dire que les incapacités sensorielles les plus importantes concernent essentiellement les populations multi-déficientes et non pas les déficients sensoriels mono-déficients sensoriels.

Les incapacités sensorielles sont spécifiques dans leur relation avec l'âge, il convient donc de contrôler les résultats globaux en ce sens.

**Tableau 59 – Taux de pratique sportive selon le score binaire d'incapacité sensorielle et l'âge – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans**

S4SENSOR	Institution				Domicile			
	5-29 ans	30-54 ans	55-74 ans	total	5-29 ans	30-54 ans	55-74 ans	total
0	67,0	37,9	11,9	37,7	56,7	44,1	41,2	48,6
1	52,6	34,1	7,3	31,2	59,8	33,0	28,8	33,3
2	54,0	30,2	5,8	25,8	72,1	15,9	11,3	23,9
3	26,4	24,4	0,5	14,2	4,0	3,6	3,2	4,7
4	9,5	7,8	1,1	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	59,2	34,8	9,0	32,8	56,8	43,4	38,2	47,4

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

On voit bien sur le graphique suivant que c'est le seuil 3 du score qui produit l'impact majeur sur la pratique sportive chez les plus jeunes (5-34 ans), à la fois en institution et à domicile. Toutefois, comme on l'a constaté souvent, en institution la pratique sportive se maintient mieux.

De 30 à 54 ans, la pratique sportive décroche dès le seuil 2 à domicile. En institution, ce n'est qu'au seuil 4.

Après l'âge de 55 ans, c'est la situation inverse : à domicile, l'activité sportive est plus élevée à tous les niveaux d'incapacité. On est particulièrement frappé par la faible activité sportive des personnes sans incapacité sensorielle. Une faiblesse qui réapparaît à chaque niveau d'incapacité.

## 6. La pratique sportive et les limitations dans la souplesse et la motricité fine

Dans le groupe vivant en institution, 41,5% de la population obtient un score nul en ce qui concerne les incapacités de souplesse et motricité, et 29,2% a un score de 1 (Score binaire S8SOUPL). On doit donc noter que 70,7% de la population en institution présente de faibles incapacités de souplesse et de motricité fine. A domicile, ils sont 90,9% à obtenir un score nul et 5,5% un score de 1.

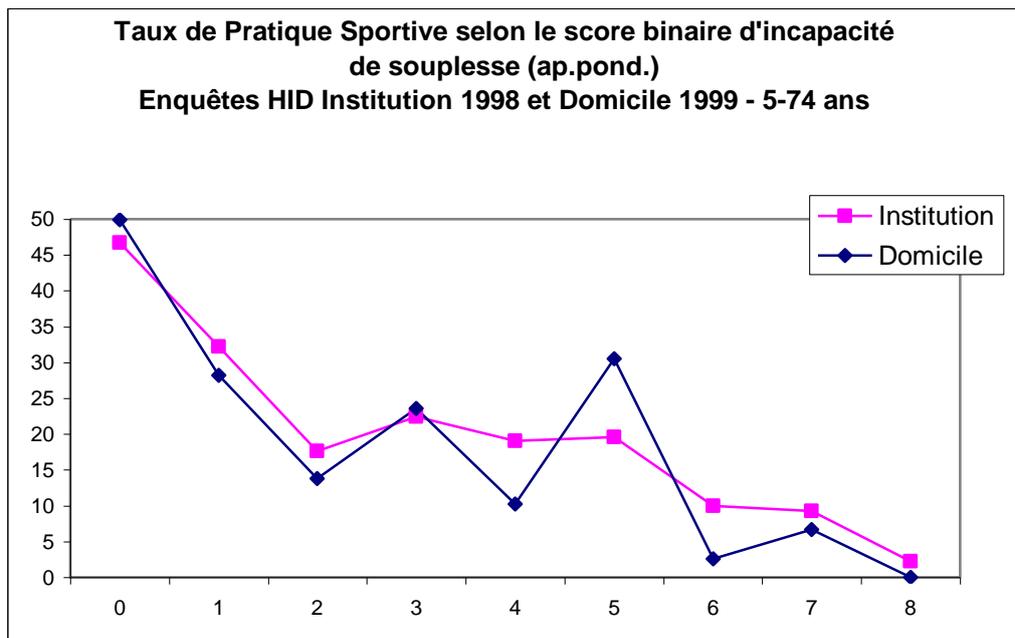
**Tableau 60 - Taux de pratique sportive selon le score binaire d'incapacité de souplesse et motricité fine (ap. pond.) – Enquêtes HID Domicile 1999 et Institution 1998 – 5-74 ans.**

S8SOUPL	Institution	Domicile
0	46,68	49,9
1	32,2	28,2
2	17,63	13,8
3	22,41	23,6
4	19,05	10,2
5	19,53	30,5
6	10	2,6
7	9,29	6,7
8	2,25	0,0
Ensemble	32,82	47,4

En institution, l'incapacité de souplesse et de motricité fine affecte la pratique sportive, puisque comme on le voit sur le graphique, plus le score d'incapacité de souplesse et de motricité fine augmente, plus le taux de pratique sportive diminue. Cependant, comme on le voit bien, la chute du taux de pratique sportive est très rapide du score 0 au score 2, pour connaître une relative stabilisation autour de 20% jusqu'au score 5. Les scores 6, 7 et 8 sont caractérisés par une chute de la pratique sportive dont les taux ne dépassent plus 10%.

Les différences entre domicile et institution sont peu importantes. On peut cependant noter qu'en l'absence d'incapacité de souplesse, la pratique est plus faible en institution pour devenir plus fortes aux niveaux d'incapacité de souplesse les plus graves. C'est le même inversement que pour les autres incapacités, mais d'une façon beaucoup plus atténuée.

**Graphique 42**



**Tableau 61 - Taux de pratique sportive selon le score binaire d'incapacité de souplesse et motricité fine (après pondération) et selon l'âge – Enquêtes HID Domicile 1999 et Institution 1998 – 5-74 ans.**

	Domicile			Institution		
	5-29 ans	30-54 ans	55-74 ans	5-29 ans	30-54 ans	55-74 ans
0	57,3	44,7	44,9	68,2	39,0	16,8
1	31,4	30,1	26,4	62,8	41,6	10,0
2	34,0	17,7	11,7	58,5	25,1	6,4
3	27,7	57,6	3,7	34,0	26,2	5,0
4	34,7	24,2	2,9	23,3	28,5	7,8
5	38,7	1,4	43,7	39,9	27,3	2,7
6	16,4	4,0	0,7	21,9	14,7	0,0
7	19,8	7,0	5,1	23,1	13,0	0,0
8	0,0	0,0	0,0	8,8	2,0	0,0
ensemble	56,8	43,4	38,2	59,2	34,8	9,0

L'analyse par âge montre que la similitude entre domicile et institution n'est qu'apparence. L'effet du niveau d'incapacité de souplesse et motricité fine semble, avant l'âge de 55 ans, plus faible en institution qu'à domicile. Après l'âge de 55 ans, même si l'activité baisse avec le niveau d'incapacité à domicile et en institution, les niveaux de départ sont très différents : 44,9% à domicile, 16,8% en institution.

## 7. Les incapacités relatives au ménage

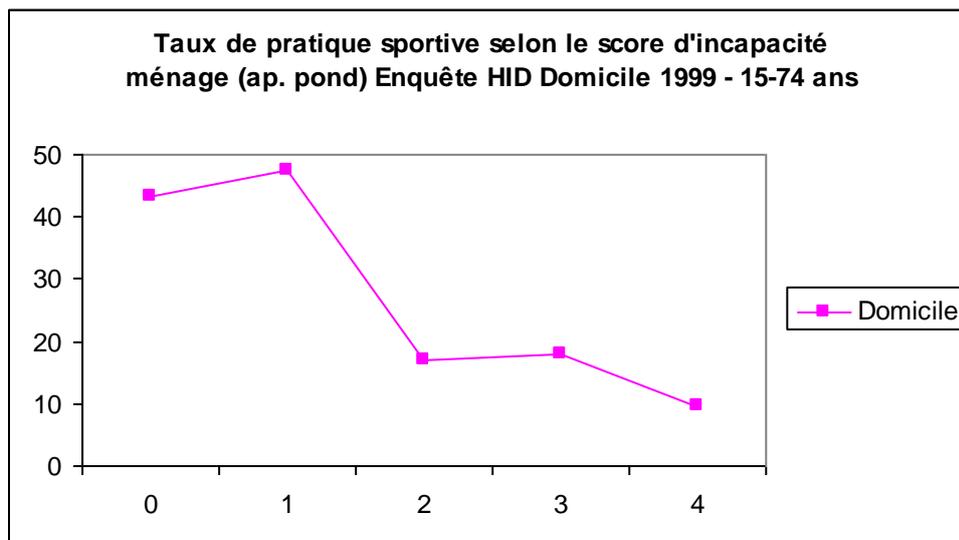
Ce type d'incapacité n'a été évalué que dans l'enquête HID Domicile.

**Tableau 62 –Taux de pratique sportive selon le score binaire d'incapacité ménage (ap. pond) - Enquête HID Domicile 1999 - 15-74 ans**

s4bmen (% pond.)	Ensemble	15-29	30-54	55-74
0	43,3	44,1	43,7	41,5
1	47,4	59,3	45,0	37,8
2	17,1	43,9	6,3	16,6
3	18,1	73,6	12,1	2,7
4	9,5	23,6	14,5	1,6
Ensemble	43,5	48,7	43,4	38,2

Comme on peut le lire sur le graphique, la dégradation du taux de pratique sportive selon ce score d'incapacité au ménage est brutale entre les scores un et deux, où on perd 30 points dans le taux de pratique sportive. Le taux particulièrement élevé des 15-29 ans avec les scores élevés d'incapacité de ménage est perturbé par le fait que la question n'est posée qu'à partir de l'âge de 15 ans ce qui empêche la comparaison avec les autres dimensions d'incapacité. Après l'âge de 30 ans, l'activité sportive se maintient très bien au score 1, mais elle chute sévèrement dès le score 2, conformément aux taux d'ensemble.

Graphique 43



## 8. Conclusion

Comme on le voit au travers de ces différents résultats, chaque type d'incapacité affecte la pratique sportive, en institution, dans le sens où plus on a d'incapacités moins on pratique le sport. Mais cette relation ne s'applique pas aux incapacités de communication, de cohérence ou d'orientation, pour lesquelles l'aggravation du niveau d'incapacité ne s'accompagne pas d'une baisse graduelle du taux de pratique sportive.

Ce résultat peut sembler banal, si l'on considère que ce sont les incapacités motrices, de mobilité, et les troubles corporels en général qui créent une situation de handicap face à la pratique sportive.

A domicile, on peut remarquer que la pratique sportive des 5-74 ans décline linéairement avec les incapacités sensorielles, de mobilité et d'élimination. Elle décline moins vite avec les incapacités de souplesse et de ménage et plus vite, au contraire, avec les incapacités de toilette-habillage-alimentation et de cohérence-orientation.

A âge contrôlé, nous avons remarqué pour chaque type d'incapacité le maintien de l'activité sportive des adultes, sauf pour les incapacités d'élimination. L'institution semble mieux préserver l'activité sportive dans la situation générale d'incapacité. Mais l'institution est très peu favorable à l'activité sportive pour les personnes de 5-74 ans qui ne présentent pas d'incapacité. Ce paradoxe est apparu pour tout type de déficience et tout type d'incapacité.

## VII. Incapacités, désavantages sociaux, et intégration sociale chez les sportifs et les non sportifs

### A. Le handicap comme étiquette et comme désavantage social

#### 1. Le statut administratif : déclaré et reconnu comme handicapé ou pas ?

Un des premiers indicateurs que l'on peut retenir pour caractériser la situation de handicap est celui du statut administratif tel qu'il est disponible dans l'enquête dans les réponses aux questions des variables RALLOC et RINVAL.

La variable RALLOC renseigne sur l'attribution d'une allocation ou pension liée à des problèmes de santé, et la variable RINVAL sur la reconnaissance officielle d'un taux d'invalidité ou d'incapacité.

En institution, les résultats obtenus montrent que globalement les sportifs reçoivent plus souvent une allocation ou une pension que les non sportifs, mais le fait de percevoir une allocation varie avec l'âge. En effet, chez les 5-74 ans, 62,7% des personnes déclarent percevoir une allocation ou une pension. Les sportifs eux sont 66,6% à en recevoir une, tandis que les non sportifs sont 60,8% dans ce cas. Cependant, on voit que c'est entre 25 et 54 ans que le taux de perception d'une allocation ou d'un revenu pour un problème de santé est le plus important, et ceci pour la population institutionnelle dans son ensemble (5-74 ans). Avant 25 ans et après 55 ans les taux diminuent notablement, et l'on obtient une courbe en U inversé. Les différences entre sportifs et non sportifs sont particulièrement importantes **chez les jeunes**, puisque entre 5 et 24 ans, **les sportifs sont toujours moins souvent bénéficiaires d'une allocation** que les non sportifs (écarts de 8,5 à 12,5 points). Ensuite les différences s'estompent fortement, même si l'on remarque que de 25 à 54 ans, les sportifs sont plus souvent allocataires que les non sportifs, et qu'ensuite, le rapport s'inverse.

**Tableau 63 - Taux de personnes recevant une allocation ou revenu pour un problème de santé selon l'âge, chez les sportifs et les non sportifs (ap.pond.)– Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 --5-74 ans.**

Tx de pers. recevant une alloc ou revenu/pb de santé (en % pondérés) (RALLOC=1)	Inst. Non Sportifs	Inst. Sportifs	Inst.	Dom. 1def et + Non sportifs	Dom. 1def et + Sportifs	Dom. 1def et +	Dom. Non sportifs	Dom. Sportifs	Dom.
5-14	55,58	43,10	47,22	4,59	2,11	3,04	1,7	0,6	0,9
15-24	69,88	61,4	64,86	4,68	4,97	4,81	1,3	0,9	1,1
25-34	83,59	84,98	84,21	9,77	3,22	7,03	2,9	0,9	2
35-44	79,86	81,43	80,44	8,97	12,59	9,9	3,9	2,1	3,1
45-54	80,02	83,01	80,87	20,79	9,36	17,3	9,8	4,2	7,7
55-64	61,15	57,19	60,61	17,91	4,62	12,58	13	2,5	7,7
65-74	36,04	33,18	35,84	8,70	12,87	9,64	6,5	8,3	7
Ensemble	60,83	66,64	<b>62,74</b>	11,95	6,39	<b>9,93</b>	5,62	2,05	<b>3,93</b>

A domicile, le taux de perception d'une allocation dans la population ayant déclaré une déficience ou plus est de 9,93% (3,93% de la population à domicile de 5 à 74 ans). C'est entre 45 et 64 ans que le taux d'allocation est le plus important.

Dans cette population (une déficience ou plus), **les sportifs reçoivent globalement presque deux fois moins souvent une allocation que les non sportifs**. Mais la variation entre les différentes tranches d'âge est importante : chez les 35-44 ans et les 65-74 ans, les sportifs sont plus nombreux que les non sportifs à recevoir une allocation.

En institution, en ce qui concerne la reconnaissance officielle d'un taux d'invalidité ou d'incapacité, on retrouve le même résultat global : les sportifs bénéficient plus souvent de cette reconnaissance. Et là encore les différences majeures entre sportifs et non sportifs apparaissent chez les jeunes (5-24 ans) dans le sens inverse : les jeunes sportifs sont toujours moins souvent bénéficiaires de la reconnaissance officielle d'un taux d'invalidité ou d'incapacité que les non sportifs.

**Tableau 64 - Taux de personnes à qui l'on a reconnu un taux d'invalidité ou d'incapacité, selon l'âge, chez les sportifs et les non sportifs (ap. pond.) – Enquête HID Institution 1998 -5-74 ans.**

Tx de pers. Reconnues avec un taux d'incapacité (en % pondérés) (RINVAL=1)	Inst. Non Sportifs	Inst. Sportifs	Inst.	Dom. 1 déf et plus Non sportifs	Dom. 1 déf et plus Sportifs	Dom. 1 déf et plus	Dom. Non sportifs	Dom. Sportifs	Dom.
5-14	77,8	49,6	58,6	5	2	3,1	1,8	0,6	0,9
15-24	70,5	65,4	67,3	5,6	4	4,9	1,6	0,8	1,1
25-34	87,1	85,9	86,5	12,8	7,8	10,7	3,9	2,1	3,1
35-44	83,4	78,9	81,7	<b>15,7</b>	<b>20,1</b>	16,8	6,9	4,4	5,7
45-54	80,2	82,7	81	27,1	11,6	22,4	12,7	5,1	9,9
55-64	63,4	69,3	64,3	25,2	9,1	18,8	18,3	4,7	11,5
65-74	35,3	33,9	35,2	<b>19,9</b>	<b>22,7</b>	20,6	14,6	14,9	14,7
Ensemble	63,9	71	<b>66,3</b>	18,4	10	<b>15,4</b>	8,59	3,30	<b>6,08</b>

A domicile, on voit qu'il est plus fréquent d'accéder, pour la population ayant une déficience ou plus, à une reconnaissance d'un taux d'invalidité ou d'incapacité (15,4%) que de percevoir une allocation ou une pension pour un problème de santé (9,9%).

Pour les différences entre sportifs et non sportifs, on peut faire les mêmes remarques que pour la perception d'une allocation, avec toujours une situation particulière des deux tranches d'âge repérées.

On peut donc dire qu'à domicile, dans la population présentant une déficience ou plus, les sportifs sont moins nombreux que les non sportifs à avoir été reconnus avec un taux d'invalidité ou d'incapacité, et à percevoir une allocation ou une pension. Si l'on raisonne classiquement, on peut penser que c'est parce que les sportifs ont en réalité des incapacités moins lourdes, et que c'est pour cela qu'ils font du sport. Nous vérifierons cela en contrôlant le score global d'incapacité.

Pour la population vivant en institution, on peut dire que la reconnaissance officielle du handicap est maximale chez les adultes de 25 à 54 ans (environ 80% de la population est

reconnue handicapée dans cette tranche d'âge). Chez ces adultes, les sportifs reçoivent une allocation légèrement plus souvent que les non sportifs, et ils sont moins souvent reconnus avec un taux d'invalidité ou d'incapacité.

Pour les jeunes (5-24 ans), les sportifs sont à la fois moins nombreux à recevoir une allocation et moins nombreux à avoir été reconnus avec un taux d'invalidité que dans le groupe des non sportifs.

Pour les personnes vieillissantes (55-74 ans), on retrouve la même tendance que chez les jeunes, les sportifs étant moins souvent officiellement inscrits comme personne handicapée que les non sportifs, mais avec des différences bien moins importantes que chez les jeunes. D'ailleurs, on note que plus de sportifs affichent une reconnaissance d'invalidité que les non sportifs encore chez les 55-64 ans.

En institution, il n'y pas donc globalement plus de reconnaissance administrative du handicap chez les sportifs que chez les non sportifs adultes. Chez les jeunes une tendance est notable : les sportifs sont moins souvent reconnus officiellement comme handicapés que les non sportifs.

On peut penser que cela peut être lié aux incapacités des sujets : on peut comprendre que quand les incapacités sont importantes, les jeunes font moins souvent du sport, et sont reconnus plus tôt comme handicapés.

En réalité ce n'est pas tout à fait ce que l'on observe : en institution, à niveau d'incapacité contrôlé par le score global d'incapacité, les sportifs sont toujours plus nombreux à être reconnus administrativement comme handicapés que les non sportifs.

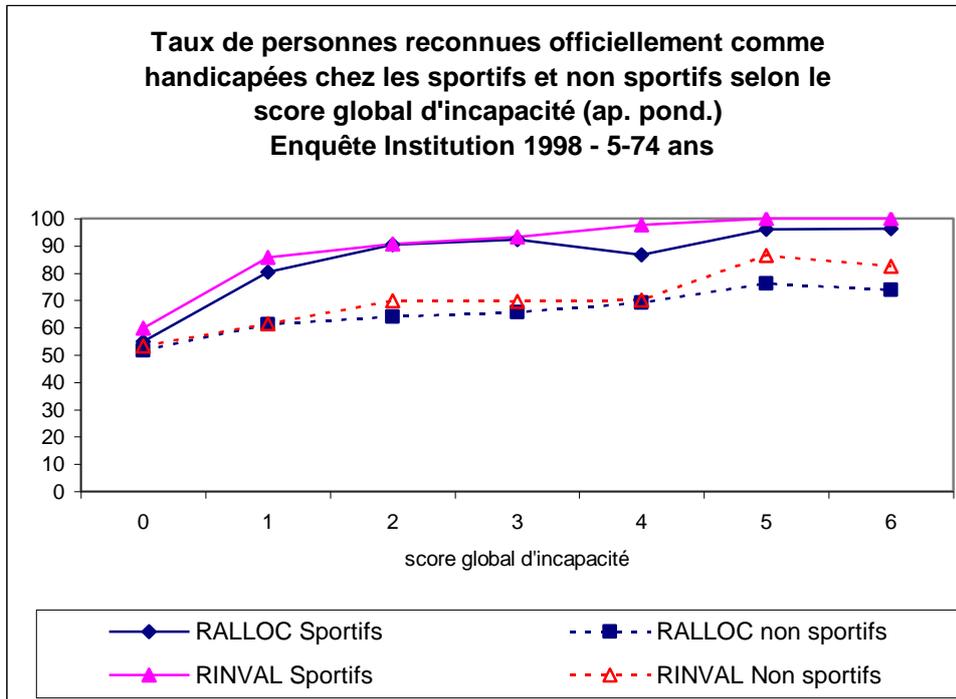
Si la reconnaissance administrative augmente avec le score global d'incapacité, on voit que au score 0 les différences entre sportifs et non sportifs existent mais de façon limitée, comme on le voit sur le graphique suivant. C'est à partir du score 1 que la rupture se met en place avec 20 à 25 points d'écart entre sportifs et non sportifs, ces derniers restant peu reconnus administrativement sur les deux indicateurs ici retenus (61%), alors que les sportifs accèdent à une reconnaissance officielle en tant que personne handicapée pour plus de 80% d'entre eux.

**Tableau 65 – Taux de reconnaissance administrative du handicap chez les sportifs et non sportifs selon le score d'incapacité global (ap. pond.) – Enquête HID Institution 1998 – 5-74 ans.**

Score global d'incapacité (% pond.)	Institution RALLOC Sportifs	Institution RALLOC - non sportifs	Institution RINVAL Sportifs	Institution RINVAL Non sportifs	Domicile 1 déf et plus RALLOC Non sportifs	Domicile 1 déf et plus RALLOC Sportifs	Domicile 1 déf et plus RINVAL Non sportifs	Domicile 1 déf et plus RINVAL Sportifs
0	54,83	51,66	59,83	53,28	8,59	5,53	13,04	9
1	80,49	61,33	85,64	61,35	27,29	23,14	45,88	31,63
2	90,47	64	90,63	69,78	33,90	64,5	53,81	68,30
3	92,28	65,71	93,25	69,55	44,01	69,5	72,79	83,19
4	86,77	69,27	97,55	70,17	70,46	92,6	85,64	93,27
5	96,07	76,08	100	86,52	63,14	100	78	100
6	96,21	73,91	100	82,49	75,25	100	94,78	100
7	89	71,6	100	78,31	62,17	100	71,14	100
8	100	64,75	100	94,42	53,23	-	78,11	-
9	100	71,45	100	91,21	37,10	-	91,30	-
10		0			-	-	-	-
Total	66,64	60,83	70,98	63,89	11,83	6,37	18,25	9,99

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

Graphique 44

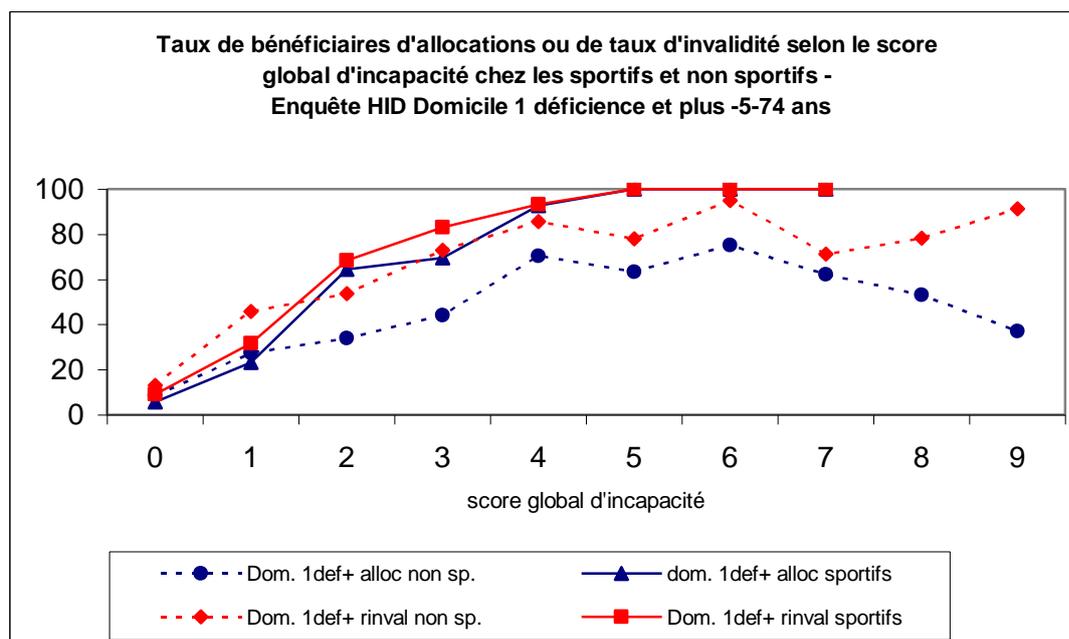


A domicile, les taux d'allocataires et de personnes recevant des allocations augmentent très vite avec le score global d'incapacité, et on le voit, les sportifs accèdent moins souvent à ce type de reconnaissance administrative du handicap aux scores 0 et 1. Par contre, au score 3 (dernier score utilisable pour des raisons d'effectifs), les sportifs, d'un coup, sont beaucoup plus nombreux que les non sportifs à être reconnus officiellement comme « handicapés ».

Il apparaît donc que le sport, à incapacités légères, est lié à une plus faible reconnaissance officielle du handicap, et qu'ensuite, bien au contraire il est lié avec une plus grande reconnaissance officielle.

On peut dire qu'on retrouve ici, chez les personnes vivant à domicile, mais ayant des scores d'incapacité globale supérieurs à 2 le même type de différence entre sportifs et non sportifs que celui observé en institution dès le score 1, et que l'on peut voir très clairement sur le graphique ci-dessous. Ici les différences entre sportifs et non sportifs sont moindres en ce qui concerne le taux d'invalidité, mais pour les allocations ou pensions, la différence est de 30 points au score d'incapacité 2.

Graphique 45



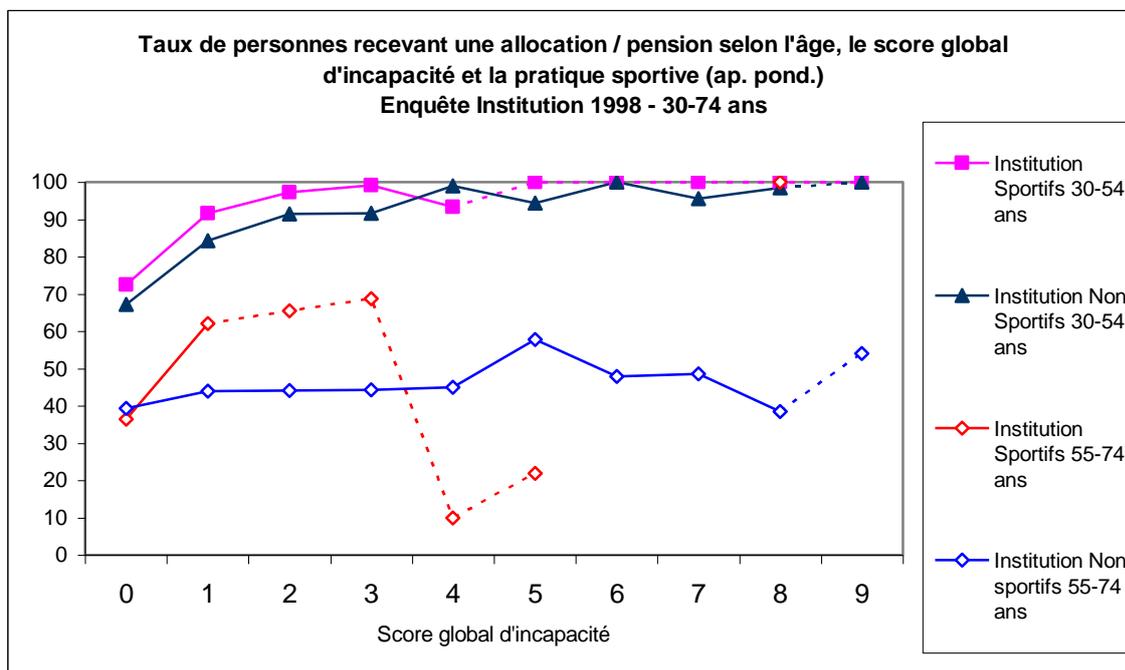
Compte tenu des résultats préalables sur les liens entre pratique sportive et âge, pour conclure définitivement, nous allons, sur la variable RALLO, contrôler simultanément l'âge et le score d'incapacité, pour visualiser l'impact spécifique de la pratique sportive sur le taux de réception d'une allocation ou d'une pension. Le tableau suivant montre que dans la population « Institution », chez les jeunes (5-29 ans), les taux d'allocataires sont très proches chez les sportifs et les non sportifs, à score d'incapacité contrôlée. Chez les adultes (30-54 ans), une tendance globale est repérable : les sportifs, à score d'incapacité équivalent sont plus souvent allocataires que les non sportifs du score 0 au score 3. Pour les plus âgés (55-74 ans), le faible nombre de sportifs limite la lecture, mais on peut dire que la même tendance que chez les adultes se retrouve du score 0 au score 3, avec une différence plus marquée.

**Tableau 66 - Taux de personnes recevant une allocation / pension selon l'âge, le score global d'incapacité et la pratique sportive (ap. pond.) Enquête Institution 1998 - 5-74 ans**

SGI / RALLO C (% pond.)	Inst. Sportifs 5-29 ans	Inst. Non sportifs 5-29 ans	Inst. Sportifs 30-54 ans	Inst. Non Sportifs 30-54 ans	Inst. Sportifs 55-74 ans	Inst. Non sportifs 55-74 ans
0	47,9	48,8	72,5	67,1	36,4	39,3
1	75,7	68,7	91,6	84,3	62	44
2	88,9	85,1	97,2	91,4	65,5	44,1
3	87	93,6	99,2	91,7	68,8	44,2
4	88,7	89,1	93,4	99	10	45
5	100	96	100	94,4	21,8	57,8
6	92,6	92,5	100	100	-	47,9
7	86,6	85,3	100	95,6	-	48,5
8	100	93,5	100	98,4	100	38,4
9	100	94,1	100	100	-	54,1
10	-	-	-	-	-	0
Total	59,7	69,4	82,5	81,2	44,7	43,5

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

Graphique 46



A domicile, on voit qu'à âge et incapacité contrôlés, les effectifs sont très limités. Mais ce sont les non sportifs qui sont plus souvent bénéficiaires d'une allocation ou d'une pension, sauf chez les 30-54 ans, ou à score global d'incapacité égal à un, les sportifs sont beaucoup plus souvent allocataires que les non sportifs. On retrouve le même résultat pour le taux d'invalidité.

Tableau 67- Taux de personnes recevant une allocation / pension et bénéficiaires d'un taux d'invalidité selon l'âge, le score global d'incapacité et la pratique sportive – Enquête HID Domicile 1999 -5-74 ans.

SGI / RALLO C (% pond.)	Dom. Sportifs 5-29 ans	Dom. Non sportifs 5-29 ans	Dom. Sportifs 30-54 ans	Dom. Non Sportifs 30-54 ans	Dom. Sportifs 55-74 ans	Dom. Non sportifs 55-74 ans
0	0,4	0,8	2,2	4,6	4,17	6,67
1	29,3	48,7	63,7	36,8	10,9	20,2
2	95,7	79,9	49,5	54,9	36,6	22,9
3	100	91,3	91,7	75,5	0	26,4
4	88,9	84,6	98,25	91,5		57,5
Total	0,72	1,58	2,57	6,34	4,4	9,14
SGI / RINVAL (% pond.)	Dom. Sportifs 5-29 ans	Dom. Non sportifs 5-29 ans	Dom. Sportifs 30-54 ans	Dom. Non Sportifs 30-54 ans	Dom. Sportifs 55-74 ans	Dom. Non sportifs 55-74 ans
0	0,7	1,1	3,6	6,7	7,6	10,6
1	36,7	57,2	76,7	52	18,9	41,4
2	97,7	87	48,4	67,8	46,1	46,2
3	89,8	93,1	91,7	86,4	63,7	65,2
4	88,9	94,1	100	96,3		78,7
Total	3,9	1,9	3,9	9	8	16

On peut donc dire qu'en institution, à niveau d'incapacité contrôlé, la reconnaissance administrative d'un handicap est liée à la pratique sportive dans un sens un peu inattendu : ce sont les sportifs qui sont le plus souvent étiquetés comme handicapés. Ceci est vrai à tous les âges sauf pour les jeunes, pour lesquels à score d'incapacité contrôlé, on peut difficilement distinguer les sportifs des non sportifs.

A domicile également, d'une manière générale, les sportifs sont plus souvent reconnus officiellement par le biais d'une allocation ou d'un taux d'invalidité, dès lors que le score d'incapacité global atteint 2. Cependant à âge et incapacité contrôlés seuls les 30-54 ans confirment cette tendance au score 1.

On peut donc dire qu'à incapacité équivalente, les sportifs sont plus souvent reconnus administrativement comme handicapés que les non sportifs, dès que des incapacités se révèlent.

Le sport est ici un indicateur d'une plus grande reconnaissance administrative des incapacités. A moins qu'il faille penser que à reconnaissance administrative égale d'un handicap, les sportifs déclarent moins d'incapacités que les non sportifs.

## **2. L'accès aux rôles sociaux considérés comme « normaux » comme évaluation du désavantage social**

D'un point de vue théorique, le handicap est défini comme production sociale dans la rencontre entre des déficiences et des incapacités et un environnement social structuré par des normes. La déficience et/ou l'incapacité ne se transforment effectivement en handicap que dès lors que celles-ci se révèlent limitantes dans l'accès du sujet à une participation sociale « normalisée » et donc à des rôles sociaux « normaux ». Pour vérifier cela, il convient de sélectionner quelques aspects particulièrement normés de la vie sociale et de mesurer l'accès des personnes présentant des incapacités à ces rôles, puis de comparer celui-ci à l'accès « normal » à ces rôles.

Partant de ce point de vue, nous avons sélectionné différents points sur lesquels l'enquête produit des informations précises.

- la libre circulation et l'accès aux espaces publics
- l'accès à la scolarité et aux diplômes
- le fait de partir en vacances
- l'accès à une activité professionnelle
- l'accès au statut marital et parental pour les adultes
- l'accès aux spectacles culturels et sportifs

### **a) La limitation d'accès aux lieux extérieurs : un désavantage dans la libre circulation**

Nous avons retenu la variable TACCES : « Au cours de trois derniers mois, y-a-t-il des endroits auxquels vous n'avez pas pu accéder en raison d'un handicap ou d'un problème de santé » comme variable rendant compte d'un désavantage dans la possibilité d'accomplissement de rôles sociaux ordinaires.

Dans ce cadre, nous travaillons avec une population institutionnelle de 7095 sujets en effectifs bruts, les personnes étant confinées à l'intérieur de l'institution n'étant pas concernées par cette question. Pour la population en institution, la grande majorité des personnes (92,6% ap. pond.) ne déclarent pas de limitation d'accès en raison d'un handicap. La différence entre sportifs et non sportifs existe cependant, puisque 4,4% des sportifs déclarent une limitation d'accès contre 7,7% des non sportifs. Cette différence existe à tous les âges, les sportifs déclarant toujours moins souvent que les non sportifs des limitations d'accès.

Si l'on restreint ce traitement au public en fauteuil roulant (BDPI2=5), pour évaluer la limitation d'accès dans sa dimension architecturale, nous avons un groupe de 514 sujets (eff. bruts). Chez les utilisateurs de fauteuil roulant, 26,34% déclarent une limitation d'accès dans les trois derniers mois, c'est-à-dire plus d'un quart de la population. Par contre, d'une manière générale on ne note pas de différence notable entre sportifs et non sportifs.

Pour la population à domicile, on a seulement 0,7% des sportifs qui déclarent une limitation d'accès en raison d'un handicap, et 2,4% chez les non sportifs. Par contre, dans cette population qui vit à domicile, les personnes en fauteuil roulant se déclarent très souvent limitées dans l'accès à certains lieux, et les sportifs en particuliers puisque 54,8% d'entre eux font cette réponse, pour seulement 42,5% des non sportifs.

Il est clair que cette question d'accessibilité limitée à des lieux en fonction d'un problème de santé renvoie essentiellement à une question d'accessibilité architecturale qui concerne principalement les personnes présentant des déficiences motrices et des capacités limitées de déambulation. A ce titre, ce sont principalement les personnes en fauteuil roulant qui sont en situation de désavantage massif.

Visiblement, ceux qui vivent en institution sont moins confrontés à des problèmes d'accessibilité, que ceux qui vivent en milieu ordinaire. On peut penser tout simplement qu'ils sortent moins souvent d'un environnement matériel adapté (logement ou institution) que ceux qui vivent à domicile. C'est dans ce sens également qu'on pourrait interpréter le fait que les sportifs en fauteuil sont plus nombreux à être confrontés à ces limitations. Typiquement ici, c'est l'insertion dans le milieu ordinaire qui accentue la situation de handicap, en augmentant les interactions avec un environnement matériel inadapté au déplacement en fauteuil roulant.

Cependant on aurait pu penser (et c'était notre hypothèse) que les sportifs se déplaçaient plus et avaient développé des techniques et savoir-faire spécifiques dans cet environnement, qui feraient baisser pour eux l'inaccessibilité de certains lieux.

Il n'en est rien...

Comme on le voit dans le tableau suivant (même si des limitations d'effectif posent problème), à domicile, les sportifs se déclarent moins limités dans l'accès que les non sportifs du score d'incapacité 0 au score 2. Ensuite une inversion de tendance se dessine.

**Tableau 68 – Taux de personnes déclarant être limitées dans l'accès à certains endroits chez les sportifs et les non sportifs, selon le score global d'incapacité (ap. pond.) – Enquête HID Institution 1998 – 5 -74 ans**

TACCES/ Score global d'incapacité (% pond.)	Limitation d'accès sportifs Inst.	Limitation d'accès non sportifs Inst.	Limitation d'accès sportifs Domicile.	Limitation d'accès non sportifs Domicile.
0	3	3,8	0,6	1,4
1	4,3	6,3	8,8	18,7
2	9,5	9,4	9,6	23,2
3	8,7	14,6	30,3	28,6
4	12,5	18,6	36,2	22,3
5	14,9	23,7	100	35,4
6	15,4	16,9	100	15,9
7	15,9	18,6	0	55,7
8	0	21,5	-	31,4
9		10,6	-	100
10			-	-
Total	4,4	7,7	0,7	2,4

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

L'âge a un certain impact également sur cette déclaration de limitation des accès, puisque globalement les déclarations de limitations augmentent avec l'âge. Cependant, chez les non sportifs en vivant en institution cette tendance n'est pas observée.

Lorsqu'on contrôle l'âge et le score global d'incapacité, peu de résultats sont utilisables. On peut dire qu'au score global d'incapacité de 0, l'avancée en âge fait augmenter cette limitation d'accès, sauf chez les non sportifs vivant en institution. Au score d'incapacité 1, les jeunes non sportifs (5-29 ans), en institution comme à domicile se déclarent plus souvent limités dans leurs accès que les autres tranches d'âge.

**Tableau 69- Taux de personnes déclarant être limitées dans l'accès à certains endroits selon l'âge et le score global d'incapacité, chez les sportifs et non sportifs (ap. pond.) – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans.**

TACCES/ Score global d'incapacité (% pond.)	Limitation d'accès sportifs Inst.			Limitation d'accès non sportifs Inst.			Limitation d'accès sportifs Domicile.			Limitation d'accès non sportifs Domicile.		
	5-29	30-54	55-74	5-29	30-54	55-74	5-29	30-54	55-74	5-29	30-54	55-74
0	2,2	3,4	6	4,3	4	3,5	0,3	0,4	2,1	0,3	1,4	2,8
1	4,4	4,4	3	8,1	5,7	6,3	4,4	12,5	10	24,2	18,5	18,4
2	8,6	6,3	28,8	10,7	10,5	8,6	9	17,5	4,8	15,4	33,3	20,1
3	9,9	8,5	0	11,3	8,5	20,5	32,5	22,6	37	15,2	48,4	23,2
4	13,8	11,7	0	8,3	16	25,9	50,6	3,14		40,2	23,9	17
5	16,9	13,4	0	11,1	26,5	28,1	100			35,2	49,4	29,6
6	10,8	19,4		10,5	25,8	12,8	100			15,9	14,9	16,7
7	20,7	0		13,7	21	26,5	0			79,7	37,3	17,6
8	0	0		18,6	31,7	14,4				61	0	0
9				0	100							100
10												
Total	3,81	4,65	7,29	7,24	7,9	7,65	0,35	0,43	2,33	0,54	2,18	5,05

On peut dire que le désavantage dans l'accessibilité aux lieux sociaux ordinaires est relativement faible en moyenne pour la population vivant en institution, comme à domicile.

Les sportifs, en général, ont moins de problème d'accessibilité que les non sportifs et ce à âge contrôlé.

La population des personnes en fauteuil roulant par contre est très désavantagée en terme d'accessibilité, que ce soit en institution (un quart des personnes le déclarent), ou à domicile (environ la moitié des personnes). Les sportifs en fauteuil, vivant à domicile se déclarent plus souvent désavantagés que les non sportifs.

On pourrait dire que « quand on a des incapacités, plus on sort, plus il y a d'endroits où on ne peut accéder ».

La pratique sportive est globalement associée à un allègement de ce désavantage d'accessibilité. Mais à domicile, les sportifs en fauteuil, et les sportifs présentant un score d'incapacité supérieur à deux se déclarent plus limités que les non sportifs.

**b) L'accès ou la limitation d'accès à la scolarité et aux diplômes  
(MODS : SETUDE, SDIPLO, SGENED, STECED)**

La scolarité obligatoire et l'accès aux diplômes scolaires et/ou professionnels constituent des indicateurs de normalité très forts en terme de rôle social, et c'est à ce titre que nous les retenons ici.

La variable **SETUDE** permet de prendre la mesure, en particulier, de l'absence de scolarisation (mod. 4 : jamais scolarisé).

Dans la population vivant en institution, il convient de souligner que 17,9% des personnes de 5 à 74 ans, n'ont jamais été scolarisées, ce qui correspond à environ 9225 sujets en effectif pondéré.

Les groupes de sportifs et de non sportifs se différencient sur cette variable des études, ce qui est facilement compréhensible au regard du fait que l'éducation physique scolaire (en établissement spécialisé ou ordinaire) entre vraisemblablement en ligne de compte. Dans chacun des groupes, le taux de pratique sportive est bien différent : ceux qui suivent des études sont sportifs dans 70,8% des cas, et ceux qui ont terminé leurs études, ou bien n'ont jamais été scolarisés pratiquent dans environ 25% des cas. Le groupe n'ayant jamais été scolarisé est cependant plus jeune, en moyenne que ceux qui ont terminé leurs études, ce qui signifie qu'à âge égal, ce groupe pratique moins le sport que ceux qui ont terminé leurs études.

On notera qu'au-delà de l'effet d'âge sous jacent à cette variable, le groupe des non scolarisés, est celui, qui, à âge égal, présente le taux de pratique sportive le plus bas (une exception doit être signalée pour les 55-64 ans, classe d'âge dans laquelle les non scolarisés pratiquent plus que ceux qui ont terminé leurs études).

**Tableau 70 – Taux de pratique sportive selon les études (SETUDE) (ap. pond.)– Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 -5-74 ans**

SETUDE (% pond.)	Institution Tx prat. Sp.	Institution Age moyen du groupe	Domicile Tx prat. Sp.	Domicile Age moyen du groupe	Dom. 1déf ou + TPS	Dom. 1déf ou + Age moyen du groupe
Suit des études	70,8	14,6 (Ec. T. = 4)	67,70	13,1 (Ec. T.=5,6)	59,5	12,9 (Ec. T. =5,9)
Etudes terminées	25,5	51,7 (Ec. T. = 16,9)	41,30	44,9 (Ec. T. =14,8)	31,7	50,6 (Ec. T. = 15)
Jamais scolarisé	26,6	39,4 (Ec. T. = 16,8)	15,9	47,6 (Ec ; T. =16,7)	6	56,5 (Ec. T. =13,6)
Tous	32,8		47,3		36,2	

A domicile, on voit que ceux qui suivent des études sont moins sportifs qu'en Institution, l'âge moyen des deux groupes étant comparable. Il est difficile d'expliquer cet état de fait précisément. Les personnes déficientes à domicile, qui suivent des études présentent un taux de pratique sportive encore plus bas, confirmant encore ici que la prise en charge institutionnelle des jeunes déficients favorise leur pratique sportive.

Ceux qui ont terminé leurs études sont par contre bien plus sportifs quand ils vivent à domicile que ceux vivant en institution, et également plus jeunes. Mais cette population

représente la population française globale. Si l'on ne retient que ceux qui ont une déficience ou plus, vivant à domicile, on voit que leur taux de pratique sportive dépasse encore celui des personnes en institution, les âges moyens des deux groupes étant comparables. On doit constater ici la situation inverse de celle observée chez ceux qui font des études : ceux qui vivent en institution en ayant terminé leurs études sont moins sportifs que leurs homologues vivant à domicile.

Ceux qui n'ont jamais été scolarisés et qui vivent à domicile sont par contre beaucoup moins sportifs que leurs homologues hébergés en institution, mais les groupes sont très différents du point de vue de l'âge.

Pour le sous-groupe des personnes en fauteuil roulant, 835 sujets bruts vivant en institution ont répondu. Dans ce sous groupe particulier, seulement 4,5% suivent actuellement des études, 70,9% les ont terminées, et presque un quart n'a jamais été scolarisé (24,6%). Le taux de pratique sportive est très faible sur l'ensemble de ce sous-groupe (6%), mais dans ceux qui suivent des études (149 sujets) le taux de pratique sportive est élevé puisqu'il atteint 56,2%. Par contre dès lors que les études sont terminées la pratique sportive disparaît quasi-totalement puisqu'on obtient un taux de pratique sportive de 3,36%.

En Institution comme à domicile, ceux qui font des études sont les plus sportifs, et ceux qui les ont terminées sont également plus sportifs que ceux qui n'ont jamais été scolarisés.

Ce constat est intimement relié avec l'âge en ce qui concerne le saut entre les groupes « suit des études » et « études terminées ».

Il convient de noter que l'accès aux études est largement déterminé par le niveau d'incapacité puisque lorsque le score d'incapacité global passe à 2, la part des jeunes (5-14 ans) non scolarisés dépasse les 15%, alors que le taux moyen de non scolarisation dans cette tranche d'âge est de 12,9%. Au score global d'incapacité de 5, on dépasse les 50% de non scolarisés dans cette tranche d'âge.

L'accès aux études n'est donc pas de l'ordre de l'évidence pour tous. Qu'en est-il des relations avec le sport ? On sait que les jeunes scolarisés et vivant en institution sont très sportifs. C'est l'école même qui produit cet effet. Mais y-t-il une différence en terme d'accès aux études si l'on considère les sportifs et les non sportifs ? Et plus précisément, à niveau d'incapacité égale, peut-on voir des différences de scolarisation entre les sportifs et les non sportifs ? Les résultats ne sont guère probants, montrant surtout l'impact régulier et déterminant du niveau d'incapacité sur l'augmentation inéluctable de la part d'enfants non scolarisés. On voit dans le tableau ci-dessous

A domicile par contre la part des personnes « jamais scolarisées » est infime, et l'on ne peut conclure quant à la place du sport.

**Tableau 71 – Taux de jeunes « jamais scolarisés » chez les sportifs et non sportifs de 5 à 24 ans selon le score d'incapacité global – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans.**

SETUDE/ Score global d'incapacité	Sportifs Inst. Jamais scol.	Non sportifs Inst. Jamais scol.	Sportifs Dom. Jamais scolarisés	Non Sportifs Dom. Jamais scolarisés
--------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------------

(% pond.) 5-24 ans				
0	1,3	2	0,5	0,7
1	7,4	12	0,9	0
2	19,8	21,6	2,9	0
3	30,8	39,9	0	10,2
4	45	44,7	0	16,9
5	52,6	43,8	0	44,6
6	38,4	75	6,4	30,9
7	53	79,1	0	14,6
8	70	88,9	-	92,9
9	0	90	-	-
10			-	-
Total	7	28,2	0,5	0,8

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

En ce qui concerne le lieu de la scolarisation, la variable **SCLASS** permet de savoir quelle est la part des enfants fréquentant des établissements ordinaires ou des établissements spécialisés, c'est-à-dire de vérifier, en fonction de l'espace de scolarisation, ce qu'il en est de la pratique sportive, pour les jeunes.

En institution 2518 jeunes ont répondu à cette question, 1255 ont de 5 à 14 ans, 1229 de 15 à 24 ans, 26 de 25 à 34 ans, et 3 de 35 à 44 ans.

La répartition dans le type de classe fréquenté montre que sur l'ensemble de ces élèves 86% sont dans des établissements spécialisés (76,6% sont scolarisés dans un établissement spécialisé des ministères de la santé ou affaires sociales, 6,1% dans un établissement spécialisé de l'éducation nationale, et 3,3% dans un autre établissement spécialisé), et que 13,3% sont scolarisés dans des établissements ordinaires (6,2% sont dans une classe ordinaire d'un établissement ordinaire, 7,1% dans une classe spécialisée d'un établissement ordinaire). On le voit, l'insertion scolaire est limitée pour ces jeunes hébergés en institution spécialisée. Le taux de pratique sportive de ces élèves est relativement élevé (70,5%), ce qui est normal au regard de leur âge et cohérent avec les résultats précédents.

Il est cependant intéressant de noter les différences entre les taux de pratique sportive, selon le type de classe fréquentée. Les taux de pratique sportive des élèves sont les plus élevés dans les classes spéciales des établissements scolaires ordinaires (maternelle et primaire) et dans les établissements spécialisés des ministères de la santé et des affaires sociales. Le groupe présentant le taux de pratique sportive le plus bas (61,1%) est celui des élèves scolarisés en classe ordinaire. On peut penser que la classe ordinaire produit donc globalement un désavantage dans l'accès à la pratique sportive des jeunes.

Dans les personnes en fauteuil roulant, les effectifs sont trop faibles pour effectuer une comparaison selon les types de classes. Simplement on notera que 54,6% des jeunes en fauteuil scolarisés le sont dans des établissements spécialisés des ministères de la Santé ou des Affaires Sociales, et que, dans ce cas, leur taux de pratique sportive est de 59,8%.

Il est très frappant de voir, dans le tableau suivant que lorsqu'un enfant qui vit à domicile est scolarisé dans une classe ou un établissement spécialisé, il a beaucoup moins de chances de pratiquer un sport régulièrement. On voit que dans cette situation, ce sont les établissements dépendants des ministères de la santé et des affaires sociales, où les enfants

peuvent être accueillis en externat, ou en demi-pension donc, qui sont ceux dans lesquels le taux de pratique est le plus bas (31,6%).

Ceci dit, l'immense majorité des enfants présentant une déficience ou plus et vivant à domicile fréquente des établissements scolaires ordinaires (92,3% des non sportifs et 96,7% des sportifs), ce qui se comprend aisément quand on note que 97,1% des enfants vivant à domicile avec une déficience ou plus ont un score global d'incapacité de 0. Le groupe de ceux qui, vivant à domicile, sont scolarisés dans des établissements spécialisés du ministère de la Santé ou des Affaires Sociales (135 en eff. brut dans le croisement entre sclass et sglobal) présente des incapacités nettement plus lourdes (seuls 63,6% ont un score global d'incapacité de 0).

On note également que c'est dans les classes ordinaires des établissements ordinaires que le taux de sportifs est le plus élevé, pour les jeunes vivant à domicile. Les enfants venant d'institution et qui sont scolarisés dans ce type de classes n'ont pas le même accès au sport que leurs camarades vivant à domicile (61,1% contre 69,3%). Mais on voit que les jeunes vivant à domicile avec une déficience ou plus ont un taux de pratique sportive, lorsqu'ils sont en classe ordinaire, très proche de celui des enfants venant d'institution (62,2%).

**Tableau 72 – Taux de pratique sportive selon le type de classe fréquenté (ap. pond.) – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans**

Taux de pratique sportive (% pondéré) selon SCLASS		Institution TPS	Institution Obs. brutes	Domicile TPS	Domicile Obs. brutes	Domicile 1 def. ou +, TPS	Domicile 1 déf ou + Obs. brutes
0					17		11
Etablissements ordinaires	Classe ordinaire	<b>61,1</b>	147	69,3	996	62,2	466
	Classe spéciale, école primaire ou maternelle	75,9	73	53,5	85	40,2	70
	Classe spéciale, ens. Secondaire.	67,5	117	41,5	50	17,4	39
Etablissements spécialisés	Education nationale	67	182	61,3	21	60,2	20
	Santé, affaires sociales	72,1	1908	<b>31,6</b>	144	31,6	141
	Ministère inconnu	63,8	83	<i>91,2</i>	14	<i>92,1</i>	12
Ne sait pas					2		2
Total		70,5	2518	67,7	1329	59,5	761

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

Par ailleurs, si l'on distingue ceux qui sont scolarisés en établissement ordinaire (mod. 1, 2 et 3 ; eff. Brut =337) et ceux qui sont en établissement spécialisés (mod. 4, 5 et 6 ; eff. Brut = 2173), on peut dire que la scolarité en établissement spécialisé, pour ceux qui vivent en institution, favorise un peu la pratique sportive puisqu'on y trouve 71,4% de sportifs, pour seulement 66,1% en établissement scolaire ordinaire.

Cette réalité se confirme à niveau d'incapacité contrôlé (score global d'incapacité), même si pour les jeunes scolarisés en établissement ordinaire, le score global d'incapacité est pour presque 85% d'entre eux égal à zéro.

Pour les jeunes vivant à domicile, le taux de pratique sportive de ceux qui sont scolarisés en établissement ordinaire (mod. 1, 2 et 3 ; eff. Brut 1131) est de 68,4%, contre 49,2% lorsqu'ils sont scolarisés en établissement spécialisé (mod. 4, 5 et 6, eff. Brut 179).

Si on vérifie cela, par score global d'incapacité, on ne peut contrôler que les scores 0 et 1, pour des problèmes d'effectif. Mais dans ce cas, la scolarisation en milieu ordinaire est bien associée à des taux de pratique sportive plus élevés.

Dans les jeunes vivant en Institution, les plus sportifs sont ceux qui sont dans des classes spécialisées de maternelle ou de primaire en établissement ordinaire, et ceux qui sont scolarisés dans des établissements des ministères de la santé ou des affaires sociales.

Pour ceux qui vivent à domicile, la scolarisation en établissement ou en classe spécialisés fait chuter le taux de pratique sportive, même à niveau d'incapacité contrôlé (scores 0 et 1).

L'intégration dans les classes ordinaires des jeunes vivant en institution concerne dans une immense majorité des jeunes n'ayant que des incapacités très légères. Malgré cela, dans ce cadre, il sont moins sportifs que les autres élèves de ces classes, mais aussi beaucoup moins sportifs que tous ceux qui sont scolarisés dans des espaces spécialisés.

En conclusion on voit que : les jeunes vivant en institution sont plus sportifs quand ils sont scolarisés dans des espaces spécialisés et à l'inverse les jeunes qui vivent à domicile sont moins sportifs quand ils sont scolarisés dans ces mêmes espaces...

**La variable SDIPL0** renseigne sur la possession de diplômes dans une population limitée aux 15-74 ans ayant été scolarisés.

En institution cela renvoie à 5989 sujets, représentant 199 822 personnes. Le résultat ici encore est intéressant, puisque les diplômés affichent un taux de pratique sportive (ap. pond.) de 22,4%, tandis que les non diplômés sont sportifs dans 36,7% des cas. Le taux moyen de pratique sportive de ce groupe interrogé sur les diplômes étant de 30%, il apparaît clairement ici que la poursuite d'étude et sa validation par les diplômes limitent la pratique sportive des personnes handicapées vivant en institution. Mais le contrôle par âge permet de mieux comprendre ce résultat surprenant. En effet, la répartition des diplômés dans les différentes tranches d'âge montre que 52% d'entre eux ont entre 55 et 74 ans, ce qui signifie que ce public de diplômés est largement dominé par des personnes vieillissantes, qui vraisemblablement n'ont pas passé toute leur vie en institution, mais y sont entrées pour des problèmes liés au vieillissement. Si l'on vérifie cela par un croisement avec la variable LDOMPR (domicile précédent), on voit que 57,4% des diplômés viennent effectivement d'un domicile indépendant.

**Tableau 73 – Taux de pratique sportive selon les diplômes et l'âge (ap. pond.) – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 15-74 ans.**

Taux de pratique sportive (en % pondérés)	Diplômés Institution	Diplômés Domicile	Non diplômés Institution	Non diplômés Domicile	Institution	Domicile
15-24	60,3	54,4	65,9	46,7	65	53,1
25-34	41,9	45	50	38,6	47,3	44,6
35-44	28,6	49,9	44,7	34,7	38,7	47,5
45-54	25,8	41,6	34,8	12,2	30,3	37,5
55-64	15,6	55,3	12,8	33,7	13,4	51,2
65-74	8,5	30,2	7,36	17,2	7,23	26,2
Ensemble	22,4	46,8	36,7	30,1	30	44

A domicile, c'est l'inverse qui apparaît, en conformité avec les connaissances établies : les diplômés sont plus sportifs (46,8%) que les non diplômés (30,1% de sportifs), et ce à tous les âges. La possession de diplômes est en lien positif avec la pratique sportive

On constate dans le tableau suivant, tout d'abord, le décalage massif entre les enquêtes Institution et Domicile en ce qui concerne les taux de personnes diplômées, notant également que la présence de déficience(s) à domicile n'affecte que très peu l'accès aux diplômes. Mais ceci est compréhensible, puisque le type de déficience dominant en Institution (Intellectuelle et psychique) est celui qui affecte le plus l'accès aux diplômes (dans sa dimension de déficience intellectuelle principalement), et qu'à domicile ce type de déficience est peu représenté. Les différences entre sportifs et non sportifs sont variables selon la population retenue.

**Tableau 74- Taux de personnes diplômées chez les sportifs et non sportifs selon l'âge décennal (ap. pond.) Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 - 15-74 ans.**

Taux de personnes diplômées (en % pondérés)	Non Sportifs Institution	Sportifs Institution	Institut.	Non sportifs Domicile	Sportifs Domicile	Domicile	Non sp. Domicile 1def. Et +	Sp. Domicile 1def. Et +	Domicile 1def. Et +
15-24	16,6	13,5	14,5	80,7	85	83	79,2	79,5	79,3
25-34	28,7	23,1	26,1	85	86,6	85,7	76,9	73,8	75,6
35-44	39,2	24,9	33,7	80,6	88,6	84,4	77,4	74,4	76,6
45-54	44,4	35,4	41,6	80,3	95,5	86	73,6	92	79,3
55-64	38,6	46,2	39,6	74,4	87,6	81,2	73,3	85,5	78,3
65-74	39,6	47,4	40,2	65,4	79,8	69,1	63,3	80,5	67,3
Ensemble	37,1	24,9	33,4	78,3	87,8	82,5	72,6	81,7	75,6

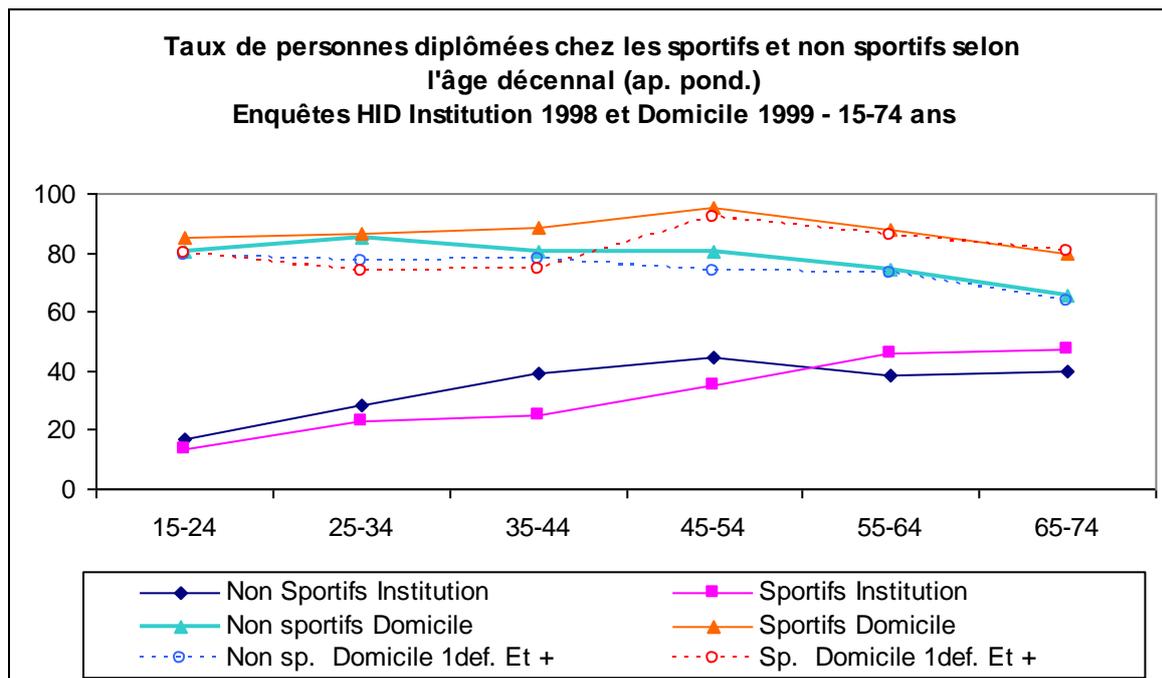
On voit très bien sur le graphique suivant d'une part que le taux de personnes diplômées vivant en institution augmente avec l'âge, et d'autre part que les sportifs sont moins souvent diplômés que les non sportifs, jusqu'à 55 ans. Cela renforce l'interprétation selon laquelle à partir de 55 ans, en institution, on change de public passant des personnes handicapées au sens classique, aux personnes âgées. On peut donc dire qu'il y a un taux très faible de diplômés en institution avant 55 ans, et que dans cette population de jeunes et d'adultes diplômés vivant en institution, le sport se présente comme un indicateur de désavantage pour l'accès aux diplômes. Ce sont les plus en difficulté dans l'accès aux

diplômés qui sont les plus sportifs. Là encore le type de déficience est vraisemblablement une des explications sous jacentes.

A domicile, les sportifs et les non sportifs se distinguent un peu plus tard qu'en institution. Pour la population globale c'est dans la tranche des 35-44 ans que les sportifs deviennent plus diplômés que les non sportifs. Pour les personnes déficientes à domicile, cette différenciation se réalise dans la tranche d'âge suivante, chez les 45-54 ans.

Il est intéressant de noter que le taux de personnes déficientes diplômées chez les sportifs rejoint celui des sportifs de la population globale à partir de 45 ans.

Graphique 47



En ce qui concerne les personnes en fauteuil roulant vivant en institution, la tendance est la même que pour l'ensemble de population institutionnelle : le groupe des sportifs (82 obs.) a un taux moyen de diplômés de 19,1%, les non sportifs (391 obs.) sont 38,1% à être diplômés.

Les gens ayant été scolarisés, qui vivent en fauteuil roulant à domicile, et qui sont sportifs sont très peu nombreux dans l'enquête (9 obs.), mais à titre indicatif on peut signaler que 92,1% d'entre eux (ap. pond.) sont diplômés (7/9). Ce sont des personnes mono-déficientes motrices (2) ou multi-déficientes sans problème psychique (4).

Chez les non sportifs le taux de diplômés tombe à 60,9%, sans que les déficiences majoritaires soient différentes.

On peut donc dire qu'en Institution, de 25 à 54 ans, les sportifs sont moins souvent diplômés que les non sportifs.

A l'inverse, à domicile, les groupes de sportifs et non sportifs se différencient à partir de 35 ans pour la population totale et à partir de 45 ans pour la population déficiente, les sportifs étant plus diplômés que les non sportifs.

On peut supposer ici, comme évoqué précédemment, que c'est le type de déficience qui joue le plus dans l'accès aux diplômes, et qui, en tant qu'élément différenciateur des populations vivant en institution et à domicile, et du taux de pratique sportive, permet de comprendre ces résultats.

En Institution, les taux de diplômés varie de 47,5% à 28,7% selon le type de déficience, les moins diplômés étant les multi-déficients avec problème intellectuel ou psychique et les mono-déficients intellectuels ou psychiques. Comme ces groupes de déficiences sont majoritaires dans les institutions et que leur taux de pratique sportive est élevé, les données sont cohérentes.

A domicile, les taux de diplômés varient de 86,7% (sans déficiences) à 49,6% (déficients du langage). Il est à noter que les mono-déficients visuels et auditifs affichent des taux de diplômés proches de celui des sans déficiences, tout comme les mono-déficients moteurs. Ce sont les multi-déficients et les déficients intellectuels et psychiques qui montrent les taux les plus bas : de 62 à 72% de diplômés. Puisqu'ils sont concentrés dans les âges élevés, c'est donc là que l'on voit les taux de diplômés s'écarter selon la pratique sportive.

A score d'incapacité contrôlé, les sportifs vivant en institution sont toujours beaucoup moins nombreux à être diplômés que les non sportifs, ce qui confirme bien qu'au-delà des niveaux d'incapacités, c'est surtout le type d'incapacité (déterminé par le type de déficience) qui joue ici.

A domicile, à score d'incapacité contrôlé, les sportifs sont plus diplômés que les non sportifs du score 0 au score 2 (ensuite les groupes de sportifs sont trop limités en effectif).

En Institution le sport se révèle donc comme un indicateur de désavantage dans l'accès aux diplômes.

A domicile, au contraire, les diplômes sont liés à un meilleur accès au sport, la différence se marquant principalement à partir de 35 ans dans la population globale, et de 45 ans pour la population avec une déficience ou plus.

### c) L'accès ou la limitation d'accès aux vacances

Les vacances sont ici considérées comme une activité sociale « normale », dans le sens où leur diffusion est telle que l'on peut considérer que « partir en vacances », que ce soit dans sa famille, en colonie ou en centre de vacances, entre amis, en couple, est une norme. Même si la dimension financière évidemment entre en ligne de compte, nous considérerons ici le fait de ne jamais partir en vacances comme un désavantage social.

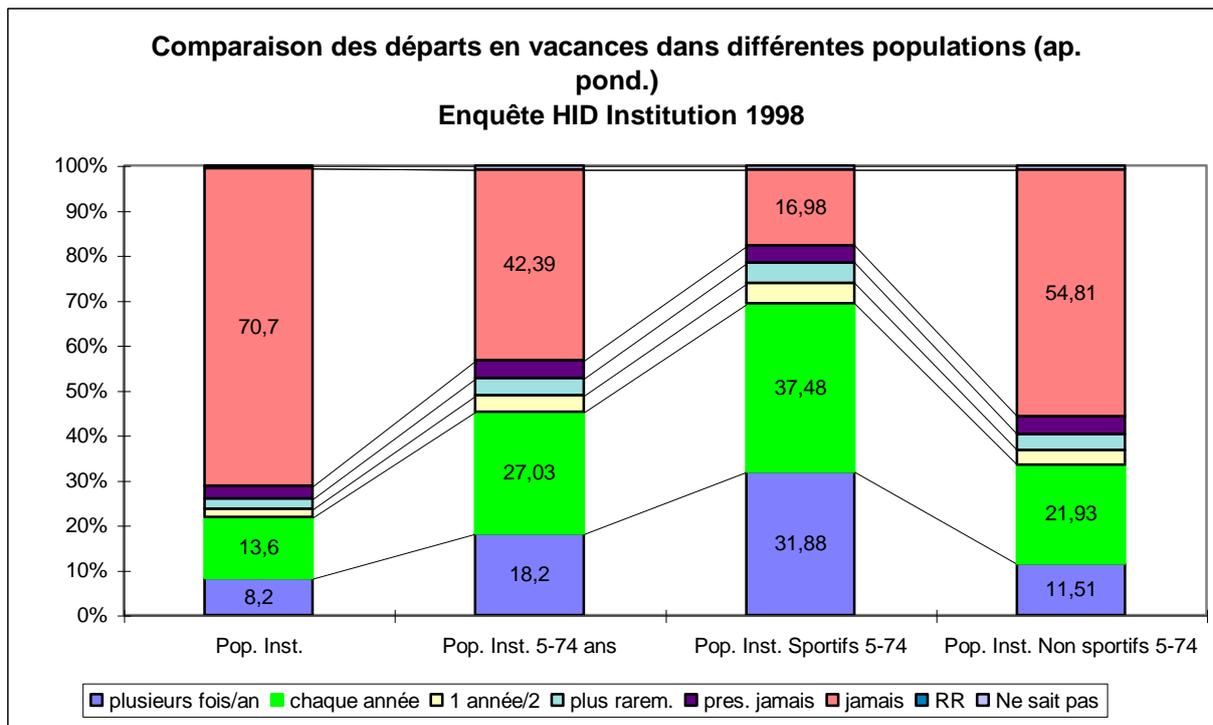
En Institution, on note que 42,39% des personnes de 5 à 74 ans, déclarent ne jamais partir en vacances. (Ils sont 70,7% dans la population institutionnelle totale sans limitation d'âge). Par contre 27,03% de notre population part chaque année ou presque, et 18,20% part plusieurs fois par an. Sur ces deux premières modalités (1 et 2 de GVAC) ils sont donc 45,23%, alors que dans la population institutionnelle totale, ils ne sont que 21,8%. Là encore, la restriction d'âge transforme les résultats de façon importante.

Si l'on retient uniquement le groupe des sportifs de notre population, ils partent en vacances (mod. 1 et 2 de GVAC) pour 69,36% d'entre eux. Seuls 16,98% des sportifs ne partent jamais en vacances.

Les non sportifs eux sont une majorité à ne jamais partir en vacances (54,8%), et seuls 33,4% partent plusieurs fois par an, ou chaque année ou presque (mod. 1 et 2 de GVAC).

Le sport apparaît ici comme en lien fort avec le fait de pouvoir partir en vacances, dans le sens où les sportifs partent beaucoup plus en vacances que les non sportifs.

Graphique 48



Il convient évidemment de contrôler ce résultat avec l'âge, et pour cela nous retiendrons essentiellement les trois catégories de réponses les plus choisies : plusieurs fois par an (1), chaque année ou presque (2) et jamais (6).

**Tableau 75 – Comparaison des fréquences de départs en vacances chez les sportifs et non sportifs selon l'âge - (ap. pond.) – Enquête HID Institution 1998 – 5-74 ans.**

Départ en vacances (en % pondérés)	Non Sportifs Plusieurs fois/an	Non sportifs Chaque année ou presque	Non sportifs jamais	Sportifs Plusieurs fois/an	Sportifs Chaque année ou presque	Sportifs Jamais
5-14	30,4	34,34	15,40	35,78	36,89	10,41
15-24	24,05	37,94	21,81	30,52	41,65	13,08
25-34	20,71	35,91	28,37	36,72	35,89	13,99
35-44	18,34	30,71	36,21	33,11	41,42	13,79
45-54	12,84	27,93	46,71	30,57	38,69	20,53
55-64	5,13	15,95	70,14	16,11	27,49	41,58
65-74	2,08	8,08	81,65	18,58	19,15	52,19
Ensemble	11,5	21,93	54,81	31,88	37,48	16,98

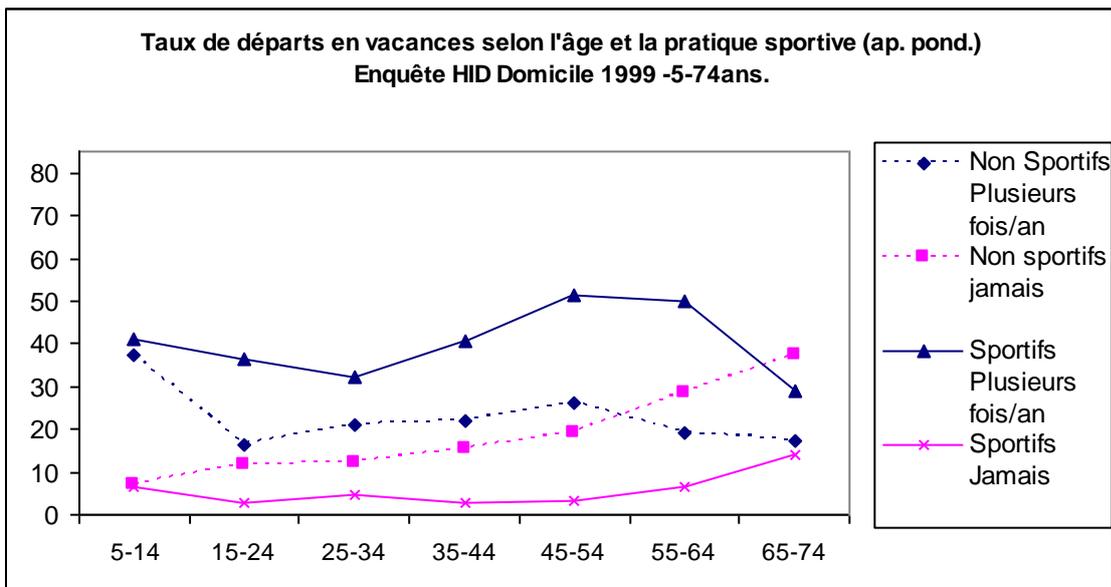
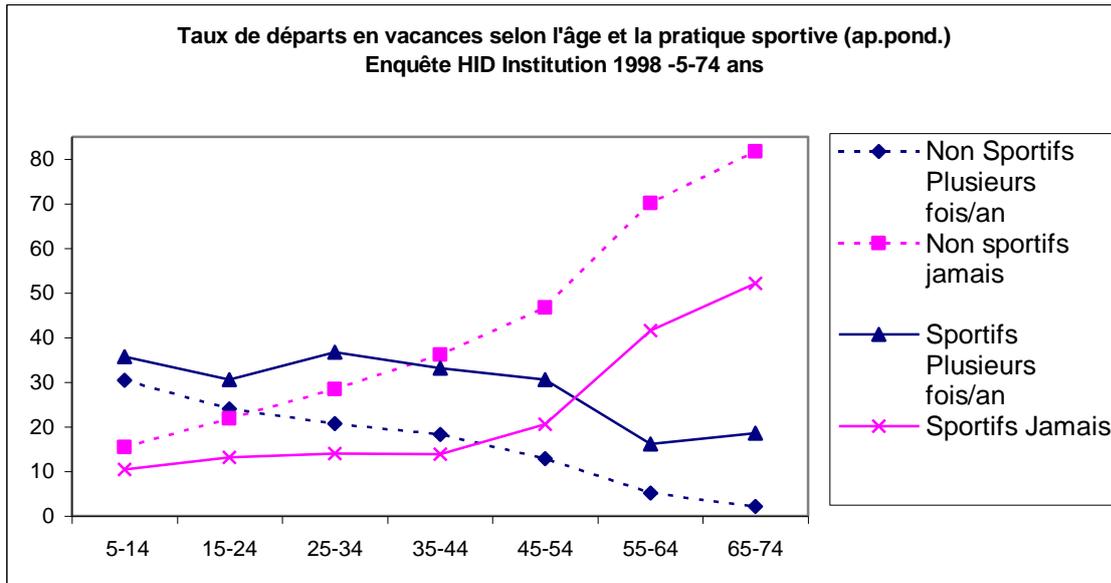
En Institution, le départ en vacances est fortement déterminé par l'âge, puisque plus l'âge avance, plus la part de ceux qui ne partent jamais en vacances augmente. De manière inversée, ceux qui partent plusieurs fois par an sont bien moins nombreux passé la barre des 55 ans. Cependant le graphique 53 montre bien, qu'à âge contrôlé, les sportifs sont toujours favorisés en ce qui concerne les départs en vacances par rapport aux non sportifs. On note que plus l'âge avance, plus les différences entre sportifs et non sportifs augmentent. Ici encore on note la rupture des 55 ans, où l'accès aux vacances chute fortement, chez les sportifs comme chez les non sportifs, par rapport aux classes d'âge inférieures.

A domicile, les départs en vacances fréquents sont moins liés avec l'âge, par contre le fait de ne jamais partir en vacances augmente avec l'âge. Cependant on voit bien sur les graphiques suivants (53) la différence entre institution et domicile, puisque en institution, les non sportifs de 65 à 74 ans sont plus de 80% à ne pas partir en vacances, pour seulement 37,2% de ceux qui vivent à domicile. L'institutionnalisation, liée à des incapacités plus grandes, limite considérablement cet accès aux vacances. Mais, à domicile comme en institution, les sportifs sont toujours bien plus nombreux que les non sportifs à partir en vacances, excepté chez les enfants, où les différences sont minimes.

**Tableau 76 - Comparaison des fréquences de départs en vacances chez les sportifs et non sportifs selon l'âge - (ap. pond.) - Enquête HID Domicile 1999 - 5-74 ans.**

Départ en Vacances (en % pondérés)	Non Sportifs Plusieurs fois/an	Non sportifs Chaque année ou presque	Non sportifs jamais	Sportifs Plusieurs fois/an	Sportifs Chaque année ou presque	Sportifs Jamais
5-14	37,3	28,4	7,2	41,2	43,5	6,4
15-24	16,4	45,8	11,6	36,4	44,7	2,7
25-34	20,8	38,8	12	32,2	43,5	4,9
35-44	21,9	40,6	15,5	40,8	41,9	2,8
45-54	26,3	34,1	19,1	51,2	32,4	3,3
55-64	19	32,3	28,6	50,2	28,8	6,4
65-74	17,4	28,9	37,2	28,9	37	14,1
Ensemble	22,2	36,2	18,8	40,5	40	5

Graphiques 49



Par ailleurs si l'on vérifie quels sont les taux de pratique sportive en fonction des différents accès gradués aux vacances, on s'aperçoit qu'il y a un lien très direct qui se met en place, puisque moins on part en vacances, plus le taux de pratique sportive est bas.

**Tableau 77 – Taux de pratique sportive selon les départs en vacances dans la population globale et chez les personnes en fauteuil roulant (ap. pond.) - Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans.**

GVAC/GSPRAT (% pond.)	Plusieurs fois/an	Chaque année	1 année/2	Plus rarement	Presque jamais	Jamais
Tx de pr. sportive Pop. Inst.	57,5	45,51	40,52	38,88	30,89	13,15
Tx de pr. sportive Pop. Inst. fauteuil roul.	19,49	14,57	17,71	9,66	8,99	0,91
Tx de pr. Sportive Pop. Dom.	62,1	49,9	41,4	39,6	23,1	19,3
Tx de pr. Sportive Pop. Dom. Fauteuil roul.	<i>26,1</i>	<i>8,9</i>	<i>0</i>	<i>13,7</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

Pour les personnes en fauteuil roulant, sans pouvoir faire un tri par âge, pour des raisons d'effectif, on peut relever que le taux de pratique sportive est d'autant plus élevé que l'on part en vacances. A domicile, les variations sont liées à des problèmes d'effectifs.

Le niveau d'incapacité entre en ligne de compte dans cet accès aux vacances, sans cependant remettre en cause l'avantage des sportifs : en effet, à score d'incapacité contrôlé (lorsque les effectifs sont suffisants), les sportifs sont toujours beaucoup moins nombreux que les non sportifs à ne jamais partir en vacances, pour la population vivant en institution comme pour celle vivant à domicile.

On peut donc voir, à partir de ces premiers résultats, qu'en institution, les sportifs sont ceux qui partent le plus en vacances, et ce à tous les âges, l'impact du sport étant plus grand chez les adultes et personnes vieillissantes que chez les jeunes. Ici, le sport se révèle comme indicateur d'un avantage dans l'accès aux vacances.

Cette réalité se retrouve à domicile.

On peut donc dire qu'au regard de l'accès aux vacances, les sportifs sont systématiquement favorisés par rapport aux non sportifs.

#### d) L'accès ou la limitation d'accès à une place professionnelle

Pour les jeunes de 15 ans et plus et pour les adultes, le module E donne accès à des informations utiles pour évaluer le désavantage en terme de professionnalisation.

La variable EOCCUP croisée avec le module G permet de travailler sur un effectif de 7646 sujets de 15 à 74 ans vivant en institution.

Il apparaît que quatre grandes catégories « d'occupation actuelle » regroupent la majorité des personnes vivant en institution : 43,7% de cette population sont des « autres inactifs » (mod. 8), 22,5% des personnes sont des retraités ou pré-retraités (mod. 5), 18,7% sont en activité professionnelle, et pour finir 8,4% sont des étudiants ou des élèves (mod. 3).

Ce sont les étudiants ou élèves qui sont les plus sportifs, comme on pouvait d'y attendre, avec un taux de 67,8% de sportifs.

Ensuite, ce sont les personnes étant, au moment de l'enquête, en activité professionnelle, qui présentent le taux de pratique sportive le plus élevé, puisque presque la moitié des actifs sont sportifs.

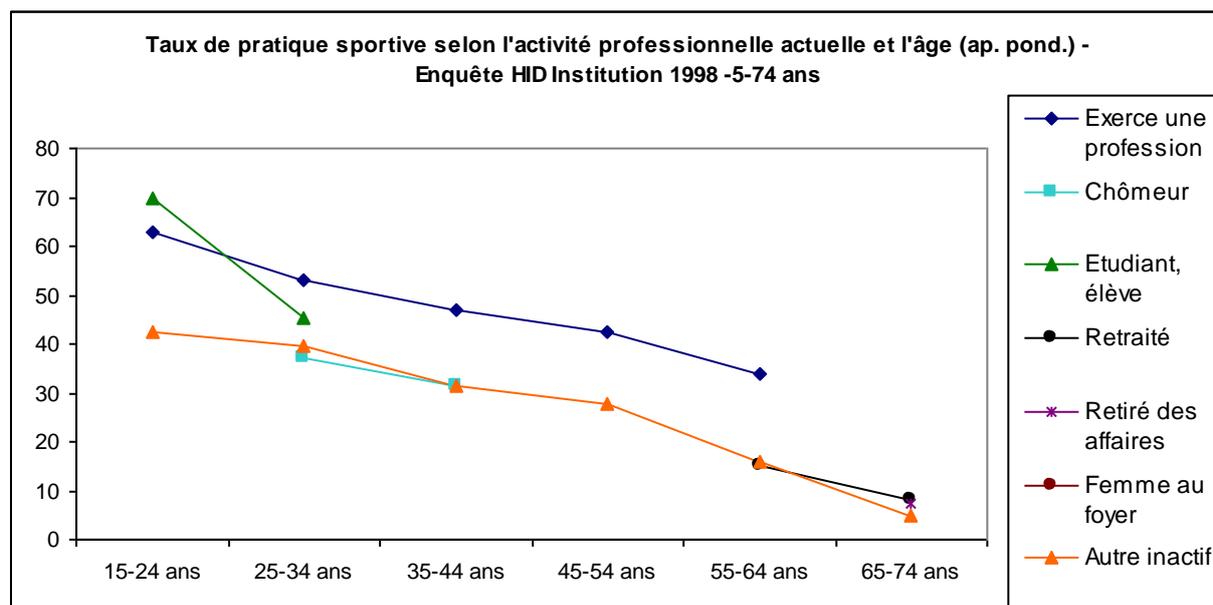
Viennent ensuite les personnes sans activité (chômeurs et autres inactifs), les femmes au foyer se révélant bien moins sportives que ces derniers.

**Tableau 78 – Taux de pratique sportive selon l'activité professionnelle actuelle et l'âge (ap. pond.) – Enquête HID Institution 1998 – 15-74 ans**

TPS en Inst. selon l'act. Prof. (% pond.)	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	Ensemble
Exerce une profession	63	53,2	47,1	42,4	34	-	49,1
Chômeur	-	37,2	31,4	-	-	-	36,5
Etudiant, élève	70	45,4	-	-	-	-	67,8
Retraité	-	-	-	-	14,9	8,1	8,9
Retiré des affaires	-	-	-	-	-	7,2	6,7
Femme au foyer	-	-	-	-	-	-	12,1
Autre inactif	42,5	39,7	31,4	27,8	15,9	4,8	26,1
NSP	-	-					0
Ensemble	60,6	44,2	37,9	32,2	16,7	7,3	29,4

Le graphique ci-dessous montre bien la différence nette de pratique sportive, à tous les âges entre les personnes en activité et les inactifs. On notera par ailleurs, que si les élèves et étudiants de 15 à 24 ans sont plus sportifs que ceux qui travaillent, ce n'est plus le cas chez les 25-34 ans. On retrouve ici la tendance repérée à propos des diplômés en institution, puisqu'il semble que des études longues affaiblissent plus la pratique sportive que le travail. On trouve dans ce groupe d'étudiants de 25 à 34 ans une surreprésentation de mono-déficients moteurs et de multi-déficients sans problème psychique.

Graphique 50



A domicile également, les plus sportifs sont les étudiants/élèves et ceux qui exercent une profession. On notera que dans ces deux groupes, les taux de pratique sont plus élevés en institution qu'à domicile. La catégorie des inactifs est, à domicile très peu sportive (seulement 12% de sportifs), alors qu'en institution les inactifs se maintiennent à un taux de pratique sportive environ deux fois plus élevé. Les femmes au foyer, par contre, sont bien plus sportives lorsqu'elles sont à domicile (40,1% de sportives) qu'en institution (12,1%).

Mais d'une manière générale on voit que la pratique sportive à domicile, dans les différentes catégories d'activités, ne diminue pas avec l'âge avant 65 ans. On voit ici encore que l'âge se pose comme facteur limitant de la pratique sportive des adultes essentiellement en institution.

**Tableau 79- Taux de pratique sportive selon l'activité professionnelle actuelle et l'âge (ap. pond.) -  
Enquête HID Domicile 1999 - 15-74 ans**

TPS en Inst. selon l'act. Prof (% pond.)	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	Ensemble
Exerce une profession	45,1	46,1	49,3	38,7	55,5	9,1	45,6
Chômeur	10,4	43,5	32,6	21,9	51,1		32
Etudiant, élève	65,7	5,5					63,9
Retraité					51,4	27,6	37,5
Retiré des affaires					48,2	18,7	29,1
Femme au foyer	0,8	35,9	46	43	50,2	25,6	40,1
Autre inactif	4,3	10,9	31,5	7,6	12,1	15	12
NSP							
Ensemble	53,1	44,1	47,3	37,2	50,3	25,6	43,5

Mais l'activité professionnelle et l'inactivité sont liées au niveau d'incapacité, et il convient de savoir, si à niveau d'incapacité égal, les sportifs sont plus ou moins actifs, que les non sportifs. Comme le montrent le graphique et le tableau suivants, en institution, les taux de pratique sportive, à score d'incapacité contrôlé, sont toujours les plus élevés chez les étudiants ; viennent ensuite les personnes qui occupent une activité professionnelle, les

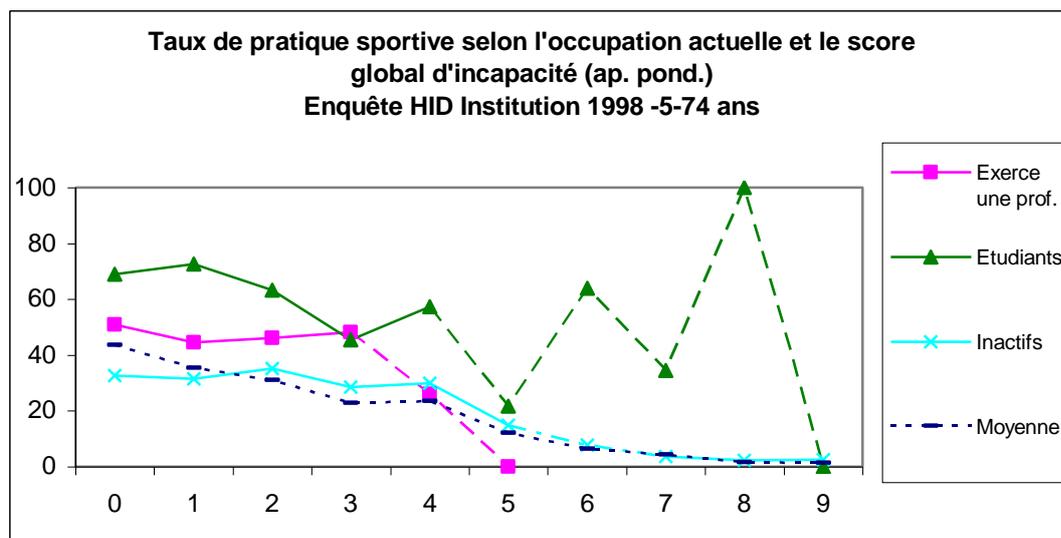
inactifs ayant des taux plus bas. On ne peut faire un tableau complet, l'effectif de ceux qui exercent une profession s'épuisant très rapidement dès que le score d'incapacité global monte, et ce pour les sportifs comme pour les non sportifs.

**Tableau 80 - Taux de pratique sportive selon l'occupation actuelle et le score global d'incapacité (ap. pond.) - Enquête HID Institution 1998 -15-74 ans**

TPS/SGLOBAL (% pond.)	Inst. Exerce une prof.	Dom. Exerce une prof.	Inst. Etudiants	Dom. Etudiants	Inst. Inactifs	Dom. Inactifs	Institution Tous	Dom. Tous
0	51	45,8	68,98	64	32,74	16,7	43,7	48,7
1	44,58	13,7	72,58	54,9	31,62	4,5	35,3	15,4
2	46,1	15,5	63,34	60	35,09	4,2	31,1	6,6
3	48,28	19,7	45,44		28,61	5,9	22,8	7,1
4	26,05	0	57,32		30	11,9	23,5	10,8
5	0	0	21,77		14,76	0	12,2	0,6
6			63,83		7,83	0,4	6,4	2,9
7			34,54		3,71	4,4	4,4	1,9
8			100		2,24		1,6	0
9			0		2,41		1,3	
Total	49,13	45,6	67,77	64	26,15	12,1	32,8	47,4

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

**Graphique 51**



En institution, l'activité professionnelle et les études sont liées à une pratique sportive plus importante que celle observée chez les inactifs, à âge et score d'incapacité contrôlés.

On peut donc dire que le sport ici se révèle un bon indicateur « d'activité », au sens large, des personnes. Les sportifs sont moins désavantagés que les non sportifs dans l'accès à une activité professionnelle.

A domicile, la pratique sportive se réduit énormément, dès que le score d'incapacité passe à 1. Dès ce moment là, ce sont les personnes qui vivent en institution qui sont de loin les plus sportives. Mais ceux qui, à domicile, exercent une profession ou font des études sont, à niveau d'incapacité contrôlé, toujours beaucoup plus souvent sportifs que les inactifs.

Le groupe des inactifs à domicile est particulièrement désavantagé au regard de la pratique sportive : nous avons là un groupe de personnes à la fois inactives professionnellement et sportivement, surtout dès lors que le score d'incapacité est supérieur à zéro.

#### **e) L'accès ou la limitation d'accès au rôle marital et parental**

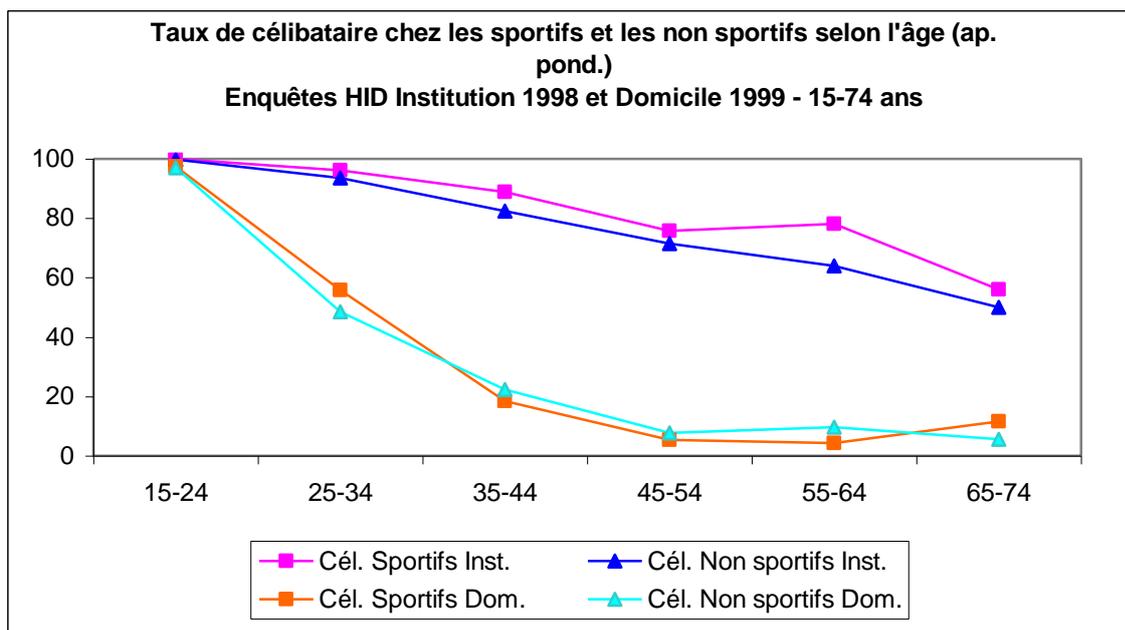
Pour les adultes, l'accès et la limitation d'accès au mariage et au fait d'avoir des enfants peuvent être explorés (MODC : CMATRI (état matrimonial légal), CFILS (nbre fils vivants), CFILLE (nbre de filles vivantes))

Cette question de la situation matrimoniale ne concerne que les 15 ans et plus, c'est-à-dire une population en Institution de 7646 sujets en effectif brut de 15 à 74 ans (ayant répondu au module G). Dans cette population institutionnelle, les célibataires sont les plus nombreux puisqu'ils représentent 75,4% de la population adulte.

Les sportifs sont, en général, plus souvent célibataires (89,7%) que les non sportifs (69,5%). Et dans toutes les situations de vie maritale passée ou présente (marié, veuf, divorcé, séparé) ils sont moins présents que les non sportifs. On peut donc dire, d'une manière générale que la pratique sportive est en lien négatif avec le mariage. Mais l'âge est un facteur important pour ces deux variables que sont à la fois le sport et le mariage. Nous avons vu que le taux de pratique sportive diminue régulièrement avec l'âge dans la population vivant en institution, et il apparaît que le célibat, lui aussi diminue régulièrement avec l'âge passant de 99,9% chez les 15-24 ans à 50,3% chez les 65-74 ans. L'analyse de la situation matrimoniale en fonction des classes d'âge est donc incontournable, pour comprendre l'éventuelle place du sport dans ce phénomène. Il apparaît que ce décalage est présent à tous les âges, sauf chez les 15-24 ans, où quasiment toutes les personnes vivant en institution sont célibataires. Ensuite, les célibataires sont toujours moins nombreux chez les non sportifs que chez les sportifs.

A domicile, les différences entre sportifs et non sportifs, à âge constant sont très faibles ; elles apparaissent principalement chez les jeunes adultes et les plus de 64 ans, tranches d'âge où les sportifs sont plus souvent célibataires que les non sportifs.

Graphique 52



On peut se demander quel est le sens de ce lien en institution : sachant que 81,3% des hommes se déclarent célibataires pour seulement 68% des femmes (ap. pond. dans cette pop.), il est utile de vérifier ce qu'il en est de ce lien négatif entre mariage et sport dans chacun des deux sexes.

En fait la différence entre sportifs et non sportifs se retrouve dans chaque sexe. En Institution, le taux de célibat chez les hommes sportifs est de presque 15 points plus élevé que chez les hommes mariés ou l'ayant été, et pour les femmes le décalage est de plus de 25 points. A domicile les écarts sont moindres, mais surtout c'est chez les hommes que le décalage est le plus grand entre sportifs et non sportifs.

**Tableau 81 – Taux de célibataires chez les sportifs et les non sportifs selon le sexe - Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 15-74 ans -**

Taux de célibataires en % pondérés	Non Sportifs	Sportifs	Ensemble	Ecart sportifs / non sportifs
Hommes Inst.	76,6	91,5	81,3	14,9
Femmes Inst.	61	86,9	68	25,9
Ensemble Inst.	69,5	89,7	75,4	20,2
Hommes Dom.	30,9	40,7	35,8	9,8
Femmes Dom.	31	34,2	32,2	3,2
Ensemble Dom.	30,9	37,8	34	6,9

Autre élément d'analyse : on aurait tendance à penser que le mariage serait plus facilement accessible aux personnes présentant des déficiences autres que psychiques ou intellectuelles, et que peut être le type de déficience peut nous éclairer. En effet, nous avons

vu que les personnes présentant des déficiences intellectuelles et psychiques présentaient des taux de pratique sportive plus élevés que les autres.

**Tableau 82- Taux de célibataires chez les sportifs et non sportifs selon les types de déficiences - Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 15-74 ans -**

Taux de célibataires en % pondérés	Inst. Non Sportifs	Dom. Non sportifs	Inst. Sportifs	Dom. Sportifs	Inst. Ensemble	Dom. Ensemble
Déf. motrice	57,9	23,5	89	18,2	64,5% (241)	21,9
Déf. visuelle	78,7	50,4	94,3	34	86,07% (79)	43,3
Déf. Auditive	-	22,8	-	24,8	(27)	23,5
Déf. Parole. Lang.	-	88,3	-	93,3	(15)	90,7
Déf. visc. métab.	61	37,7	89,2	6,5	63,5% (54)	29,1
Déf. Intellec. Et psy.	74,4	50	88,9	29,1	80,65% (1629)	44,5
Autres déficiences	-	24,5	-	45,6	(28)	33,5
Déf. non précisées	65,1		93,6		73,73% (89)	
Multi sans psy	55,6	14,4	83,1	18,3	60,4% (882)	15,6
Multi avec psy	72,9	21,4	92	31,4	78,16% (4446)	23,6
Sans déficience	64,2	36,8	72,4	41,6	68% (145)	39,3
<b>Ensemble</b>	<b>69,5</b>	<b>30,9</b>	<b>89,7</b>	<b>37,8</b>	<b>75,4% (7646)</b>	<b>34</b>

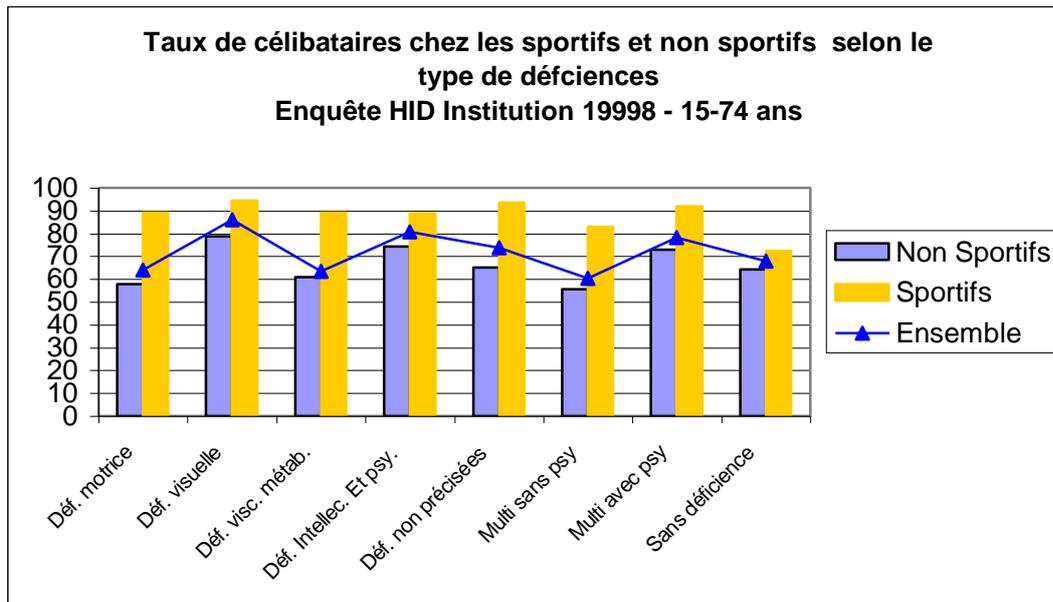
On voit ici qu'en Institution quel que soit le type de déficience, les sportifs sont toujours plus souvent célibataires que les non sportifs. On remarque dans le même temps que les groupes qui échappent le plus au célibat sont celui des déficients moteurs, des déficients des fonctions viscérales et métaboliques, et les multi déficients sans déficience intellectuelle ou psychique. Ils sont même moins souvent célibataires que les personnes vivant en institution sans qu'aucune déficience n'ait été identifiée précisément.

Les plus désavantagés, en institution, par rapport à la norme du mariage, sont toutes les personnes qui présentent des déficiences intellectuelles ou psychiques, ainsi que les déficients visuels (nous n'avons malheureusement pas pu aboutir en ce qui concerne les déficients auditifs au regard des limites d'effectif).

A Domicile, par contre, dans 4 groupes de mono déficients (les déficients moteurs, les déficients visuels, ceux qui ont des déficiences viscérales ou métaboliques, et les déficients intellectuels ou psychiques) les sportifs sont moins souvent célibataires que les non sportifs.

On peut donc dire que pour ces types de mono déficiences, la pratique sportive est positivement liée avec le mariage dès lors que les sujets vivent à domicile.

Graphique 53



Ce résultat montrant que en institution, les sportifs sont plus souvent célibataires que les non sportifs, et ce pour les deux sexes, dans toutes les catégories d'âge, et pour tous les types de déficiences est fort intéressant. Il souligne, nous semble-t-il, l'usage qui est fait du sport : il est vraisemblablement, dans les institutions, une activité qui regroupe particulièrement les personnes les plus « handicapées », au sens de celles qui sont le plus en difficulté pour accéder aux rôles et donc aux activités « normales » de l'adulte. On peut penser qu'il joue un rôle à la fois occupationnel et relationnel en offrant à ces personnes une sorte de compensation à l'absence de statut marital et de charges et activités qui l'accompagnent.

Mais les sportifs ne sont pas ceux qui ont les niveaux d'incapacité (score d'incapacité global) les plus lourds puisque 80,3% d'entre eux se situent dans les scores 0 et 1, alors que pour les non sportifs c'est seulement 55,3% de la population qui se regroupe sur ces deux premiers niveaux. Et à score global d'incapacité contrôlé, les sportifs sont toujours plus célibataires que les non sportifs.

Il convient donc de bien distinguer incapacité et désavantage social (ici en l'occurrence désavantage à l'égard du mariage) : le sport touche des personnes présentant des incapacités limitées, mais en situation de désavantage social important.

A Domicile, au contraire, si à âge contrôlé, les sportifs ne se distinguent pas des non sportifs en ce qui concerne l'accès au mariage, le type de déficience fait ressortir des différences importantes dans le sens où la pratique sportive est liée avec moins de célibat pour 4 groupes de mono déficients.

A niveau d'incapacité contrôlé, ce lien s'inverse. A tout niveau d'incapacité, les sportifs sont plus souvent célibataires que les non sportifs.

A l'égard du mariage du moins, on peut dire que contrairement à nos hypothèses, les sportifs dans les institutions sont les personnes les plus désavantagées socialement, à âge, déficience et incapacité contrôlées.

A domicile également, à incapacité contrôlée, les sportifs sont toujours plus souvent célibataires que les non sportifs. Dans certains groupes de mono-déficience les sportifs sont moins souvent célibataires que les non sportifs, les sportifs multi-déficients étant eux toujours plus souvent célibataires que les non sportifs.

**La présence d'enfants** est également intéressante d'un point de vue normatif. On a retenu la présence ou l'absence d'enfants, sur la population des 16 ans et plus, avec en institution, un effectif brut de 7355 sujets. Au total, 77,0% de la population retenue n'a pas d'enfants, et 88,5% des sportifs n'en ont pas contre 72,4% des non sportifs. Cependant cette différence entre sportifs et non sportifs n'est pas repérable dans toutes les tranches d'âge (chez les 35-54 ans et les 65-74 ans), et elle est relativement légère dans le sens où les sportifs sont plus souvent sans enfant que les non sportifs.

**Tableau 83 – Taux de personnes sans enfants chez les sportifs et non sportifs selon l'âge - Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 16-74 ans -**

Taux de personnes sans enfants en % pondérés	Inst. Non Sportifs	Inst Sportifs	Inst. Ensemble	Dom. Non sportifs	Dom. Sportifs	Dom. Ensemble
16-24	99,3	99,5	99,4	91,3	99,0	95,3
25-34	93,7	94,5	94,1	40,5	57,1	47,8
35-44	81,5	86,8	83,4	16,2	13,2	14,7
45-54	70,6	77,3	72,6	5,9	3,9	5,2
55-64	67,4	67,2	67,3	12,7	7,2	9,9
65-74	58,0	68,5	58,7	13,8	15,7	14,2
Ensemble	72,4	88,5	77,0	27,9	36,3	31,5

A domicile, on trouve globalement le même résultat : 36,3% des sportifs sont sans enfants contre 27,9% des non sportifs. Mais la plus grande différence entre les sportifs et les non sportifs se trouve dans la tranche d'âge des 16-34 ans, où les jeunes sportifs sont nettement plus souvent sans enfant que les non sportifs. Ensuite, à l'inverse, chez les 35-64 ans, l'écart se réduit, mais ce sont les non sportifs qui sont le plus souvent sans enfant.

Si l'on contrôle le type de déficience, on voit que les écarts entre sportifs et non sportifs deviennent plus importants pour ceux qui ont une ou plusieurs déficiences. En institution, la proportion de sportifs n'ayant pas d'enfant est toujours plus importante que celle des non sportifs quel que soit la déficience.

A Domicile, par contre, pour les trois groupes de mono-déficients utilisables numériquement (déficients moteurs, visuels et intellectuels ou psychiques), ce sont les non sportifs qui sont le plus souvent sans enfant. Les multi-déficients, et les non déficients à

domicile, par contre, affichent le même résultat que la population vivant en institution : les sportifs sont plus souvent sans enfant que les non sportifs.

**Tableau 84 - Taux de personnes sans enfant chez les sportifs et non sportifs selon les groupes exclusifs de déficience - Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 - 16-74 ans -**

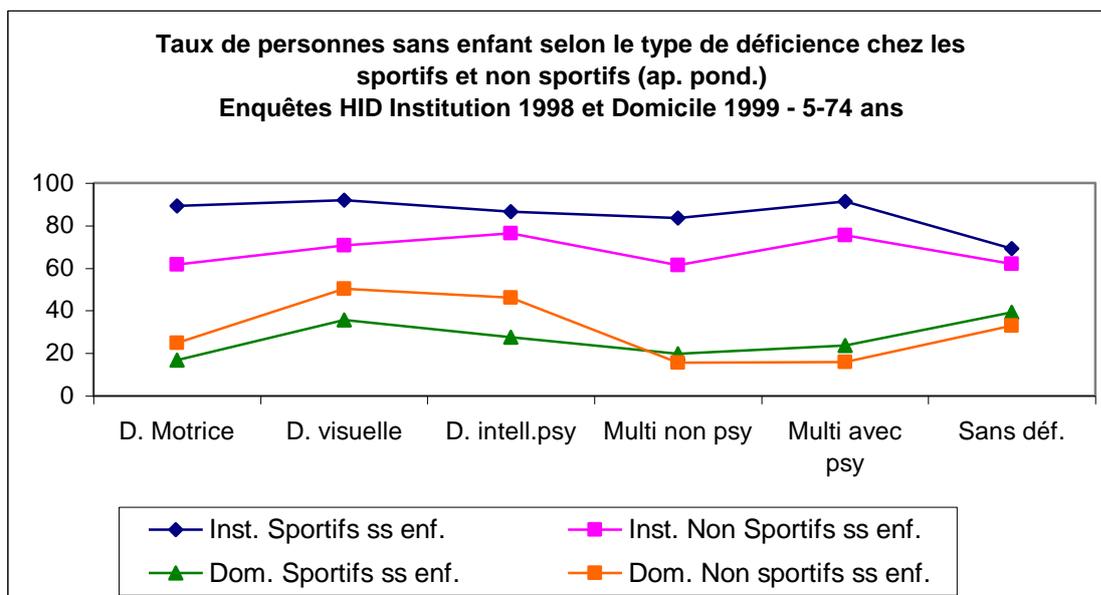
Groupes exclusifs de déficience	Inst. Sportifs sans enfants	Inst. Non sportifs sans enfants	Dom. Sportifs sans enfants	Dom. Non sportifs sans enfants
D. Motrice	89,3	61,7	16,7	24,8
D. visuelle	92,0	70,6	35,7	50,4
D. intell.psy	86,5	76,2	27,6	46,0
Multi non psy	83,5	61,5	19,8	15,7
Multi avec psy	91,2	75,3	23,6	15,8
Sans déf.	69,2	62,1	39,1	32,8
Total (toutes cat. de déf.)	88,5	72,4	36,3	27,9

On voit que les mono-déficients à domicile qui sont sportifs, ont également plus souvent des enfants que les non sportifs : cela peut être interprété comme un lien entre pratique sportive et situation de handicap moindre, au regard de l'accès au rôle parental.

Ce lien positif entre sport et accès au rôle parental est cependant limité aux mono-déficients vivant à domicile.

Pour tous les autres, (multi-déficients et sans déficience à domicile, et toute la population vivant en institution) le lien entre pratique sportive et accès au rôle parental est négatif : Le fait de faire du sport est un indicateur de moindre intégration dans le rôle de parent.

**Graphique 54**



De la même manière, à niveau d'incapacité contrôlé (score global d'incapacité), on trouve une proportion de personnes sans enfant toujours plus importante chez les sportifs que chez les non sportifs, en institution.

Ce résultat se retrouve à domicile, les sportifs, à niveau d'incapacité contrôlée, sont toujours plus souvent sans enfant que les non sportifs.

Il apparaît ici que l'accès au mariage et à la possibilité de fonder une famille sont très limités pour les personnes vivant en institution. On peut donc dire qu'il y a là constat d'un désavantage social fort pour l'ensemble de la population institutionnalisée. Cependant le plus étonnant est la différence observable sur ces indicateurs entre les sportifs et les non sportifs, les sportifs accédant plus rarement que les autres au mariage et étant plus souvent sans enfant que les non sportifs.

A domicile, on a un lien fort entre d'une part l'âge et le fait d'avoir des enfants (à partir de 35 ans une grande majorité a des enfants), et d'autre part un lien entre la pratique sportive et le niveau d'incapacité global (plus le niveau augmente moins 0 fait de sport). Les sportifs.

Dans les institutions, les sportifs peuvent être déclarés comme plus limités dans l'accès aux statuts marital et parental que les non sportifs.

Le sport joue ici comme indicateur de désavantage social, car il semble être pratiqué de façon plus importante par les personnes n'ayant pas eu accès au mariage et qui sont sans enfant.

A Domicile, à tout niveau d'incapacité, les sportifs sont plus souvent célibataires que les non sportifs, et ils sont également plus souvent sans enfant.

La déficience, à domicile joue un rôle particulier, certains mono-déficients sportifs étant plus souvent mariés et ayant plus souvent des enfants que leurs homologues non sportifs.

#### **f) Les spectacles culturels et sportifs**

L'enquête permet d'évaluer, dans une population donnée la part des personnes assistant à des spectacles divers, allant du spectacle sportif, au concert de musique classique ou encore au cinéma. Nous avons retenu ici ces informations, considérant que l'accès à ce type de « sorties » pouvait être considéré comme « normal ».

En institution, le groupe des sportifs voit une part de ses membres toujours plus importante que chez les non sportifs assister à ces spectacles. Notre population de sportifs a donc un taux de participation à ce type de « sorties » plus élevé que la population institutionnelle. Cependant on notera que les courbes, décalées, sont cependant similaires dans leur forme, soulignant en cela que les différences de participation à cette activité sociale de loisir qu'est le spectacle ne touchent pas les choix de types de spectacles. Pour les trois populations testées (sportifs, non sportifs et ensemble), les concerts classiques ou l'opéra, les concerts de rock ou de jazz, et le théâtre ne concernent que très peu de personnes. Et pour les

sportifs comme pour les non sportifs c'est le cinéma qui touche le plus de monde, avec 61,3% des sportifs s'y rendant. On ne peut que noter l'investissement prioritaire des spectacles dits « populaires » (cinéma, spectacles sportifs, cirque, variétés) aux dépens de ceux dits « culturels » (Théâtre, Opéra, musique classique, jazz, rock) pour lesquels la population institutionnelle montre une participation bien moindre que celle qui vit à domicile.

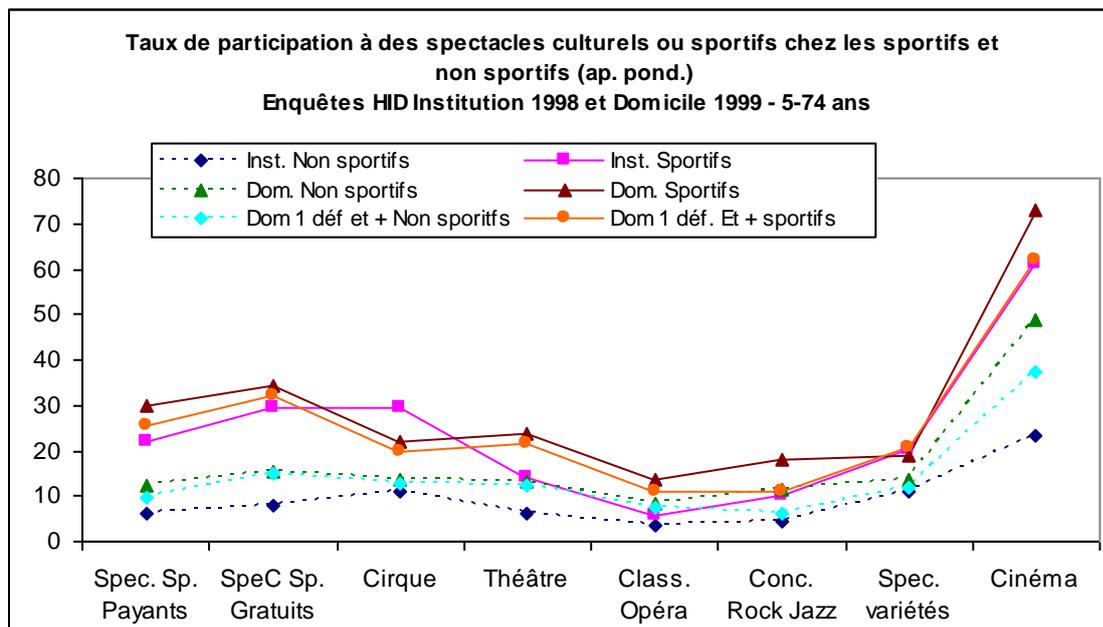
Les sportifs se démarquent ici par le fait qu'on peut compter dans leurs rangs une part plus importante de personnes assistant à des spectacles, c'est à dire par une ouverture plus large de ce groupe vis à vis de l'extérieur.

**Tableau 85 – Taux de participation à des spectacles chez les sportifs et non sportifs (ap. pond.) – Enquêtes Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans**

(% pond.)	Spec. Sp. Payants	SpeC Sp. Gratuits	Cirque	Théâtre	Class. Opéra	Conc. Rock Jazz	Spec. variétés	Cinéma
Institution	11,2	15,1	17,2	8,8	4,1	6,5	14	35,9
Inst. Non sportifs	6	8	11,2	6,1	3,5	4,6	11	23,5
Inst. Sportifs	21,9	29,6	29,6	14,2	5,5	10,3	20,3	61,3
Domicile	20,6	24,2	17,5	18,3	10,8	14,5	16,1	60,3
Dom. Non sportifs	12,1	15,2	13,7	13,3	8,3	11,4	13,8	49,0
Dom. Sportifs	30,1	34,3	21,9	23,8	13,5	17,9	18,7	72,8
Dom 1 def et +	15,4	21,2	15,3	15,8	8,7	7,9	15,1	46,1
Dom 1 déf et + Non sportifs	9,6	15	12,7	12,5	7,3	6,3	11,9	37,2
Dom 1 déf. Et + sportifs	25,6	32,1	19,8	21,5	11,2	10,8	20,6	61,8

A domicile, on retrouve une nette différence entre sportifs et non sportifs, qu'il s'agisse de l'ensemble de la population, ou des personnes déficientes seules. Même si les déficients participent moins que l'ensemble de la population à ces spectacles, à sportivité égale la différence reste faible. C'est entre sportifs et non sportifs que les écarts sont les plus importants.

Graphique 55



### 3. La pratique sportive comme indicateur de moindre désavantage social ?

Il semble donc que nous pouvons maintenant conclure sur l'hypothèse selon laquelle la pratique sportive est liée à une diminution du handicap, c'est-à-dire des désavantages sociaux produits par les déficiences et les incapacités.

En Institution, cette hypothèse est largement remise en cause, voire réfutée d'une manière globale. En effet, si les sportifs apparaissent sur certaines dimensions sociales moins désavantagés que les non sportifs, sur d'autres par contre, ils se révèlent bien plus en difficulté que les non sportifs.

Au regard des dimensions ici retenues, on peut dire que les sportifs sont plus avantagés que les non sportifs, à incapacités équivalentes, dans l'accès aux lieux extérieurs, l'accès à l'emploi et aux vacances, et l'accès aux loisirs de spectacles.

Par contre, ils sont plus désavantagés dans l'accès aux établissements scolaires ordinaires, aux diplômes, au mariage et au statut parental.

A domicile, l'hypothèse est moins mise à mal. Les sportifs paraissent fortement avantagés dans l'accès aux vacances, aux spectacles et à l'activité professionnelle. Toujours à niveau d'incapacité et à déficience contrôlés, l'accès aux diplômes leur est également plus favorable. L'accès au mariage par contre semble peu en rapport avec la pratique sportive. Le statut parental enfin, est le seul où les sportifs, à incapacité et déficience égale, sont désavantagés. Mais peut-on réellement parler d'un désavantage ?

Vivre dans enfants, et avec plus de départs en vacances, de sorties et d'activité professionnelle, n'est ce pas, en partie du moins, un choix de vie autant qu'un désavantage social ?

## ***B. Intégration versus isolement social : la mise en avant de la question du lien social***

Nous allons ici tenter de construire un **indicateur d'intégration sociale**, en partant d'une définition précise de celle-ci, pour essayer de garder une certaine rigueur dans l'élaboration de cet indicateur. L'intégration sociale a reçu jusqu'ici de multiples définitions, le sens de ce terme est fluctuant d'un auteur à l'autre, d'un type de discours scientifique à l'autre. Les psychologues ne l'appréhendent pas de la même manière que les sociologues, et le terme d'intégration est par ailleurs souvent confondu avec celui d'insertion, voire avec celui d'assimilation.

Le terme d'intégration peut désigner cependant deux choses bien différentes : d'une part un **état** « d'intégration sociale » et d'autre part un **processus** « d'intégration sociale ». Ici, nous resterons centrés sur l'idée de l'état, de la situation qu'il convient d'évaluer, dans le sens où l'on cherche à savoir si les personnes sont plus ou moins bien « intégrées » socialement. L'intégration sociale comme état peut se définir en prenant appui sur la position de Wolfensberger (1972) :

*« Tout d'abord, nous devons définir l'intégration comme l'opposé de la ségrégation. Et le processus d'intégration comme consistant dans les pratiques et les mesures qui maximisent la participation d'une personne au courant dominant de sa culture ».*

Cette position de Wolfensberger permet de définir de manière opératoire l'intégration sociale, comme état : c'est un état de plus ou moins grande participation sociale d'un individu, ou d'un groupe d'individus. Pour l'auteur « il y a intégration lorsque les gens participent publiquement les uns avec les autres dans des activités, en des lieux, et en quantité culturellement normatifs ». Il distingue de ce fait l'intégration « physique » qui renvoie à la simple présence physique au milieu des autres, et l'intégration « sociale » qui renvoie aux interactions et interrelations sociales avec les autres. Pour être clair, pour l'auteur, l'intégration sociale est un état de participation sociale normalisée. Cette définition « normative » la rend de ce fait assez proche de la définition du handicap comme désavantage social : celui qui est intégré socialement, d'une certaine manière n'est plus handicapé. C'est quelqu'un qui a réussi à se construire un accès normalisé au social, malgré ses déficiences et ses incapacités.

Du coup, pour notre travail, on peut dire que la mesure de l'intégration sociale pourra être envisagée comme la mesure de l'accès normalisé aux différents rôles sociaux (mesure déjà réalisée du handicap), à laquelle on ajouterait une **mesure du lien social**, au sens l'évaluation de l'existence de relations sociales versus l'isolement social. Dans l'enquête HID, nous avons à notre disposition un certain nombre de variables relatives aux relations sociales.

### **- Les relations avec la famille :**

\*Table MODC : CCONTA (contact avec la famille), GFAM (HID Institution seulement : retours en famille),

\* Table MODCREL : CRVISIT : fréquence des contacts avec la famille qui vit hors de l'institution.

Nous avons élaboré une procédure de scorage qui permet de cumuler les données de ces différentes variables.

Un premier score prend en compte les variables CCONTA et CRVISIT, il est commun aux deux enquêtes et permet donc de faire des comparaisons précises entre la population déficiente qui vit à Domicile et la population qui vit en institution. (SFAMIL)

- **Les relations autres que celles impliquant la famille proche (autres que parents/enfants/conjoint/fratrie) :**  
\* Table MODC : CAUTRL (contacts fréquents avec certaines personnes)
- **Les liens de couple, ou de relation amoureuse peuvent être appréhendés pour les 16 ans et plus au travers de deux variables :**  
\* Table MODC : CCOUPL (vivez-vous en couple ?), et CCOPIN (avez-vous un petit copain ?)

	Institution	Domicile
Liens avec la famille SFAMILGR	Lorsque CCONTA =0 le score de fréquence de lien familial est 0 Lorsque CCONTA=1, on fusionne avec CRVISIT (fréquence), pour avoir un score de fréquence des liens familiaux	Lorsque CCONTA =0 le score de fréquence de lien familial est 0 Lorsque CCONTA=1, on fusionne avec CRVISIT (fréquence), pour avoir un score de fréquence des liens familiaux.
Liens avec famille éloignée ou amis	CAUTRL	CAUTRL
Lien de couple (16 ans et plus) Score CCOPINS (0 à 1)	CCOUPPL : Oui=1, autres rép.=0 + CCOPIN : Oui=1, autres rép.=0	CCOUPPL : Oui=1, autres rép.=0 + CCOPIN : Oui=1, autres rép.=0
Liens dans l'institution Score LIENINST (0 à 5)	CAUTPE : Oui =1, autres rép.=0 CNBPE : 1 à 3 = 1 ; 4 à 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 CAMI : Oui=1, autres rép.=0	

La question des relations sociales développées au sein même de l'institution spécialisée semble devoir être traitée séparément. En effet, si l'on s'accorde avec l'opposition entre intégration et ségrégation proposée par Wolfesnberger, les relations sociales intra-institutionnelles ne peuvent être prises en compte dans l'évaluation de l'état d'intégration sociale d'un sujet, puisque justement, celui-ci est défini comme participation aux espaces « normalisés ». Cependant, au regard de l'importance de la dimension d'isolement social, il conviendra d'utiliser les variables rendant compte des relations sociales dans l'institution dans notre réflexion globale. En effet, les relations intra-institutionnelles, si on peut penser qu'elles participent de la ségrégation, peuvent éviter l'isolement social, et contribuer à une bien meilleure qualité de vie. Elles sont donc à ce titre des plus importantes.

- **Les relations dans l'institution : pour l'enquête HID institution uniquement :**  
\* table MODC : CAUTPE (amis dans l'institution) + CNBPE (combien ?), CAMI (amis intimes ?)

Un autre axe peut être retenu pour évaluer cette dimension de lien social / isolement social : c'est celui de l'exploration de ce que l'on pourrait appeler **le lien associatif**. En effet, la participation associative dans ses différentes formes (l'enquête distingue 3 modalités de participation associative : simple adhérent, participant actif et responsable) est un lien volontaire qui même s'il peut être valorisé socialement, n'est pas réellement normatif. Dans l'enquête HID différents types d'associations sont repérables (sportives, musicales, de jeunesse, professionnelles etc...), et nous partons du postulat que la participation associative est un indicateur pertinent de l'existence d'un certain lien social, spécifique certes, parfois superficiel, mais concret, et généralement régulier.

## 1. Les liens familiaux

La fréquence des liens familiaux peut être évaluée à partir des variables CCONTA et CRVISIT. Pour évaluer la fréquence des contacts directs avec la famille, on a considéré que ceux qui ne voyaient jamais aucun membre de leur famille (CRVISIT=7 pour tous les membres de la famille) auraient un score de 0, comme ceux qui déclaraient ne pas avoir de contacts avec leur famille (CCONTA=2). Ensuite, nous avons élaboré un score SVISIT qui exprime le nombre total de visites venant de la famille qu'une personne déclare recevoir par mois. De ce fait, une visite quotidienne correspond à un score SVISIT de 30, et une visite mensuelle correspond à 1.

En institution, le travail est possible sur un effectif brut de 12943 sujets (dont 11601 ont répondu à CRVISIT : ont des contacts avec leur famille, et 1342 n'en ont aucun).

Dans la réduction à la population de 5-74 ans, et le croisement avec le module G, on aboutit à une population brute de 8510 sujets (dont 7629 ont répondu à CRVISIT : ont des contacts avec leur famille et 881 n'ont aucun contact avec leur famille).

En ce qui concerne la population institutionnelle, ce score de fréquence de contact direct avec la famille (SVISIT) fait apparaître que presque un tiers des personnes n'ont que très peu l'occasion de voir leur famille. En effet, 28,1% de la population des 5-74 ans déclarent ne jamais voir directement leur famille (score =0). 13,8% ont un score de 1, c'est-à-dire qu'ils voient quelqu'un de leur famille une fois par mois, et 7,3% un score égal à 2 (voient quelqu'un de leur famille deux fois par mois). Finalement, 49,2% de la population obtient un score de 0 à 2, c'est-à-dire ne voient pas quelqu'un de leur famille plus de 2 fois par mois.

La moyenne de ce score de fréquence de contact direct est assez élevée puisqu'elle est de 7,4 contacts directs en moyenne par mois (Ec. T. = 12,9), ce qui veut dire qu'en moyenne, les personnes vivant en institution voient un membre de leur famille 1,8 fois par semaine.

Pour rendre utilisable ce score dans les croisements avec la pratique sportive, nous allons élaborer des groupes selon la fréquence des contacts directs avec la famille, en prenant en compte à la fois le sens de cette fréquence, et la répartition de la population dans le score.

**Tableau 86- Création d'un score de fréquence de contact avec la famille en 9 points – Enquête HID Institution 1998 -5-74 ans**

Score SVISIT/mois	Part de la pop. Inst.	Part de la pop. Dom.	Part de la pop. Dom. 1 déf et +	SFAMILGR	Signification
0	28,1	8,9	10,1	0	Aucun contact direct
1	13,8	14,0	14,1	1	1 fois par mois
2	7,3	5,2	4,9	2	2 fois par mois
3-4	10,9	8,9	7,2	3	3 ou 4 fois par mois
5-8	8,6	9,0	12,1	4	De 1 à 2 fois par sem.
9-12	8,8	8,9	9,1	5	De 2 à 3 fois par sem.
13-16	7,9	3,5	3,6	6	De 3 à 4 fois par semaine
17- 30	10	2,6	1,9	7	Une fois par jour
31-180	4,6	39,0	37,0	8	Plusieurs fois par jour

On voit que près de 40% de la population institutionnalisée déclare voir une personne de sa famille une ou plus d'une fois par semaine, que 32% déclare voir un membre de sa famille de une à 4 fois par mois, et 28% ne voit personne ou moins d'une fois par mois.

A domicile la répartition sur ce score s'inverse presque, puisque c'est 63 % de la population qui voit un membre de sa famille une ou plus d'une fois par semaine, et seulement 8,9% qui n'a pas de contact ou moins d'une fois par mois. Les résultats obtenus pour la population déficiente vivant à domicile sont très proche de celle de l'ensemble de la population vivant à domicile. La présence de déficience(s) à domicile n'affecte donc que très faiblement les liens avec la famille.

On voit dans le tableau suivant que en institution, le taux de pratique sportive varie au regard de cet indicateur de fréquence des contacts avec la famille, mais pas de façon linéaire : le coefficient de corrélation linéaire entre le score et les taux de pratique sportive obtenus pour chaque score est de 0,56. Cependant ces variations semblent intimement liées aux variations en âge cachées sous cet indicateur de contact avec la famille.

En effet, le coefficient de corrélation entre l'âge moyen de chaque groupe de score et le taux de pratique sportive de chaque groupe de score est de -0,98, montrant que plus le groupe est sportif, plus il est jeune, et inversement. Et ceux qui ont un score de contact avec la famille de 8 (ont une visite de la famille plusieurs fois par jour) est un groupe âgé, donc peu sportif : c'est ce groupe qui trouble le lien global entre fréquence des contacts avec la famille et pratique sportive, puisqu'il a le plus fort score de contact et le plus faible taux de pratique sportive.

**Tableau 87 – Taux de pratique sportive selon le score de fréquence des contacts avec la famille -- Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 -5-74 ans.**

SFAMILGR	Score	Inst (% pond.de sportifs)	Inst. Age moyen .	Inst. Effectif brut	Dom. (% pond.de sportifs)	Dom. Age moyen .	Dom. Effectif brut
Aucun contact direct ou moins d'une fois par mois	0	21,8	51,5 (Ec.t.=16,6)	1821	37	39	1499
1 fois par mois	1	29,1	48,4 (Ec. T. = 17,1)	1047	42,4	39,8	1788
2 fois par mois	2	37,5	42,6 (Ec. T. = 16,9)	618	47,1	44,2	717
3 ou 4 fois par mois	3	40,1	37,4 (Ec. T. = 18,5)	1007	47,4	40,7	1217
De 1 à 2 fois par sem.	4	31,4	46,1 (Ec. T. = 21,4)	657	46,3	50,4	1419
De 2 à 3 fois par sem.	5	38,8	35,6 (Ec. T. =19,8)	857	38,8	43,5	1045
De 3 à 4 fois par semaine	6	<b>55</b>	<b>25,3</b> (Ec. T. = <b>17,2</b> )	958	55,5	38,9	342
Une fois par jour	7	<b>55,9</b>	<b>24,8</b> (Ec. T. = <b>18,4</b> )	1219	41	37,3	370
Plusieurs fois par jour	8	28,8	45,6 (Ec. T. = 20,4)	326	53,4	29,4	4249
<b>Ensemble</b>		<b>34,6</b>	<b>43,7</b> (Ec. T. = <b>20,5</b> )	<b>8510</b>	<b>47,3</b>	<b>37,2</b>	<b>12646</b>

A domicile, cette variable de fréquence de lien avec la famille ne semble pas être en lien avec la pratique sportive, même si ceux qui sont isolés (score 0) sont un peu plus âgés et moins sportifs que ceux qui sont aux scores 7 et 8.

Ici encore, la spécificité de la population vieillissante vivant en institution, par rapport aux jeunes et aux adultes vivant en institution se confirme. Si l'on exclut de l'analyse le groupe obtenant le score 8, en institution, le lien entre fréquence des contacts avec la famille, et taux de pratique sportive devient fort, avec un coefficient de corrélation linéaire de 0,89 : **plus on voit sa famille, plus on fait du sport et plus on est jeune.**

Nous allons vérifier maintenant les liens entre les relations familiales et leur fréquence, et le score global d'incapacité : est ce que les sportifs, à incapacité contrôlée, ont un accès plus privilégié à leur famille que les non sportifs ?

Si l'on s'en tient au groupe de ceux qui ne voient pas leur famille, ou la voient moins d'une fois par mois, leur part est bien plus importante chez les non sportifs que les sportifs, et ce à niveau d'incapacité contrôlé. On retrouve cette tendance en institution et à domicile, montrant que l'absence de sport est plus souvent liée à un isolement par rapport à la famille.

**Tableau 88 – Taux de personnes ne voyant jamais leur famille, ou voyant un membre de la famille moins d'une fois mois selon le score global d'incapacité chez les sportifs et non sportifs – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans.**

SFAMILGR/ Score global d'incapacité (% pond.)	Sportifs Inst. - Ne voient pas leur famill ou moins d'une fois / mois	Non sportifs Inst. - Ne voient pas leur famill ou moins d'une fois / mois	Sportifs Dom.- Ne voient pas leur famill ou moins d'une fois / mois	Non sportifs Dom. Ne voient pas leur famille ou moins d'une fois / mois
0	16,3	31,4	6,9	10,3
1	19,6	41,1	8,8	17,5
2	20,7	41,6	16,5	9,6
3	30,1	34	12,9	16,9
4	12,5	29,5	10,3	13,7
5	15,5	32,8	0	15,2
6	18,4	25,5		12,4
7	7,7	27,5		9
8	15,4	28,3		6,1
9	0	42,8		0
10		45,6		
Total	17,72	33,63	6,9	10,6

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

Le contrôle de l'âge est ici particulièrement important puisqu'il est à la fois lié à la pratique sportive, mais aussi, on peut le supposer, fortement lié à la fréquence des relations familiales. En institution, pour ceux qui ne voient pas leur famille ou la voient moins d'une fois par mois, les données sont utilisables en institution jusqu'au score 4, et deviennent ensuite peu fiables en raison des problèmes d'effectif (pour les plus âgés, dès le score 2 les

effectifs sont limités dans le groupe des sportifs). Dans l'enquête Domicile, à partir du score d'incapacité de 2, dans ces croisements, les problèmes d'effectifs surviennent.

Cependant le tableau 81 fait apparaître que l'âge est un facteur déterminant des relations familiales essentiellement en institution. En effet, l'avancée en âge est liée en institution à une augmentation très forte augmentation du taux de personnes ne voyant jamais ou très peu leur famille, alors qu'à domicile les taux restent relativement stables d'une tranche d'âge à l'autre.

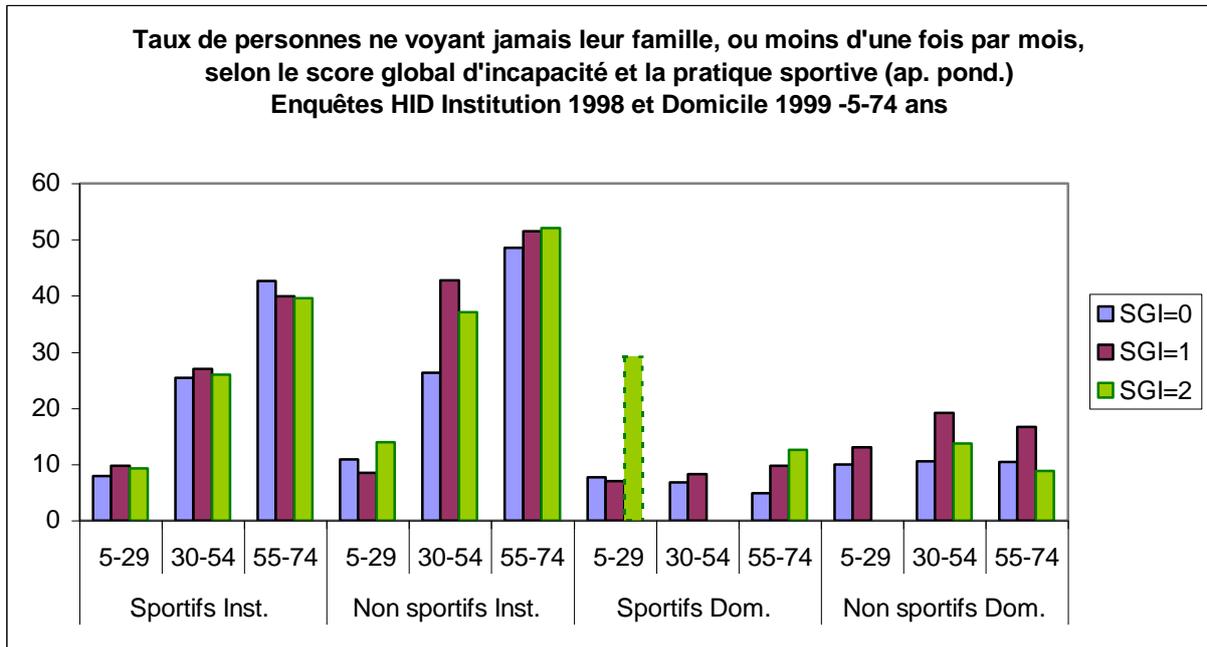
**Tableau 89 - Taux de personnes n'ayant pas de relation avec sa famille ou moins d'une fois par mois selon l'âge, la pratique sportive et le score global d'incapacité (ap. pond.) - Enquête HID Institution 1998 et Domicile 1999- -5-74 ans**

SFAMILG R/ SCI=0 (% pond.)	Sportifs Inst. - Ne voient pas leur famille ou moins d'une fois / mois			Non sportifs Inst. - Ne voient pas leur famille ou moins d'une fois / mois			Sportifs Dom.- Ne voient pas leur famille ou moins d'une fois / mois			Non sportifs Dom. Ne voient pas leur famille ou moins d'une fois / mois		
	5-29	30-54	55-74	5-29	30-54	55-74	5-29	30-54	55-74	5-29	30-54	55-74
0	7,9	25,4	42,6	10,9	26,3	48,5	7,7	6,8	4,9	10,0	10,5	10,4
1	9,7	27,0	39,9	8,5	42,8	51,5	7,0	8,3	9,8	13,0	19,2	16,7
2	9,3	26,0	39,6	14,0	37,1	52,1	29,2	0	12,6	0	13,7	8,9
3	16,5	41,1	64,5	14,4	33,8	40,1	0	8,6	36,3	1,6	28,0	15,3
4	3,3	26,9	0	14,4	32,8	33,8	17,0	0		14,0	7,6	16,2
5	11,4	23,0	0	15,2	41,4	33,8	0			18,7	10,4	16,4
6	12,1	25,0		11,3	36,1	25,5	6,4			9,1	19,7	9,5
7	9,5	0		13,0	40,4	29,0	0			10,2	20,1	4,3
8	25,5	0	0	17,2	39,3	26,5				0	10,1	9,5
9	0	0		25	64,1	36,8					0	0
10						45,6						
Total	8,6	25,6	40,9	12	33,6	43,4	7,7	6,8	5,1	10,0	10,9	11,0

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

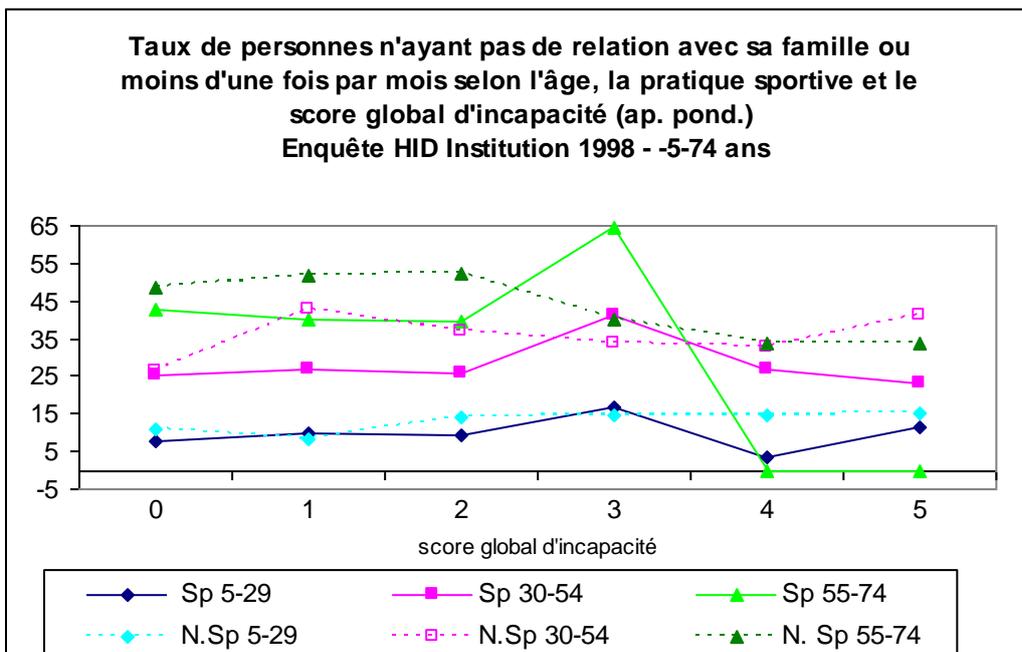
Le graphique 56 permet de visualiser l'isolement familial de chaque tranche d'âge, en institution et à domicile, et les variations produites par le score global d'incapacité (0 à 2 seulement). On voit que l'aggravation des incapacités influe relativement peu sur l'isolement par rapport à la famille.

Graphique 56



Le graphique suivant permet de voir que chez les jeunes vivant en institution, il y a peu de différences entre les sportifs et les non sportifs, pour ceux qui ne soient pas leur famille ou la voient moins d'une fois par mois. Aux scores d'incapacité 2 et 4 les jeunes sportifs sont moins souvent isolés de leur famille, mais la tendance n'est pas régulière. Par contre, pour les adultes et les plus âgés, aux scores 0, 1 et 2, les non sportifs sont toujours plus souvent isolés de la famille que les sportifs.

Graphique 57



On peut donc dire que la pratique sportive, quelque que soit le niveau d'incapacité et l'âge, est associée à un moindre désavantage en terme de fréquence de lien avec la famille, en institution comme à domicile.

Les non sportifs se révèlent plus fréquemment isolés de leur famille que les sportifs.

Mais en institution, chez les plus jeunes (5-29 ans), il y a peu de différence entre sportifs et non sportifs lorsque les personnes ne voient pas leur famille, ou bien la voient moins d'une fois par mois. C'est les adultes et les plus âgés que les différences entre sportifs et non sportifs se marquent, en même temps que le taux de personnes isolées de leur famille augmente. L'aggravation du niveau d'incapacité du score 0 au score 2 influence peu les relations familiales, à âge constant.

## **2. Les liens amicaux**

En ce qui concerne **les liens amicaux hors de la famille proche**, c'est la variable CAUTRL qui est retenue.

Pour les personnes vivant en institution, au regard de la formulation de la question, on peut penser qu'il s'agit des relations avec des personnes vivant hors de l'institution puisque le mode de relation décrit est celui des rencontres, échanges téléphoniques, courrier, loisir. Mais ceci reste délicat à affirmer. Pour ce traitement, nous travaillons avec notre effectif classique de 9088 sujets de 5-74 ans. Les résultats obtenus montrent que les sportifs déclarent toujours plus que les non sportifs « avoir des contacts fréquents avec leur parenté ou des relations », et ce dans toutes les catégories d'âge, car de manière générale l'âge affecte peu cette variable.

Le lien avec les incapacités n'est pas très fort non plus : certes les sportifs sont 47,1% à déclarer avoir des relations fréquentes avec d'autres personnes que leur famille proche, dans le groupe des non sportifs, seulement 35% font cette réponse positive, mais cette différence de moyenne cache une variation importante selon les scores d'incapacité. En effet, c'est lorsque le score global d'incapacité est le plus faible (0 et 1), et seulement là que les différences entre sportifs et non sportifs se cristallisent. Ensuite du score 2 au score 5 inclus, on ne peut faire de différences entre les sportifs et les non sportifs. Au score d'incapacité de 6, la part des sportifs diminue, alors que celle des non sportifs reste stable.

On peut donc dire que le sport est lié à une diminution du désavantage relationnel avec l'extérieur, à tous les âges, mais uniquement lorsque le niveau d'incapacité est très limité.

**Tableau 90 – Taux de contacts fréquents avec la parenté éloignée ou des amis chez les sportifs et non sportifs selon l'âge - (ap. pond.) - Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans -**

Taux de contact fréquents avec amis ou famille éloignée (en %)	Inst. Non sportifs	Inst. Sportifs	Inst. Ensemble	Dom. Non sportifs	Dom. Sportifs	Dom. Ensemble
5-14 ans	36,6	44,7	42	92,7	87,2	88,9
15-24 ans	42,6	56,8	51	94,2	93,8	94
25-34 ans	35,7	43,5	39,2	88,8	89	88,8
35-44 ans	33,3	43,6	37,12	84,5	90,1	87,1
45-54 ans	29,3	41,5	32,8	74,5	86,3	78,8
55-64 ans	33,3	44,7	34,9	83,5	90,1	86,8
65-74 ans	36,2	48,4	37	75,8	90,3	79,5
Ensemble	35	47,1	39	84	89,4	86,5

A Domicile, on retrouve cette tendance globale d'un avantage des sportifs sur les non sportifs en ce qui concerne les contacts amicaux, mais cela n'advient qu'à partir de 35 ans. Dans l'enfance, c'est l'inverse qui est repérable, les sportifs déclarent moins souvent que les non sportifs avoir des contacts fréquents avec des parents éloignés ou des amis.

A incapacité contrôlée, à domicile, c'est l'avantage des sportifs, déjà relevé à partir de 35 ans, qui l'emporte à tout niveau d'incapacité. Les sportifs déclarent plus souvent avoir des contacts amicaux que les non sportifs.

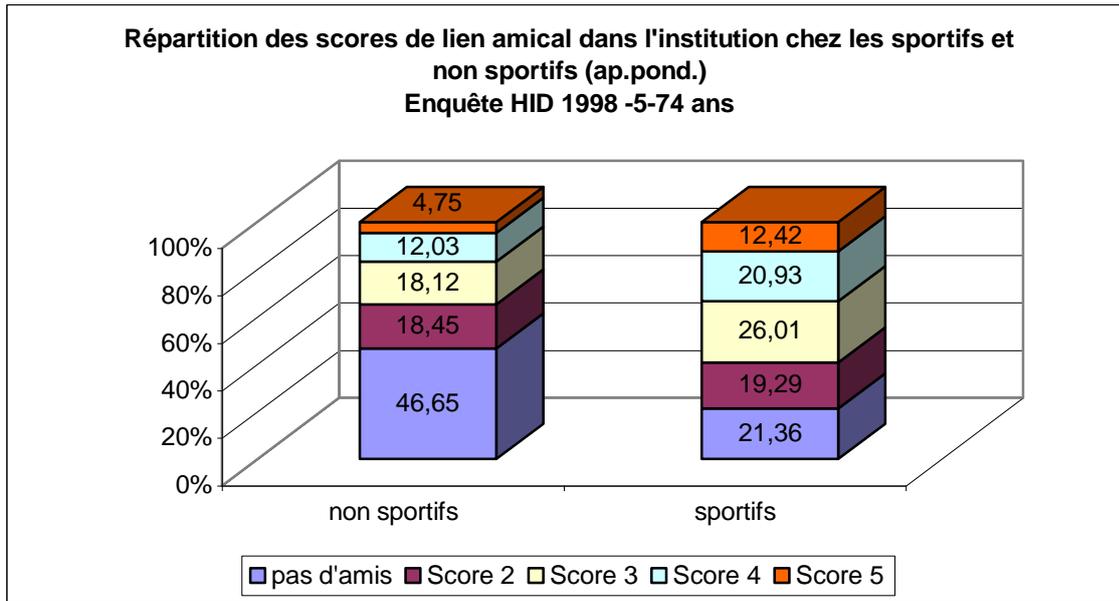
Un autre type de lien amical est ici analysable pour les personnes vivant en institution, c'est celui des **relations amicales intra-institutionnelles**. Le travail avec le score LIENINST (de 0 à 5) que nous avons élaboré permet de travailler avec le groupe classique des 9088 sujets de 5-74 ans vivant en institution.

Les résultats montrent que chez les non sportifs 46,6% des personnes déclarent ne pas « avoir d'amis dans l'institution » (score 0), alors que chez les sportifs seulement 21,4% du groupe obtient ce score nul. Le score 2 (qui signifie « avoir de 1 à 3 amis dans l'institution ») représente environ 19% de la population, sans différence notable entre les sportifs et les non sportifs. Dès que l'on passe aux scores 3, 4 et 5, qui représentent un fort lien amical dans l'institution (plus de 3 amis, ou/et des amis qualifiés d'intimes) la différence entre sportifs et non sportifs redevient visible.

**Tableau 91 – Répartition des sportifs et non sportifs selon le score de lien amical dans l'institution chez - (ap. pond.) - Enquête HID Institution 1998 – 5-74 ans -**

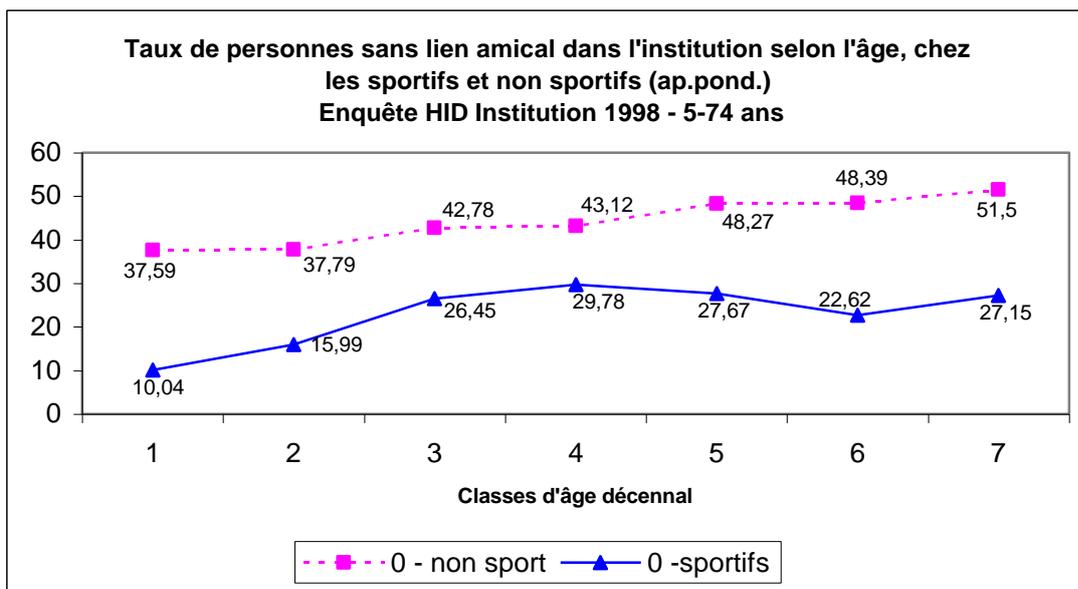
Répartition selon le score de lien amical en institution (en %)	Non Sportifs	Sportifs	Ensemble
0	46,65	21,36	38,35
2	18,45	19,29	18,73
3	18,12	26,01	20,70
4	12,03	20,93	14,95
5	4,75	12,42	7,26
Ensemble	100	100	100

Graphique 58



Cependant ce score apparaît **affecté régulièrement par l'âge** : plus l'âge avance, plus le score de lien amical dans l'institution diminue passant d'une moyenne de 2,69 (Ec. T. = 1,59) chez les 5-14 ans à une moyenne de 1,5 (Ec. T. =1,63) chez les 65-74 ans. Si l'on observe la part de personnes déclarant ne pas avoir d'amis dans l'institution (score 0) aux différentes tranches d'âge, on voit que cette part augmente avec l'âge chez les non sportifs, dépassant les 50% de la population non sportive des 65-74 ans. Chez les sportifs cette augmentation avec l'âge se fait sentir, mais seulement de 5 à 44 ans, ensuite la part des personnes « sans amis » se stabilise entre 22 et 27% du groupe de sportifs, comme on peut le voir sur le graphique suivant.

Graphique 59



On voit ainsi qu'il existe un isolement social intra-institutionnel qui affecte d'autant plus les personnes qu'elles avancent en âge, mais qui est bien moins important pour les personnes qui font du sport, que pour celles qui n'en font pas. L'on doit souligner que c'est en particulier chez les 5-24 ans (classes d'âge 1 et 2) et les 45-74 ans (classes d'âges 5 à 7) que la différence entre sportifs et non sportifs est maximale.

On peut dire ici que la pratique sportive est liée à la participation relationnelle du sujet avec ses « pairs », dans le sens où moins le sujet est en lien avec ceux-ci, moins il fait de sport. Ce lien peut se comprendre aisément dans le sens où, nous l'avons vu, la grande majorité des pratiques sportives des personnes institutionnalisées se déroulent au sein même de l'institution, donc, on peut le supposer, entre pairs. Par contre, il est délicat de savoir si c'est la participation relationnelle qui conduit à la pratique sportive, par sollicitation d'un ou de plusieurs amis, ou si c'est la pratique sportive qui provoque le développement de relations amicales fortes entre personnes de la même institution.

Les incapacités sont encore à contrôler pour savoir si, à incapacité équivalente, on peut dire que les sportifs ont un lien social intra-institutionnel plus ou moins fort que les non sportifs. Dans le tableau suivant on a retenu uniquement la situation d'absence de lien amical dans l'institution (LIENINST=0), et l'on voit que globalement, les non sportifs sont plus nombreux à se trouver dans cette situation d'isolement à l'intérieur de l'institution, à score d'incapacité contrôlé.

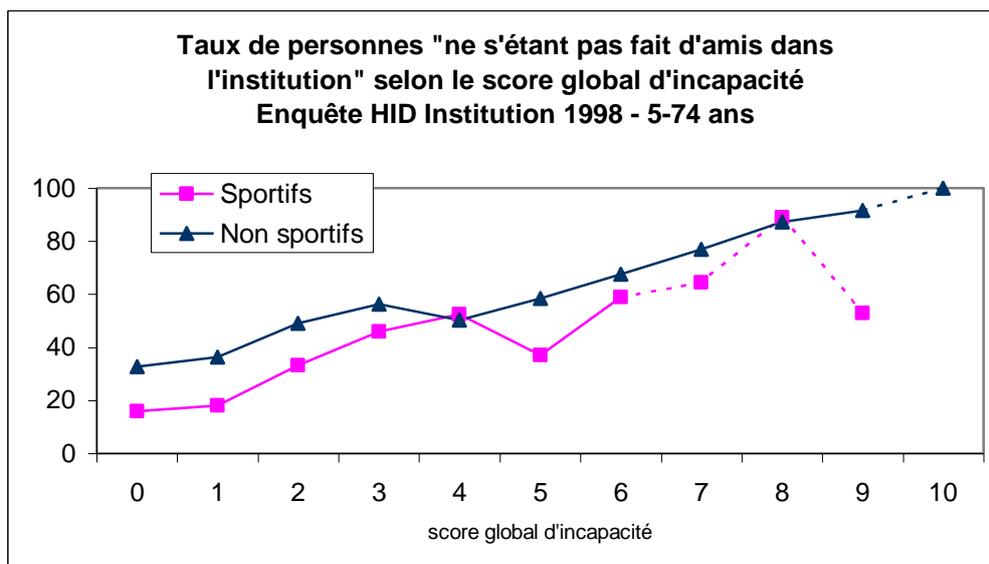
**Tableau 92 - Taux de personnes "ne s'étant pas fait d'amis dans l'institution" selon le score global d'incapacité, chez les sportifs et non sportifs - Enquête HID Institution 1998 - 5-74 ans**

SGLOBAL/LIENINST=0	Sportifs	Non sportifs
0	15,93	32,64
1	17,95	36,23
2	33,26	48,99
3	45,89	56,23
4	52,31	50,3
5	36,91	58,42
6	58,86	67,62
7	64,5	76,99
8	88,92	87,25
9	52,77	91,66
10	-	100
Total	21,36	46,65

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

Le graphique met bien en évidence l'influence progressive de l'augmentation du score d'incapacité sur l'isolement intra-institutionnel pour les sportifs comme pour les non sportifs. Au score 4 cependant, on notera que la moitié de la population se déclare sans amis dans l'institution où elle vit, et la pratique sportive n'intervient pas.

Graphique 60



La pratique sportive se révèle donc comme liée à un lien social amélioré dans l'institution par rapport à celui des non sportifs, mais l'avantage des sportifs semble se réduire avec l'augmentation des incapacités.

### 3. Les liens « amoureux »

Au-delà de la question du mariage officiel, qui renvoie, dans notre raisonnement à un statut officiel, normalisant et donc au « handicap »<sup>6</sup>, le lien amoureux ou de couple, en dehors d'une officialisation administrative ou religieuse est posé ici comme élément du lien social en général.

En ce qui concerne les liens « amoureux », nous avons choisi de regrouper sous un même score ceux qui déclarent avoir un petit ami, ou un fiancé, et ceux qui déclarent vivre en couple. La question de la vie en couple est posée à tous ceux qui ont 15 ans et plus. La question de la présence d'un petit copain ou d'un fiancé concerne tous ceux qui ont 16 ans et plus, et qui n'ont pas déclaré vivre en couple. Nous pensons donc dans ce cadre pouvoir rendre compte « au mieux » de la situation de la présence ou de l'absence de relation « intime » ou « amoureuse » chez les personnes.

Dans ce cadre, nous ne travaillerons qu'avec les personnes de 16 ans et plus, c'est-à-dire avec un effectif brut de 7736 sujets en institution (en effet, la variable CCOUPL en concerne que les sujets de 15 ans et plus, et la variable CCOPIN ceux de 16 ans et plus : nous

<sup>6</sup> Ce choix peut évidemment être discuté, dans le sens où il distingue statuts sociaux « officiels » et officieux d'une manière un peu artificielle. En particulier pour le mariage et la vie de couple, au regard de l'évolution actuelle de notre société, dans laquelle nombre de personnes ne se marient jamais alors même qu'elles vivent en couple toute leur vie, on pourrait discuter cette distinction. Nous l'avons faite au regard de la dimension symbolique et normalisante du mariage qui produit un statut d'homme ou de femme « mariée » que nous pouvons considérer comme fortement normalisant.

avons donc choisi de faire ce traitement sur la population de 16 ans et plus). Dans le croisement avec le module G, nous tombons à 7353 sujets.

Les résultats montrent que la situation de « lien amoureux » est fortement liée avec la pratique sportive, puisque les sportifs déclarent un lien amoureux dans 28,9% des cas, alors que les non sportifs n'en déclarent un que dans 18,7% des cas. Ces taux dénotent par ailleurs une très faible déclaration de lien amoureux en institution, par rapport à la population domicile.

**Tableau 93 – Déclaration d'un « lien amoureux » chez les sportifs et non sportifs - (ap. pond.) - Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 16-74 ans -**

Pratique sportive selon le lien « amoureux » (en %)	Inst. Non sportifs	Inst. Sportifs	Inst. Ensemble	Dom. Non sportifs	Dom. Sportifs	Dom. Ensemble
Sans lien amoureux	81,3	71,1	78,4	31,6	39,3	35,3
Avec un lien amoureux	18,7	28,9	21,6	68,4	60,7	64,8
Ensemble	100	100	100	100	100	100

A domicile, c'est l'inverse qui s'observe globalement : les sportifs sont en lien amoureux pour 60,7% d'entre eux, tandis que les non sportifs le sont à 68,4%.

Il convient de souligner que en institution, l'âge est peu déterminant dans ce lien, le taux de personnes se déclarant en couple ou ayant un petit copain restant relativement stable de 16 à 54 ans, autour de 25% de la population institutionnelle. De 55 à 74 ans par contre le taux de personnes se déclarant comme ayant un lien « amoureux » chute d'environ 10 points.

Ceci dit, dans toutes les catégories d'âge les sportifs se déclarent plus souvent en « lien amoureux » que les non sportifs, sauf chez les 65-74 ans. Ce dernier groupe, spécifique, de personnes vieillissantes, nous renseigne, on l'a vu, surtout sur des personnes venant d'établissements pour personnes âgées.

**Tableau 94 – taux de déclaration d'un « lien amoureux » chez les sportifs et non sportifs selon l'âge - (ap. pond.) - Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 16-74 ans -**

Taux de vie en couple ou avec fiancé (en %)	Inst. Non sportifs	Inst. Sportifs	Inst. Ensemble	Dom. Non sportifs	Dom. Sportifs	Dom. Ensemble
16-24 ans	20,8	32,3	27,5	48,3	45,9	47,0
25-34 ans	24,8	28,7	26,5	82,3	82,6	82,4
35-44 ans	23,8	33,2	27,3	77,3	90,9	83,4
45-54 ans	24,1	28,8	25,4	85,3	90,1	87,0
55-64 ans	15,2	22,9	16,3	80,4	89,4	84,8
65-74 ans	13,3	6,27	12,9	71,4	71,3	71,3
Ensemble	18,7	28,9	21,6	75,5	78,8	76,8

A domicile, les taux sont assez stables également (entre 71 et 87% de personnes se déclarant en lien amoureux) de 25 à 74 ans. Ici c'est les jeunes qui se démarquent, puisque les 16-24 ans sont presque deux fois moins nombreux que les adultes à se déclarer en lien amoureux. A âge constant, on voit que les sportifs se déclarent plus souvent en lien amoureux que les non sportifs entre 35 et 64 ans (avec plus de 13 points d'avance chez les 35-44 ans).

Mais l'incapacité joue un rôle aussi sur le lien amoureux.

En institution, la part de ceux qui déclarent ce lien se réduit avec l'augmentation du score d'incapacité global, principalement entre le score 0 (30,6% de personnes en lien amoureux) et le score 2 (seulement 13,8% de personnes en lien amoureux). On le voit, la possibilité d'être « en lien amoureux » décroît très vite avec l'augmentation des incapacités : presque un tiers de la population institutionnelle vit ce type de relation au score 0, et au score 2, il ne sont plus que 13% environ. La pratique sportive se présente comme limitant ce désavantage dans l'accès à ce type de lien, mais uniquement lorsque le taux d'incapacité est faible. Dès que le score arrive à 3, à l'inverse, les sportifs sont moins souvent en lien amoureux que les non sportifs.

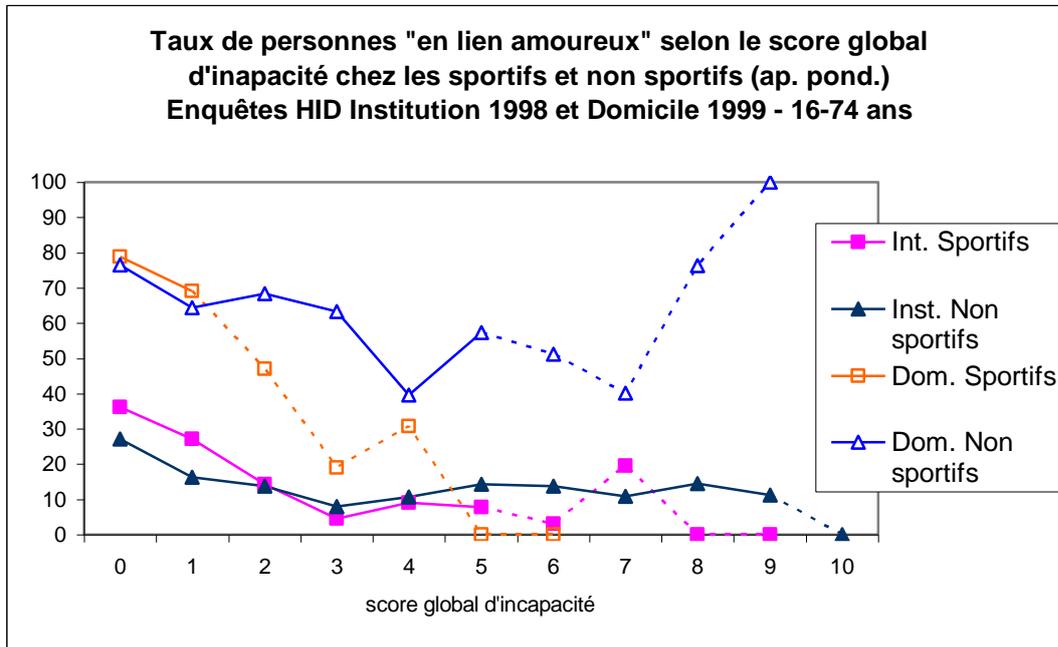
**Tableau 95 - Taux de personnes "en lien amoureux" selon le score d'incapacité globale chez les sportifs et non sportifs Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 -16-74 ans.**

SGLOBAL/SCCOUPL	Int. Sportifs	Inst. Non sportifs	Dom. Sportifs	Dom. Non sportifs	Dom. Ensemble
0	36,1	27,2	78,9	76,5	77,5
1	27,2	16,3	69,0	64,4	65,0
2	14,2	13,7	47,1	68,3	67,2
3	4,6	7,9	18,9	63,3	60,7
4	9,1	10,6	30,8	39,6	38,9
5	7,7	14,2		57,4	57,4
6	3	13,8	0	51,2	51,1
7	<i>19,44</i>	10,8	0	40,1	39,2
8	0	14,5		76,3	76,3
9	0	11,3		100	100
10		0			
Total	28,9	18,7	78,8	75,7	76,9

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

A domicile, la situation se répète. Il y a un léger avantage des sportifs dans l'accès au lien amoureux lorsque les incapacités sont légères (score 0 et 1). Puis une forte baisse du taux de sportifs en lien amoureux lorsque les incapacités s'aggravent. Les non sportifs eux, lorsque les incapacités s'aggravent maintiennent un lien amoureux significatif, et au-dessus de la moyenne du groupe jusqu'au score d'incapacité de 4 (ensuite il n'y a plus que deux sportifs isolés).

Graphique 61



Avec la prudence nécessaire au regard des limitations d'effectif, on peut dire que le lien amoureux est très affecté par le score d'incapacité, et ce d'autant plus que l'on est sportif.

On peut donc dire qu'en institution comme à domicile, les sportifs sont plus souvent en lien amoureux, à condition d'avoir des incapacités limitées.

Avec l'augmentation des incapacités, au contraire, le lien amoureux des sportifs recule bien plus que celui des non sportifs.

#### 4. Le lien « associatif » : une participation sociale spécifique ?

Dans la population institutionnelle, le lien associatif est très faible puisque sur 9088 personnes de 5 à 74 ans, seules 1332 déclarent participer à une association, ce qui représente 12,7% de la population (ap.pond.). Sur ce premier repère de participation associative, les sportifs se différencient nettement des non sportifs puisque les premiers participent pour 25,74% à des associations alors que les seconds ne sont que 6,33% à le faire.

Pour le dire autrement, dans les personnes qui participent à une association, une grande majorité sont sportifs : 66,5% (% pond.)

Au sein de cette population engagée dans des activités associatives, on peut tenter de voir comment se répartissent les engagements entre différents types d'associations, étant

entendu que chacun peut participer à plusieurs associations (on voit, sur les effectifs bruts, qu'en moyenne 1,19 choix ont été faits par individu).

On note que ce sont les associations sportives (49,9%), puis les associations de personnes handicapées (24,4%) qui attirent le plus les personnes de 5-74 ans vivant en institution.

Dans la population vivant à domicile, le lien associatif est beaucoup plus présent qu'en institution, puisque 31,6% (ap. pond.) de la population déclare participer à une ou plusieurs associations. La présence de déficience(s) n'affecte pas ce lien associatif, puisqu'à domicile, 31,1% des personnes déficientes participent à des associations.

Comme en institution, la différence entre sportifs et non sportifs est forte puisque presque la moitié des sportifs (47,9%) participent à une association, contre 16,9% des non sportifs.

La répartition des choix recoupe celle déjà observée en institution, puisque 55,6% d'adhérents à des associations sont adhérents à des associations sportives. Par contre, en ce qui concerne les associations de personnes handicapées seulement 4,4% du groupe participe à ce type d'association, et 6,3% si l'on s'intéresse uniquement à ceux qui ont une déficience ou plus.

En ce qui concerne les associations de personnes âgées et de personnes handicapées, on remarque ce sont les non sportifs vivant en institution qui y adhèrent le plus souvent.

On peut donc dire que la population vivant à domicile entretient un lien associatif plus fort que la population vivant en institution. Dans les deux cas, les sportifs sont beaucoup plus souvent en lien associatif que les non sportifs.

**Tableau 96 – Taux de participation à différents types d'associations chez les sportifs et les non sportifs adhérents d'une association - (ap. pond.) - Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans -**

Type d'associations	Sportive	Musicale	Para-scol	Prof. syndic.	Parents élèves	3 <sup>ème</sup> âge	Anciens combatt.	Personn. Handic.	Autres ass. ou act. bénévol.
Inst. Sportifs	<b>71,1</b>	4,9	3,75	1,52	0,51	5,19	0,8	20,58	16,89
Inst. N-sportifs	7,7	<b>6,6</b>	3,12	1,51	0,7	<b>14,7</b>	3,69	<b>32,05</b>	<b>33,40</b>
Inst.	<b>49,9</b>	5,5	3,54	1,52	0,57	8,37	1,77	<b>24,42</b>	22,41
Inst. Obs. brutes	785	76	59	14	6	51	13	327	262
Dom. Sportifs	<b>71,9</b>	9,4	5,2	7,9	6,5	5,4	3,2	3	<b>26,4</b>
Dom. Non Sportifs.	<b>14,2</b>	11,9	6,11	9,9	13	10	7,5	7,9	<b>49,5</b>
Dom.	<b>55,6</b>	10,1	5,5	8,4	8,3	6,7	4,4	4,4	<b>32,9</b>
Dom. Obs. brutes	1126	268	117	325	179	673	333	346	1415

Les résultats des associations syndicales, de parents d'élèves et d'anciens combattants sont très faibles en institution. Mais on voit que les sportifs participent moins que les non sportifs dans tous les types d'associations exceptés les associations sportives (et parascolaires, mais la différence est infime).

La variable GATYP1 (faites-vous partie d'associations sportives ?) concerne dans notre population d'étude 1332 personnes (celles qui font partie d'associations GASSOC=1). Comme notre groupe de sportifs comporte 3882 personnes, nous savons donc que de nombreux sportifs sont hors associations sportives. En effectif pondéré, sur 88405 sportifs de 5 à 74 ans, seulement 22557 participent à une association, dont 16177 à une association sportive.

Par ailleurs, il est intéressant d'explorer les croisements de participation, c'est-à-dire les doubles ou triples affiliations associatives, même si elles sont peu nombreuses.

Sur les 1332 personnes vivant en institution et participant à des associations, 122 sont à la fois dans des associations sportives et des associations de personnes handicapées, ce qui signifie que le tiers (33%) des personnes participant à des associations de personnes handicapées sont aussi adhérentes de clubs sportifs. De la même manière 21,2% des personnes participant à d'autres types d'associations ou d'activités bénévoles sont également inscrites dans un club sportif (64 pers. en eff. brut).

On voit également que le croisement « association de personnes handicapées » et « autres associations et activités bénévoles » regroupe 15,2% des membres d'associations de personnes handicapées (41 personnes en eff. brut).

Mais parmi les personnes qui sont dans une (ou des) associations, la moitié (49,87%) fait partie d'associations sportives : cela souligne la part très importante du sport dans la vie associative des personnes vivant en institution.

Du même coup, la part des pratiquants sportifs dans le groupe des personnes participant à des associations est très grande : elle représente 66,53% des personnes faisant partie d'associations.

Et si l'on va un peu plus loin, on peut voir que dans les personnes qui font partie d'une (ou plusieurs) association(s) sportive(s) (GATYP1=1) 94,82% sont des sportifs (745 personnes/785). Cela signifie que 5,18% des personnes faisant partie d'associations sportives, ne sont pas elles-mêmes sportives (40 en effectif). On peut supposer qu'elles occupent d'autres fonctions dans les associations sportives et c'est ce que la variable GAPART1 doit permettre de savoir, variable qui ne concerne que les personnes qui font partie d'associations sportives (eff. 785).

Au regard des modalités de réponses proposées, la répartition entre simples adhérents, participants actifs et responsables dans les associations sportives est organisée ainsi : une majorité de « participants actifs », entre un quart et un tiers de « simples adhérents », et une petite minorité de responsables.

Cependant, selon que l'on se situe en institution ou à domicile, et que l'on s'intéresse aux sportifs ou aux non sportifs quelques informations importantes sont à retenir.

D'une part, c'est chez les non sportifs que la part des responsables est majeure, atteignant presque un quart des adhérents chez les non sportifs vivant à domicile.

En institution, les non sportifs adhérents d'une association sportive ne sont que 12% à se déclarer « responsables » dans une association.

Pour les sportifs vivant en institution et adhérents d'une association sportive, l'accès à la responsabilité associative est quasiment nul : 1,1% d'entre eux.

**Tableau 97 – Statuts occupés par les sportifs et non sportifs dans les associations sportives (ap. pond.)**  
**Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans -**

GAPART1/GSPRAT	Inst. Sportifs	Inst. Non Sportifs	Inst. Total	Dom. Sportifs	Dom. Non Sportifs	Dom. Total
Simple adhérent	28,3	34	28,6	25,9	31,1	26,3
Participant actif	70,6	54	69,7	64,4	45,7	63,1
Responsable	1,1	12	1,7	9,7	23,2	10,6
	100	100	100	100	100	100

La distinction entre simple adhérent et participant actif est difficile à interpréter. Il n'est pas certain que la nuance entre ces deux modalités de réponse ait été clairement perçue.

Ceux qui se sont déclarés comme « responsables », même s'ils ne sont pas nombreux dans l'enquête institution, nous intéressent, dans le sens où l'engagement dans des responsabilités associatives peut être pensé comme un engagement social, voire comme un équivalent du travail pour certains (I. Ville, 1999). Il est en tout cas une « activité » socialement utile. Il est signifiant, à ce titre, de l'accès à une place et à un rôle social.

En institution, seulement 56 personnes de 5 à 74 ans déclarent un engagement associatif en tant que « responsable », c'est-à-dire 4,25% des personnes qui participent à une association et seulement 0,54% de la population institutionnelle.

Dans ce petit groupe de bénévoles, 86,9% (47 en eff. brut) ont un score global d'incapacité de zéro.

En ce qui concerne les déficiences, on retrouve beaucoup de responsables présentant des déficiences intellectuelles, mais cela est incontournable au vu de l'importance de ce type de déficience dans la population institutionnelle (20 personnes mono déficientes intellectuelles, et 17 multi-déficientes avec déficience intellectuelle ou psychique qui représentent 62,7% des responsables en association.).

Mais si l'on contrôle le type de déficience, on voit que les groupes de déficience dans lesquels les taux de responsables sont les plus importants sont les groupes « sans déficience » (19,29% de responsables) et « mono déficients moteurs » (13,1% de responsables).

La pratique sportive est liée positivement à cet engagement en tant que responsable bénévole, puisque dans ces 56 personnes 57,3% sont sportives (pour une moyenne de 32,8% de sportifs en institution. Cependant, au sein du groupe des participants à des associations, les responsables apparaissent comme moins sportifs (puisque 66,5% de sportifs en moyenne chez les personnes qui participent à une association).

A domicile, 718 personnes (eff. Brut) déclarent être responsables dans des associations, c'est-à-dire 18,5% des adhérents à des associations, et 5,9% de la population domicile des 5-74 ans (c'est 10 fois plus qu'en institution). C'est dans les groupes de déficients du langage (18,5%), de déficients auditifs (14,1%) et de déficients visuels que les taux de « responsables » sont les plus élevés. Comme dans le contexte institutionnel, on peut dire qu'à domicile la pratique sportive est positivement liée à la prise de responsabilité associative, puisque 63,1% des responsables associatifs sont sportifs (pour un taux moyen de pratique sportive de 47,3% à domicile). Mais à l'intérieur du groupe des personnes participant à des associations, les responsables sont moins souvent sportifs que les autres (puisque 71,8% des participants à des associations sont sportifs). Plus de la moitié des responsables ont entre 35 et 55 ans, et 98,8% d'entre eux ont un score d'incapacité égal à 0.

Le statut de « bénévole responsable » est donc, pour les personnes qui vivent en institution, plus accessible aux adultes (25-54 ans), avec un score global d'incapacité égal à 0, sans déficience ou avec une mono déficience motrice.

A incapacité contrôlée, les sportifs sont plus souvent responsables associatifs que les non sportifs. Mais au sein des adhérents à une association, les sportifs apparaissent comme plus limités dans l'accès à la responsabilité associative. Il faut comprendre cela en se souvenant que les sportifs qui participent à des associations présentent en grande majorité des déficiences intellectuelles et que ce sont surtout les déficients intellectuels qui sont désavantagés dans l'accès à ce type de rôle social.

A domicile, les « responsables d'associations » sont également en grande majorité des adultes entre 35 et 55 ans, et ce sont les mono-déficients sensoriels et du langage qui s'engagent le plus dans ce type de responsabilité. A incapacité contrôlée, les sportifs sont globalement plus souvent bénévoles que les non sportifs. Mais au sein des adhérents à une association, quasiment un quart des non sportifs sont des responsables, alors que seulement 16,3% des sportifs sont responsables associatifs.

### ***C. La question de l'auto-évaluation et de la satisfaction subjective des personnes : quel lien avec le sport ?***

Comme nous l'avons vu dans la partie introductive, différents travaux ont avancé l'idée que la pratique des activités physiques et sportives chez les personnes handicapées produisait un effet positif sur la qualité de vie. Mais certaines recherches ont montré que le niveau d'intégration sociale (objectivé) n'était pas toujours corrélé avec le niveau de qualité de vie subjective. En effet, certaines personnes très bien intégrées socialement, avec un accès quasi-normalisé aux rôles sociaux, ne sont pas satisfaites de leur sort, contrairement à d'autres, qui avec un niveau d'intégration sociale objectivé plus faible, se déclarent satisfaites de leur vie (Burchard et coll., 1987, Halpern et coll., 1986). C'est pourquoi nous proposons ici l'élaboration d'un indicateur de qualité de vie subjective (SATISF), en tentant de rendre compte des satisfactions et insatisfactions des personnes au regard des quelques dimensions de leur vie sur lesquelles elles ont été interrogées. Nous n'avons pas, dans HID, beaucoup de questions renvoyant directement à des auto-estimations de satisfaction : nous avons repéré celles-ci :

#### **1. L'auto-évaluation de la santé :**

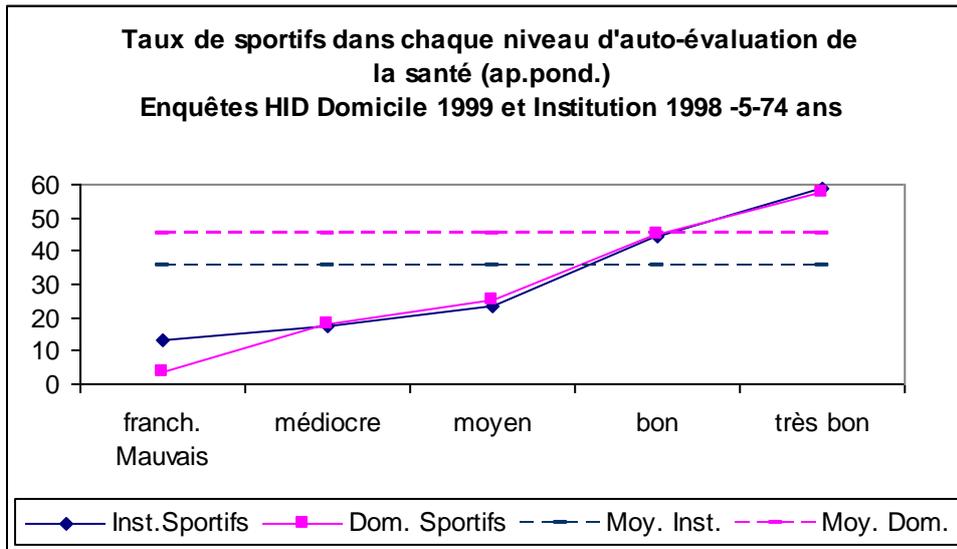
La variable GESTIM repose sur la question suivante : « Actuellement, compte-tenu de votre âge, comment estimez-vous votre état de santé ? ». Nous l'avons scorée de la façon suivante : score de 0 (« franchement mauvais » : mod 5) à 4 (« très bon » : mod 1), avec élimination des personnes qui ne répondent pas directement à l'enquête et de ceux qui « ne savent pas » (mod 9).

Ce scorage diminue la population d'étude disponible sur cette question de la qualité de vie subjective et la ramène, pour l'enquête Institution à 5177 sujets de 5 à 74 ans. Sur cette population, il est clair que l'auto-évaluation de l'état de santé est liée à la pratique sportive, et que plus celui-ci est considéré comme positif, plus la part des sportifs augmente, ceux-ci étant largement majoritaires dans le groupe se déclarant « en très bonne santé ». Sachant que le taux de pratique sportive moyen dans le groupe ici enquêté est de 35,6% (ap.pond.), on voit qu'ils sont largement sous représentés dans les groupes qui évaluent négativement leur santé, et sur représentés dans ceux qui l'évaluent positivement (« bon, très bon »).

A domicile, le même résultat apparaît, montrant de façon assez surprenante que la part des sportifs vivant à domicile observée dans chaque score d'auto-évaluation de la santé est la même qu'en institution. Simplement, à domicile, la part des sportifs déclarant leur état de santé comme « franchement mauvais » est beaucoup plus faible qu'en institution (13,5% en institution contre 3,9% à domicile).

Cependant comme le taux moyen de pratique sportive à domicile étant plus élevé qu'en institution, on doit dire ici que la sur-représentation des sportifs ne s'observe que sur la modalité « très bon », comme le montre le graphique suivant.

Graphique 62

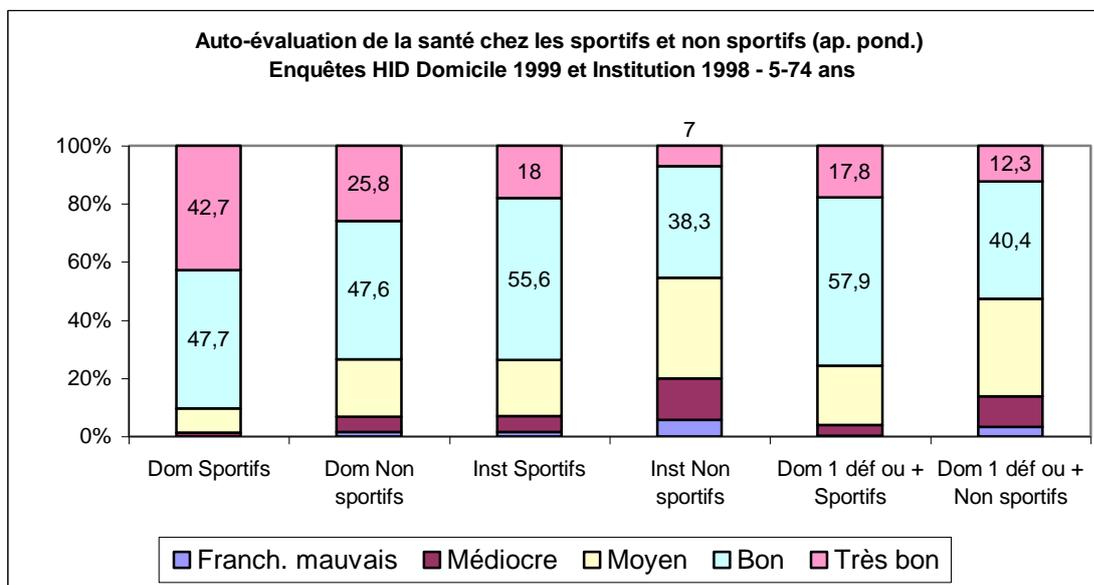


Cependant, si l'on travaille sur les répartitions des réponses dans l'échelle pour chaque groupe, on voit mieux que cette auto-évaluation de la santé est bien meilleure dans la population à domicile globale qu'en institution. On voit également que les sportifs en institutions et les sportifs avec une déficience ou plus à domicile affichent des résultats très similaires en ce qui concerne l'auto-évaluation de leur santé.

**Tableau 98 - Auto-évaluation de la santé chez les sportifs et non sportifs (ap. pond.) - Enquêtes HID Domicile 1999 et Institution 1998 - 5-74 ans**

SGESTIM (% pond.)	Domicile		Domicile 1 déf. ou plus		Institution	
	Sportifs	Sportifs	Sportifs	Non sportifs	Sportifs	Non sportifs
Franchement mauvais	0,1	0,1	0,2	3,3	1,6	5,7
Médiocre	1,3	1,3	3,7	10,5	5,5	14,2
Moyen	8,2	8,2	20,4	33,6	19,3	34,8
Bon	47,7	47,7	57,9	40,4	55,6	38,3
Très bon	42,7	42,7	17,8	12,3	18	7,0
Ensemble	100	100	100	100	100	100

Graphique 63



Si l'on veut contrôler cette auto évaluation de la santé avec les niveaux d'incapacités via le score global d'incapacité<sup>7</sup>, on voit qu'à niveau d'incapacité équivalent, on retrouve une sur-représentation des sportifs dans les modalités d'évaluation de l'état de santé comme « bon » et « très bon ». Le contrôle des niveaux d'incapacités fait apparaître qu'à domicile également, on observe une sur-représentation des sportifs sur la modalité « bon ».

**Tableau 99 – Taux de pratique sportive selon l'auto-évaluation de la santé et le score global d'incapacité (ap. pond.) – Enquêtes Institution 1998 et Domicile 1999 -5-74 ans.**

Score global d'incapacité selon SGESTIM (% pond. de sportifs)	Franchement mauvais (0)	Médiocre (1)	Moyen (2)	Bon (3)	Très bon (4)	Ensemble
<b>INSTITUTION</b>						
Score 0	27,9	29,6	28,3	48,8	61	43
Score 1	18,9	16	20,1	45,1	62,6	34,5
Score 2	3,1	16,4	24,2	32,3	42,3	26,8
Tous	13,5	17,6	23,5	44,5	58,6	35,6
<b>DOMICILE</b>						
Score 0	7,1	24,6	26,8	45,2	57,5	46,4
Score 1	1,8	4,6	15,7	20,8	56,3	12,5
Score 2	2	6,4	1,6	15,8	-	5
Tous	3,9	17,7	25,3	45	57,5	45

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

**Tableau 100 - Taux de pratique sportive selon l'auto-évaluation de la santé, l'âge et le score global d'incapacité (ap. pond.) – Enquêtes Institution 1998 et Domicile 1999 -5-74 ans.**

Score global	Ayant répondu	Bon (3)	Très bon (4)	Ensemble
--------------	---------------	---------	--------------	----------

<sup>7</sup> On ne présente que les résultats correspondants à des scores globaux d'incapacités permettant, en effectif d'arriver à des résultats fiables.

d'incapacité / SGESTIM ; (% pond. de sportifs)	à sgestim									(3 et 4)		
	5- 29	30- 54	55- 74	5- 29	30- 54	55- 74	5- 29	30- 54	55- 74	5- 29	30- 54	55- 74
<b>INSTITUTION</b>												
Score 0	69,4	43,3	16,8	73,5	49,1	21,2	77,6	57,8	22,5	74,7	50,9	21,4
Score 1	67,1	40,7	10,5	71,5	48,9	18,8	80,5	62	12,6	73,6	51,3	18,3
Score 2	55,9	39,8	9,2	66,3	46,2	3,6	71,4	55,1	0	67,7	47,2	<b>3,1</b>
<b>DOMICILE</b>												
Score 0	52,7	44,9	41,5							53,3	48,1	50,7
Score 1	37,2	5,5	15,4							60,4	11,9	25,4
Score 2	38,4	4,3	4,3							48,0	0	15,2

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

Les cases non remplies en domicile renvoient à des groupes quasiment tous inférieurs à 40 obs. dès que le score est supérieur à 0.

A âge contrôlé et à niveau d'incapacité équivalent, on peut dire qu'en institution comme à domicile, les sportifs sont systématiquement sur-représentés dans les auto-évaluations de l'état de santé comme « bon » et « très bon ».

Dans les traitements que l'on a pu effectuer, une seule exception à cette règle se manifeste, et ce dans l'enquête Institution : chez les 55-74 ans, présentant un score global d'incapacité de deux, les sportifs sont moins nombreux (3,1%) à choisir des évaluations positives (3 et 4) qu'en moyenne (9,2% de sportifs dans les 55-74 ans, à score d'incapacité de 2, et ayant pu être scorés en sgestim).

On peut donc dire qu'en Institution, la pratique sportive coïncide avec une meilleure autoévaluation de la santé, et ce quel que soit le niveau d'incapacité global et l'âge.

A Domicile, de même, la pratique sportive correspond à une meilleure autoévaluation de la santé, à score d'incapacité et âge contrôlés.

## 2. La satisfaction par rapport à l'aide reçue :

Les questions GAIDE 1 à GAIDE 5 tentent d'évaluer la satisfaction ou l'insatisfaction par rapport à l'aide reçue : « Pensez-vous disposer de toute l'aide dont vous auriez besoin en raison de votre état de santé ? ».

Nous avons réalisé un score de 0 à 2 (AIDE) distinguant ceux qui se déclarent « tout à fait satisfaits de l'aide reçue » (GAIDE1=1) à qui l'on a accordé le score 2, ceux qui se déclarent « satisfaits pour l'essentiel » (GAIDE2=1) à qui l'on a donné le score 1, de ceux qui

ne sont pas satisfaits (GAIDE1=2 & GAIDE2=2) qui obtiennent le score 0. Nous avons éliminé les personnes ayant répondu « ne sait pas ».

On voit qu'en institution, les sportifs se déclarent plus souvent que les non sportifs « tout à fait satisfaits » de l'aide dont ils disposent (59,1% des sportifs contre 52,9% des non sportifs) et moins souvent « insatisfaits ». Les insatisfactions qui paraissent les plus importantes sont celles relatives à l'aide humaine, pour les sportifs comme pour les non sportifs.

A domicile, assez bizarrement, dans la population globale, le taux de personnes « tout à fait satisfaites » est deux fois moins élevé qu'en institution. La population déficiente à domicile se déclare plus satisfaite que la population générale. La différence entre sportifs et non sportifs est ici particulièrement visible puisque les sportifs déficients sont « tout à fait satisfaits » pour 46,5% contre 36,5 pour les non sportifs.

**Tableau 101 – Part des satisfaits et insatisfaits au regard de l'aide reçue chez les sportifs et non sportifs (ap. pond.) - Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans -**

En pourcentage pondérés	Tout à fait satisfaits	Satisfaits pour l'essentiel	Non satisfaits	Tous	% Insatisfaits des équipements	% Insatisfaits des moyens financiers	% Insatisfaits de l'aide humaine
<b>INSTITUTION</b>							
Sportifs	59,1	26,1	14,8	100	4	6,4	9,4
Non sportifs	52,9	28,3	18,8	100	4,9	7,9	10,2
<b>DOMICILE</b>							
Sportifs	34,6	2,1	63,3	100	0,2	1,3	0,9
Non sportifs	33,6	6,6	59,9	100	1,4	6,2	3,4
Sportifs 1 déf ou +	46,5	4,7	48,8	100	0,6	3,5	2,8
Non sportifs 1 déf. ou +	36,5	12,8	50,7	100	2,8	13	7,3

L'institution est donc liée à une plus grande satisfaction au regard de l'aide reçue.

Dans la population institutionnelle, la pratique sportive est associée à une plus grande satisfaction, d'une manière générale.

A Domicile, on retrouve la même tendance pour la population déficiente, chez qui les sportifs déclarent toujours moins d'insatisfactions.

Par contre, dans la population domicile globale, bizarrement, les sportifs sont plus nombreux à se déclarer non satisfaits que les non sportifs (il nous est difficile d'interpréter ce résultat), et l'on peut se questionner sur le fait que la population domicile globale se déclare globalement beaucoup moins souvent satisfaite des aides reçues par rapport à son état de santé. Les personnes déficientes vivant à domicile se déclarent même plus satisfaites que la population globale....

En ce qui concerne les variables GAIDE3 à GAIDE5, dans la population domicile, c'est l'insatisfaction au regard des moyens financiers qui est la plus souvent évoquée. Les différences les plus marquées entre sportifs et non sportifs se situent d'ailleurs sur ce plan financier, les sportifs étant toujours plus satisfaits que les non sportifs, en particulier dans la population déficiente.

En institution, c'est l'insatisfaction au regard de l'aide humaine qui prédomine sur l'insatisfaction financière.

En ce qui concerne le score AIDE, on peut croiser ce score avec le score global d'incapacité pour voir comment évolue la satisfaction des sportifs et des non sportifs, à niveau d'incapacité contrôlé. La réponse « tout à fait satisfait de l'aide reçue », décroît quelque peu lorsque le score d'incapacité global augmente, mais très faiblement.

**Tableau 102 – Taux de personnes se déclarant « tout à fait satisfaites » et « satisfaites pour l'essentiel » de l'aide reçue (AIDE=1 ou 2) selon le score d'incapacité global chez les sportifs et non sportifs (ap. pond). – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999– 5-74 ans.**

Score global d'incapacité selon AIDE (1 et 2) (% pond. de satisfaits)	Sportifs Inst.	Non sportifs Inst.	Tous Inst.	Sportifs Dom.	Non sportifs Dom.	Tous Dom.
0	86,4	85,2	85,7	36,4	39,4	37,9
1	83,4	79,4	80,8	75,7	55,7	58,8
2	81,0	79,5	79,9	51,0	41,0	41,7
3	76,6	71,2	72,0	73,9	45,3	47,4
4	<i>90,2</i>	78,1	79,7	<i>40,3</i>	32,5	33,3
5	<i>81,5</i>	69,4	71,1	<i>100</i>	51,9	55,23
Tous	89,2	81,2	82,7	36,7	40,0	38,5

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

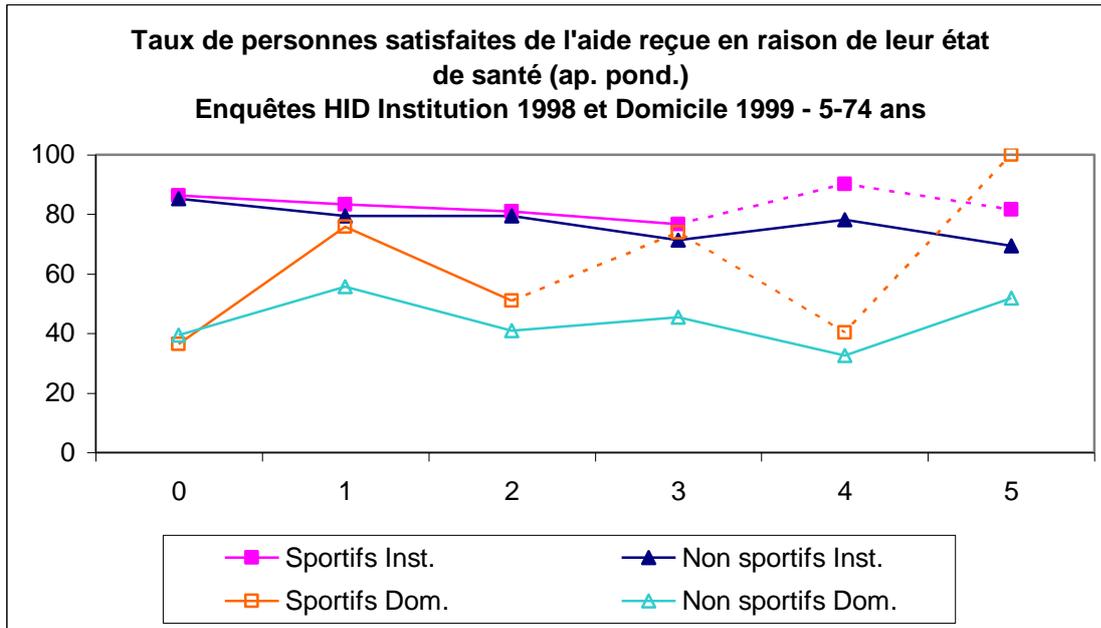
Comme on le voit très bien sur le graphique suivant, l'aggravation des incapacités influence peu la satisfaction à l'égard de l'aide reçue et la population en institution est toujours plus satisfaite de l'aide reçue que la population à domicile.

En institution, il y a peu de différences entre sportifs et non sportifs, même si les sportifs ont tendance à se déclarer plus satisfaits que les non sportifs, à niveau d'incapacité contrôlé.

A domicile, les résultats sont plus irréguliers, en particulier pour le groupe des sportifs, dont les taux varient fortement d'un score d'incapacité à un autre (mais les effectifs, dès le score 3 sont limités). Cependant, les sportifs se distinguent des non sportifs par une plus grande satisfaction à l'égard de l'aide reçue, dès lors que le score global d'incapacité est supérieur à 0.

Deux lectures sont possibles : soit les sportifs bénéficient effectivement de plus d'aide et de prise en charge que les non sportifs lorsque leur niveau d'incapacité s'élève, soit ils se satisfont plus facilement de l'aide qu'ils reçoivent que ceux qui ne font pas de sport. Pour les non sportifs, à partir d'un score global d'incapacité de 3, le taux de satisfaction chute de plus de 15 points à domicile.

Graphique 64



A niveau d'incapacité contrôlé on peut donc dire que le sport est lié à une satisfaction légèrement plus élevée au regard de l'aide reçue, pour les personnes qui vivent en institution.

Par contre, à domicile, la tendance est plus fortement marquée dès que le score global d'incapacité est supérieur à 0.

L'aggravation des incapacités affecte progressivement la satisfaction des personnes vivant en institution. A domicile, on doit noter que les personnes présentant des incapacités légères (score 0) sont particulièrement insatisfaites, qu'elles soient sportives ou non.

Tout se passe comme si la prise en compte et l'aide vis-à-vis des incapacités légères pour les populations à domicile était particulièrement défailante.

### 3. La satisfaction à l'égard des conditions de logement :

- En ce qui concerne la satisfaction à l'égard du logement, la variable LOPIN utilisée renvoie à la question : « Estimez vous que vos conditions actuelles de logement sont ? ». Nous avons organisé le score ainsi : score de 0 « Très insuffisantes » : mod 5) à 4 « Très satisfaisantes » : mod 1), avec élimination des personnes qui ne répondent pas directement à l'enquête, de ceux qui ont moins de 15 ans et de ceux qui « ne savent pas » (mod 9) ou « ne veulent pas répondre » (mod. 8).

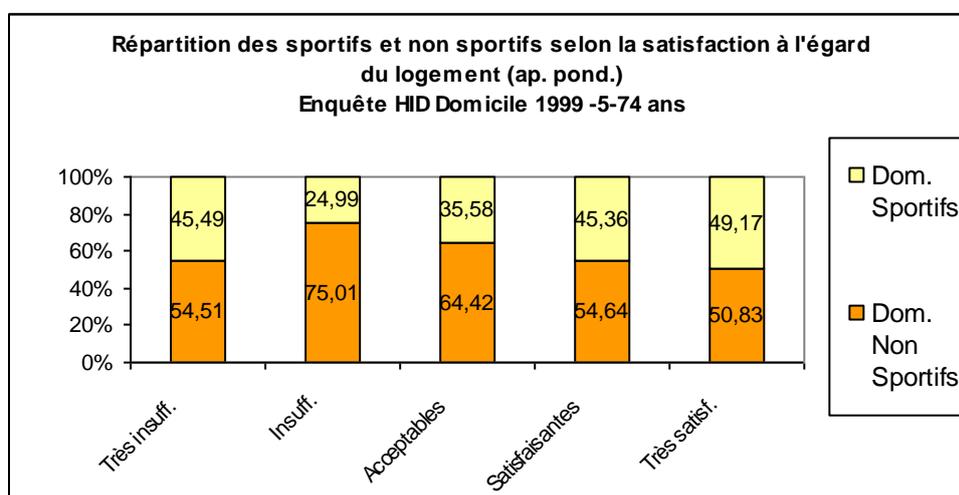
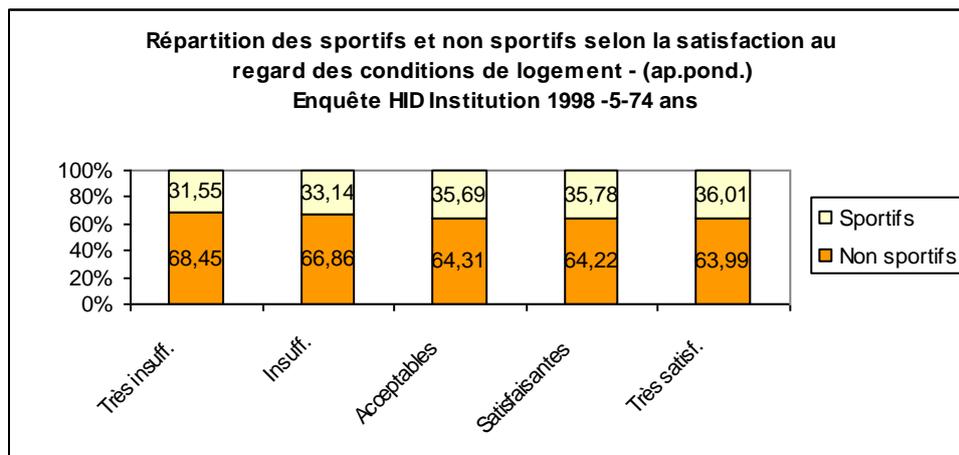
Ce score diminue la population d'étude disponible en institution et la ramène à 5185 sujets de 5 à 74 ans. Sur cette population, on a un taux moyen de pratique sportive de 35,6% (ap.pond.), et l'on voit sur le graphique suivant que le taux de pratique sportive varie peu quel que soit la satisfaction par rapport au logement, même si une augmentation régulière du taux de sportifs est observable lorsque la satisfaction augmente. On peut dire que cet aspect de la qualité de vie, pour les personnes vivant en institution, est peu affecté par la pratique sportive, même si les sportifs sont sur-représentés dans le score maximal de satisfaction à l'égard du logement.

A domicile, nous travaillons sur une population brute de 10613 sujets de 5 à 74 ans, ont le taux moyen de pratique sportive est de 44,9%. Si l'on exclut le score 0 (très insatisfaisantes), on voit que la part des sportifs augmente au fur et à mesure que la satisfaction vis-à-vis du logement s'améliore. C'est à partir d'une évaluation du logement comme « satisfaisant » que les sportifs sont sur-représentés.

**Tableau 103 – Répartition des sportifs et non sportifs selon la satisfaction à l'égard du logement (ap.pond.) – Enquêtes HID Domicile 1999 et Institution 1998 – 5-74 ans.**

SLOPIN	Inst. Non sportifs	Inst. Sportifs	Inst Total	Dom. Non Sportifs	Dom. Sportifs	Dom. Total
Très insuff. (0)	68,45	31,55	100	54,51	45,49	100
Insuff. (1)	66,86	33,14	100	75,01	24,99	100
Acceptables (2)	64,31	35,69	100	64,42	35,58	100
Satisfaisantes (3)	64,22	35,78	100	54,64	45,36	100
Très satisf (4).	63,99	36,01	100	50,83	49,17	100
Total	64,36	35,64	100	55,05	44,95	100

Graphiques 65



Si la part des sportifs est un peu plus importante lorsque le score de satisfaction à l'égard du logement est maximal, à domicile comme en institution, le contrôle du niveau d'incapacité doit être fait.

Le niveau d'incapacité intervient sur le score de satisfaction vis-à-vis du logement, mais principalement à domicile qu'en institution. En effet, à domicile, du score 0 au score 4, on perd plus de 25 points de satisfaction, alors qu'en institution la perte est de 6,2 points. Ceci dit ces évolutions sont loin d'être linéaires.

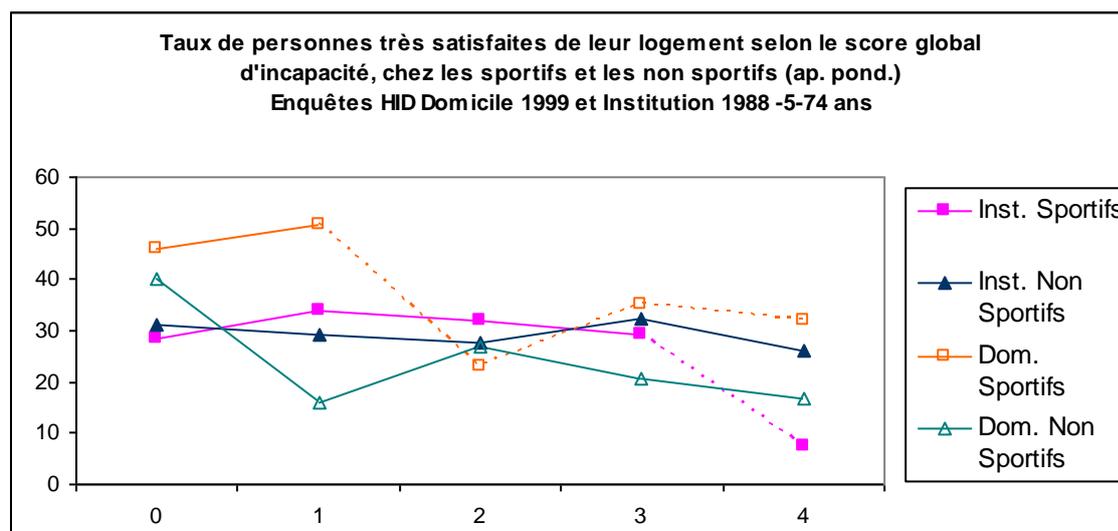
L'impact de la pratique sportive, à niveau d'incapacité contrôlé peut être explorée jusqu'au niveau 3 du score d'incapacité pour la population vivant en institution : il n'apparaît pas de lien linéaire entre pratique sportive et satisfaction à l'égard du logement : aux scores 1 et 2 les sportifs se déclarent plus souvent satisfaits que les non sportifs. aux scores 0 et 4 c'est l'inverse qu'on observe.

**Tableau 104 – Taux de personnes très satisfaites de leurs conditions de logement, selon le score d'incapacité global, chez les sportifs et les non sportifs – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999-5-74 ans.**

SLOPIN=4/SGLOBAL (% pond.)	Inst. Sportifs	Inst. Non Sportifs	Inst. tous	Dom. Sportifs	Dom. Non Sportifs	Dom. Tous
0	28,5	31,0	29,9	46,0	40,2	42,9
1	33,8	29,1	30,7	50,7	15,8	20,2
2	31,9	27,7	28,8	23,0	26,8	26,6
3	29,3	32,5	32,0	35,0	20,6	21,5
4	7,3	26,07	23,7	31,9	16,9	17,5
5	23,1	17,94	18,6		12,7	12,7
6	0	14,64	14,3		9,5	9,5
Total	29,4	28,9	29,1	46,0	38,8	42,0

A domicile, lorsque les incapacités sont très légères (scores d'incapacité de 0 et 1), les sportifs sont plus souvent satisfaits de leur logement que les non sportifs. Ensuite les observations sont trop limitées. Mais comme l'immense majorité de la population vivant à domicile se situe dans ces deux premiers scores, on doit noter un lien entre la pratique sportive et une plus grande satisfaction à l'égard de son logement<sup>8</sup>.

**Graphique 66**



Pour conclure, on peut dire que la satisfaction à l'égard du logement n'apparaît pas comme fortement liée à la pratique sportive pour la population vivant en institution.

Pour la population vivant à domicile, la pratique sportive améliore la satisfaction à l'égard du logement.

Ceci dit, si la population en institution se déclare moins satisfaite de ses conditions de logement que celle qui vit à domicile lorsque le score d'incapacité est égal à 0, lorsque les incapacités se révèlent, c'est la population qui vit en institution qui est la plus satisfaite de son logement.

<sup>8</sup> On pourrait penser que se cache sous ce lien la dimension financière, mais le revenu total moyen (rtotal) des sportifs satisfaits de leur logement et des non sportifs satisfaits de leur logement est comparable, avec même un certain avantage pour les non sportifs.

#### 4. La satisfaction à l'égard de la quantité de sorties

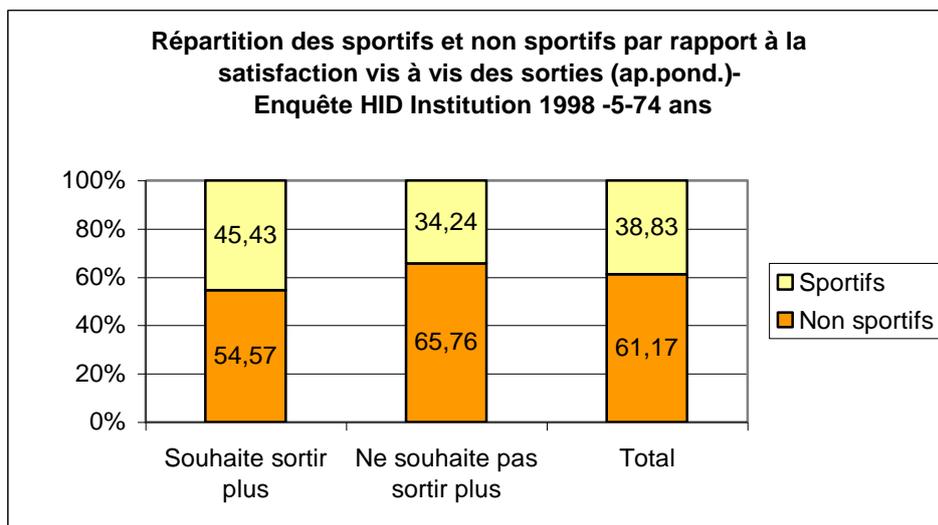
L'aspiration à plus de sorties est une dimension de la satisfaction à l'égard de la vie quotidienne que l'on peut analyser à partir de la variable TDPLUS (MODT) qui repose sur la question suivante : « Voudriez-vous pouvoir sortir plus souvent ? ».

On peut considérer qu'il s'agit d'une évaluation de la satisfaction des personnes au regard de leur liberté ou possibilités de sorties. Dans ce cadre, nous avons fait un score très simple : score de 0 « oui », pour ceux souhaitent sortir plus souvent et donc qui sont insatisfaits, à score de 4 « non » pour ceux qui sont satisfaits de leurs sorties, avec élimination des personnes qui ne répondent pas à cette variable, et de ceux qui « ne savent pas » (mod 9).

Dans l'enquête Institution, ce scorage diminue la population d'étude disponible et la ramène à 4245 sujets de 5 à 74 ans. Dans ce groupe le taux de pratique sportive moyen est de 38,8%, et les résultats montrent que les sportifs sont bien plus insatisfaits que les non sportifs au regard de cette question : en effet le taux de sportifs chez les «insatisfaits », ceux qui voudraient pouvoir sortir plus souvent, grimpe à 45,4%. Nous avons là un secteur de la « qualité de vie » avec lequel la pratique sportive entretient un lien spécifique, un lien négatif : faire du sport produit plus d'envie de sortir, à moins que ce ne soit l'envie de plus sortir qui amène à faire du sport...

Pour aller un peu plus loin dans la compréhension de ce phénomène, il faut rappeler que le groupe ici étudié est limité, et en particulier en ont été exclues les personnes qui ne sont pas autorisées à sortir de l'institution, et celles qui sont déclarées « confinées à l'intérieur de l'institution ».

Graphique 67



Qui sont alors ces sportifs vivant en institution, qui aspirent à plus de sorties ? Ils représentent 1063 sujets en effectifs bruts et 82,5% d'entre eux (ap. pond.) ont entre 5 et 44 ans. 60% d'entre eux sont des hommes. Ce sont, pour 79,3% (ap. pond.) des personnes présentant une ou des déficiences intellectuelles ou psychiques (mono déficience intellectuelle

ou psychiques ou multi déficiences avec déficience intellectuelle ou psychiques). 79,9% d'entre eux n'ont aucune incapacité de mobilité corporelle.

Il faut rappeler que le groupe des sportifs en institution a un taux de participation à des sorties et spectacles plus élevé que les non sportifs. On se trouve donc dans la situation où le groupe qui sort le plus est également celui qui souhaite sortir encore plus.

A domicile, à l'inverse, chez les personnes satisfaites (ne veulent pas sortir plus souvent), on a un pourcentage de 45,2% de sportifs. Ceux qui aspirent à sortir plus sont sportifs pour seulement 28,45%. Le taux de pratique sportive, dans la population domicile ici étudiée étant de 42,8%, on peut dire que la pratique sportive est liée à une plus grande satisfaction à l'égard des sorties.

Si l'on prend en compte le score global d'incapacité, on peut utiliser ce croisement jusqu'au score global d'incapacité de 4 sans trop de problèmes d'effectif.

On voit clairement qu'en institution, à niveau d'incapacité contrôlé, les « insatisfaits » sont toujours plus souvent sportifs que les « satisfaits ». Le contrôle des incapacités ne change donc pas le résultat général.

**Tableau 105 – Taux de pratique sportive selon l'aspiration à sortir et le score global d'incapacité – Enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999 – 5-74 ans.**

Score global d'incapacité et envie de sorties (% pond. de sportifs)	Institution - Souhaite sortir plus (0)	Institution - Ne souhaite pas sortir plus (4)	Institution Ensemble	Domicile- Souhaite sortir plus (0)	Domicile - Ne souhaite pas sortir plus (4)	Domicile Ensemble
0	52,6	38,1	43,5	32,4	46,6	44,8
1	40,3	31,5	35,8	7,1	11,5	9,9
2	28,7	23,4	25,9	5,5	3,4	4,4
3	29,3	9,5	17,6	1,5	5,4	3,5
4	17,1	11,5	14,6	1,2	3,3	2,2
5	29,5	13,6	22,1	0	0	0
Tous	45,4	34,2	38,8	28,5	45,2	42,8

\*Les chiffres en italiques désignent les taux obtenus sur des groupes inférieurs à 40 observations brutes.

Si à domicile, la part des sportifs est bien plus importante chez ceux qui sont satisfaits de leurs sorties, que chez ceux qui voudraient pouvoir sortir plus souvent, il faut noter qu'au score d'incapacité de 2, une petite inversion s'opère.

En institution, à taux d'incapacité contrôlé les sportifs sont toujours sur-représentés dans le groupe qui « veut pouvoir sortir plus », contrairement à ce que l'on observe dans la population vivant à domicile.

On peut dire que tout se passe comme si la pratique sportive accentuait le désir de sortir pour ceux qui vivent en institution, alors qu'à domicile c'est l'absence de pratique sportive qui est liée à l'envie de sortir plus.

## **5. La pratique sportive et la « qualité de vie » subjective**

Les éléments présents dans l'enquête, et que l'on a utilisés ici pour approcher la satisfaction et la qualité de subjective sont très divers, et les résultats obtenus ne permettent pas d'aller dans le sens d'une tendance globale différenciant sportifs et non sportifs.

Ils montrent surtout que c'est principalement **l'autoévaluation de la santé** qui est positivement affectée par la pratique sportive, pour tous, que l'on vive à domicile ou en institution, quel que soit le niveau d'incapacité.

Pour les autres indicateurs de satisfaction, la pratique sportive ne semble pas agir de la même manière en institution et à domicile. L'effet de la pratique sportive semble même parfois inversé selon le lieu de vie.

C'est le cas pour la satisfaction à l'égard de l'aide reçue. La satisfaction par rapport à l'aide reçue est liée positivement au sport en institution, mais à domicile le lien est négatif. Ce sont les sportifs vivant à domicile qui sont les moins satisfaits par rapport à l'aide reçue, à incapacité contrôlée.

C'est le cas également en ce qui concerne la satisfaction à l'égard de la quantité de sorties : l'impact du sport est inversé selon le lieu de vie. En institution, à taux d'incapacité contrôlé les sportifs sont toujours sur-représentés dans le groupe qui « veut pouvoir sortir plus », c'est à dire chez les insatisfaits. On peut dire que la pratique sportive est liée en institution à une plus grande aspiration à aller vers l'extérieur. Dans la population vivant à domicile, les sportifs à l'inverse sont sur-représentés chez les « satisfaits de leur quantité de sorties ».

La satisfaction quant au logement ne varie que très peu selon que l'on pratique un sport ou non, quand on est en institution. Elle apparaît également relativement stable aux différents niveaux d'incapacités.

A domicile, par contre, les sportifs sont sur-représentés chez les « satisfaits de leur logement » et les non sportifs y sont sous-représentés.

Il n'apparaît donc pas très pertinent de faire un score global cumulé de ces différents sous score. Par contre, nous allons essayer de voir comment interagissent des différents éléments, par le biais d'une analyse factorielle.

Ainsi, en institution, on voit apparaître deux axes majeurs permettant de lire ces données plus clairement : un premier axe regroupe la pratique sportive, l'âge et l'auto-évaluation, avec d'un côté les sportifs, jeunes, avec une autoévaluation de la santé positive, et de l'autre les non sportifs, âgés, avec une auto-évaluation de la santé plus négative. Un second axe regroupe la satisfaction à l'égard de l'aide reçue et du logement, avec d'un côté les satisfaits et de l'autre les insatisfaits.

## VIII. Intérêts et limites de l'indicateur « pratique sportive » dans la compréhension et l'évaluation des situations de handicap, et d'exclusion sociale

A la fin de cette exploitation des enquêtes HID Institution 1998 et Domicile 1999-2000, que peut-on dire sur la thématique générale qui est la nôtre : « Pratique sportives et personnes handicapées ».

Plus précisément, sans reprendre toutes les données descriptives préalablement exposées, nous nous demandons comment évaluer l'impact des pratiques sportives sur les désavantages sociaux, partant de l'hypothèse, qu'à niveau d'incapacité donné les sportifs étaient ceux qui étaient le moins en situation de handicap, ou de désavantage social pour le dire autrement.

Avant de tenter une synthèse, rappelons que l'ensemble des données sont déclaratives et que contrairement à ce que certaines formulations simplifiées pourraient parfois laisser penser, nous avons étudié les différences entre les personnes se déclarant sportives, ou non. De même les évaluations des déficiences<sup>9</sup>, incapacités, activités de loisirs, etc. reposent sur les déclarations des sujets (ou d'autres personnes lorsque celles-ci n'ont pu répondre directement à l'enquête). La prudence de formulation voudrait donc qu'on explicite les résultats par exemple comme suit : les personnes déclarant avoir une pratique sportive régulière sont celles qui déclarent une meilleure santé. Bien souvent des raccourcis de langage sont opérés, mais c'est bien ainsi qu'ils faut prendre en compte les résultats ici obtenus.

Cette remarque préliminaire faite, nous pouvons souligner les points centraux amenés par l'étude.

### ***A. L'institution et le domicile : des contextes fondamentalement différents au regard de la pratique sportive.***

L'étude met en évidence des différences radicales entre le domicile et l'institution au regard de la pratique sportive.

Si l'institution, globalement, est un espace dans lequel les taux de pratique sportive sont plus bas qu'à domicile, dès que des incapacités notables apparaissent, elle est le lieu qui favorise le plus la pratique sportive. Ceci est plus particulièrement marqué dans le cas de déficiences intellectuelles ou psychiques, avec incapacités de cohérence, de communication ou d'orientation.

Par ailleurs l'institution semble réduire fortement les différences sexuées de pratique sportive observables à domicile, où les femmes se déclarent beaucoup moins sportives que les hommes.

Cela peut être relié aux justifications de la non pratique sportive qui sont très différentes selon que l'on vit à domicile ou en institution. Le manque de temps ou de

---

<sup>9</sup> L'évaluation des déficiences échappe à cette remarque générale en ce qui concerne l'institution, puisqu'on a utilisé le recodage, fait *a posteriori*.

partenaires est une limitation forte à la pratique sportive pour la population vivant à domicile, en particulier pour les femmes, mais pas pour la population vivant en institution.

En outre, si l'on retrouve globalement la prédominance des mêmes activités sportives dans les deux populations, certaines activités sont très limitées en institution (comme le cyclisme), tandis que d'autres y sont favorisées.

Compte tenu du fait que les sportifs en institution déclarent, pour la grande majorité d'entre eux, pratiquer le sport avec l'institution dans laquelle ils vivent, on peut dire que les institutions d'hébergement apparaissent comme un des facteurs clés de la pratique sportive des personnes institutionnalisées, tant qualitativement que quantitativement.

D'ailleurs la « stimulation » pour la pratique sportive, produite par les institutions peut se lire au travers d'un taux limité de personnes déclarant « ne pas avoir besoin ou envie de faire du sport » dans les institutions par rapport au domicile.

Un élément majeur ressort également tout au long de l'analyse, c'est la spécificité des personnes les plus âgées de notre population d'étude (les 55-74 ans), qui dans le transfert vers les établissements d'hébergement pour personnes âgées, affiche une chute rapide du taux de pratique sportive.

## ***B. Sport, statut administratif, désavantage social, lien social, et satisfactions.***

Nous avons voulu comparer les sportifs et les non sportifs à travers le statut administratif, le désavantage social, le lien social versus l'isolement social, et les satisfactions versus les insatisfactions.

### **1. Les sportifs et les non sportifs vivant en institution**

D'une manière globale on peut dire qu'en institution, les sportifs sont plus souvent reconnus administrativement comme handicapés que les non sportifs, à incapacité contrôlée.

Ils sont un peu plus souvent scolarisés en établissements spécialisés que les non sportifs, et sont moins souvent diplômés, à score global d'incapacité contrôlé.

Le mariage se révèle très difficilement accessible aux personnes vivant en institution, les sportifs étant ici plus désavantagés encore que les non sportifs, à âge et score global d'incapacité contrôlés. De la même manière, l'accès au statut parental est très limité pour la population institutionnelle, les sportifs étant ici également plus désavantagés que les non sportifs.

Par contre, ils sont un peu moins en difficulté pour l'accessibilité à différents lieux.

Ils sont moins souvent dans la situation de n'avoir jamais été scolarisés, si leur niveau d'incapacité n'est pas trop élevé.

Ils se révèlent plus avantagés en ce qui concerne les départs en vacances, la professionnalisation, l'accès aux études, et aux spectacles culturels et sportifs.

Finalement, on pourrait dire qu'en institution, les sportifs souffrent d'un désavantage spécifique dans l'accès aux statuts sociaux et activités sociales les plus « classiques » et « premières » : l'école ordinaire, les diplômes, le mariage, les enfants.

Il sont, par contre, plus souvent que les non sportifs en « activité », qu'il s'agisse de l'activité professionnelle ou des études, alors qu'ils sont sous représentés chez les « inactifs ».

Ils sont également avantagés dans les sorties et les déplacements, puisqu'ils sont plus nombreux à sortir pour assister à des spectacles culturels ou sportifs et à partir en vacances.

On pourrait dire que les sportifs vivant en institution souffrent d'un handicap de « statut social » par rapport aux non sportifs, mais pas d'un « handicap d'activité », ce dernier touchant plus les non sportifs que les sportifs.

Les sportifs vivant en institution sont en outre caractérisés par un lien direct plus intense avec leur famille que celui observé chez les non sportifs, et ce particulièrement chez les adultes et les plus âgés. Compte-tenu du fait qu'ils sont rarement mariés, c'est de la famille d'origine qu'il s'agit la plupart du temps. Ils ont également des liens amicaux intra-institutionnels plus riches que les non sportifs.

Les sportifs sont globalement plus nombreux que les non sportifs à déclarer un « lien amoureux », mais cela est vrai uniquement lorsque les incapacités sont légères. On peut dire ici que les liens « amoureux » semblent possibles à déclarer, et donc bien acceptés, mais l'officialisation par le biais du mariage reste quasi-inaccessible ainsi que le fait de faire des enfants. Cela doit se comprendre en rappelant que la population vivant en institution est en grande majorité déficiente intellectuelle, et que nous avons ici un reflet de ce qui est « autorisé » ou « toléré » en ce qui concerne les relations amoureuses pour ce public.

Leur lien « associatif » est également plus fort que celui des non sportifs. Cependant, au sein des personnes engagées dans des associations, ils sont moins nombreux que les non sportifs à accéder à un rôle de « responsable ».

Les sportifs vivant en institution apparaissent donc comme moins isolés que les non sportifs, principalement par l'intensité des relations entretenues avec la famille, la richesse du lien intra-institutionnel, et la plus forte fréquence d'un lien « associatif ».

En ce qui concerne les satisfactions et insatisfactions, les sportifs apparaissent comme toujours plus satisfaits de leur santé que les non sportifs. Ils sont également plus satisfaits de l'aide qu'ils reçoivent, et ce principalement lorsque les incapacités s'aggravent (à partir du score global d'incapacité de 3).

Par contre leur insatisfaction s'exprime bien plus fortement que pour les non sportifs en ce qui concerne les sorties, qu'ils voudraient pouvoir augmenter.

Finalement, pour les personnes vivant en institution, on peut dire que la pratique sportive se présente comme un indicateur d'activité au sens large (professionnelle, études, loisirs) de lien social, de lien amoureux lorsque les incapacités sont légères, de satisfaction par rapport à la santé et au soutien reçu, et d'aspiration à aller vers l'extérieur.

Mais il révèle également des désavantages dans l'accès à un statut social normal (école ordinaire), et ce particulièrement chez les adultes (diplômes, statut marital, parental, et lien amoureux dès lors que les incapacités s'aggravent).

Compte-tenu du fait que la population vivant en institution est en grande majorité composée de personnes présentant des déficiences intellectuelles ou psychiques (mono ou multi), et qui ont des taux de pratique sportive parmi les plus élevés, il faut comprendre que dans les non sportifs la part des personnes sans déficience intellectuelle ou psychique est plus importante.

## **2. Les sportifs et non sportifs vivant à domicile**

Les sportifs vivant à domicile sont évidemment moins souvent reconnus administrativement comme handicapés que les non sportifs quand les incapacités sont légères. Par contre, dès que celles-ci deviennent plus importantes, ils sont plus nombreux à être reconnus officiellement comme handicapés que les non sportifs.

Du point de vue de l'accessibilité, globalement les sportifs déclarent moins souvent que les non sportifs des limitations ; par contre plus de la moitié des sportifs en fauteuil roulant déclarent ce type de désavantage, contre 42% des non sportifs en fauteuil roulant. On peut se questionner sur la dimension militante de cette déclaration de la part des sportifs en fauteuil, même si les effectifs limités doivent nous inciter à la prudence (seulement 11 sportifs en fauteuil à domicile).

Pour les jeunes vivant à domicile, on peut dire que les sportifs sont plus souvent en établissement scolaire ordinaire que les non sportifs, et ce également pour les jeunes présentant une déficience ou plus.

Suivant la même tendance, les sportifs sont plus souvent diplômés que les non sportifs, et ce en particulier à partir de 35 ans. A score d'incapacité contrôlé, les sportifs restent les plus diplômés.

Ils sont également plus avantagés que les non sportifs en ce qui concerne les départs en vacances, et les sorties pour des spectacles sportifs et culturels.

Les sportifs sont également sur-représentés chez ceux qui sont en activité professionnelle ou en cours d'étude, et sous-représentés chez les inactifs.

En ce qui concerne le mariage, les sportifs sont en général plus souvent célibataires (37,8%) que les non sportifs (31%), mais pour certains types de mono-déficience (motrice, visuelle, intellectuelle ou psychique), à l'inverse, la pratique sportive apparaît comme positivement liée au mariage.

Les sportifs sont également plus souvent sans enfant que les non sportifs, à niveau d'incapacité contrôlé. Mais là encore certains groupes de mono-déficients se distinguent, les sportifs ayant plus souvent des enfants que les non sportifs lorsqu'ils sont mono-déficients moteurs, visuels, et intellectuels ou psychiques.

A domicile, il semble que les sportifs soient une population ayant globalement un accès facilité aux rôles sociaux « normaux » par rapport aux non sportifs, à niveau d'incapacité comparable, puisqu'ils se déclarent moins limités dans l'accessibilité (sauf pour les sportifs en fauteuil), plus souvent scolarisés en établissements ordinaires, plus souvent diplômés que les non sportifs.

Comme les sportifs en institution, ils partent également plus souvent en vacances, sortent plus souvent pour des spectacles, sont plus souvent en activité professionnelle ou étudiante.

Pour le mariage et les enfants, par contre, les sportifs ne sont avantagés que dans certains cas de mono-déficiência. Mais à incapacité contrôlée, les sportifs sont ceux qui sont le moins souvent mariés, et le plus souvent sans enfant, comme en institution.

Du point de vue de l'atteinte du lien social, les sportifs sont moins isolés de leur famille que les non sportifs, et ils déclarent plus souvent des contacts amicaux fréquents.

En ce qui concerne les relations amoureuses et leur lien avec la pratique sportive, les résultats sont complexes et fortement liés au score d'incapacité. Les sportifs sont très légèrement avantagés par rapport aux non sportifs mais uniquement à faible niveau d'incapacité. Ensuite les non sportifs maintiennent de façon significative des liens amoureux, alors que les sportifs (dont la part devient très faible) déclarent très peu de lien amoureux.

Le lien associatif concerne presque un tiers de la population à domicile, et comme la pratique sportive se déroule fréquemment en association pour la population vivant à domicile (dans plus de 50% des cas), les différences entre sportifs et non sportifs sont très fortes. 48% des sportifs participent à une ou plusieurs associations, pour seulement 17% des non sportifs, et cette tendance se retrouve à incapacité contrôlée.

Les sportifs vivant à domicile apparaissent donc comme moins isolés socialement que les non sportifs, et ce à incapacité contrôlée. Pour le lien amoureux, le bénéfice des sportifs est faible, et n'existe que dans le cas d'incapacités limitées. Ensuite, lorsque les incapacités augmentent, ce sont les non sportifs qui accèdent plus facilement au lien amoureux.

Du point de vue des satisfactions et insatisfactions, ce que l'on peut appeler la qualité de vie subjective, la pratique sportive correspond à une meilleure autoévaluation de la santé, à score d'incapacité et âge contrôlés.

Elle est également liée, globalement, à une plus grande satisfaction à l'égard de l'aide reçue, lorsque des incapacités se révèlent. Les sportifs sont, en outre, plus satisfaits de leurs conditions de logement et de leur quantité de sorties que les non sportifs, à incapacité contrôlée.

Les sportifs à domicile sont donc globalement plus satisfaits de leur situation que les non sportifs.

On peut dire que pour les personnes qui vivent à domicile, la pratique sportive est liée à un meilleur accès à l'environnement, à la scolarité en école ordinaire, aux diplômes, à l'activité professionnelle ou étudiante, aux vacances, aux sorties.

Seule limitation, mais de taille, à cet avantage général, l'accès aux statuts marital et parental est globalement plus limité pour les sportifs que pour les non sportifs, à l'exception de quelques groupes de mono-déficients. Le lien amoureux, en dehors du mariage, est de même problématique pour les sportifs dès que les incapacités sont importantes. Il n'est favorisé pour eux que lorsque leurs incapacités sont minimales.

Cependant, les sportifs apparaissent comme moins isolés socialement que les non sportifs, voyant plus leur famille, ayant plus d'amis, étant plus souvent adhérents d'une association.

Ils apparaissent également comme plus satisfaits de leur santé, de leur logement, de leur quantité de sorties. Ils sont également plus satisfaits de l'aide qu'ils reçoivent, principalement quand les incapacités se révèlent.

## **IX. Sport et handicaps :**

La pratique sportive apparaît donc effectivement, au travers de cette enquête HID comme liée à une diminution des désavantages sociaux.

Cependant, il est clair que la pratique sportive est un phénomène bien différent pour les personnes vivant en institution, et pour celles qui vivent à domicile.

Très encadrée par les institutions spécialisées, et de ce fait vraisemblablement adaptée, la pratique sportive devient accessible à des publics présentant des incapacités importantes. A domicile par contre, la pratique sportive est très autonome, et libre.

## X. Bibliographie

- Borrel C. & Risselin P. (1998). La connaissance statistique du handicap et de la dépendance : état des lieux, nature des besoins, perspectives d'amélioration, *Revue Française des affaires sociales : L'intégration des personnes handicapées : quelques éléments de bilan*, , 1, mars 1998, pp.17-25.
- Casadebaig F., Chapireau F., Ruffin D. et Philippe A. (2002). *Description des populations des institutions psychiatriques dans l'enquête HID (Handicap-Incapacités-Dépendance)*, Rapport de recherche, Convention Inserm-Drees, Paris.
- Davisse A. & Louveau C. (1991). *Sports, école, société. La part des femmes*. Joinville le Pont, Actio.
- Davisse A. & Louveau C. (1998). *Sports, école, société. La différence des sexes*. Paris, L'Harmattan.
- Donnat O. (1998). *Les pratiques culturelles des français - Enquête 1997*, Paris, La Documentation Française. (enquête sur 3000 individus de 15 ans et plus
- Dulong R. (1998). Interrogations sociologiques sur le handicap sensoriel, *Revue Française des affaires sociales : L'intégration des personnes handicapées : quelques éléments de bilan*, , 1, mars 1998, pp.63-68.
- Fontayne P., Sarrazin P. & Famose J.P. (2001). Les pratiques sportives des adolescents : une différenciation selon le genre, *Revue STAPS*, 55, 23-37.
- Garrigues P. (1988). *Evolution de la pratique sportive des français de 1967 à 1984*, Paris, Insee, 143 p. (BU Droit - 79-(44) INS).
- Guilbert P. & Choquet M. (2001). L'activité physique des jeunes de 12 à 25 ans, *Revue La Santé de l'Homme*, 354, juillet-aout 2001.
- Hatchuel G. & Loisel J.P. (1999). La vie associative : participer mais pas militer, *Données sociales*, Insee.
- Holm K (2001). La promotion d'un mode de vie actif auprès des aînés : le cas du Danemark, *Le sport pour tous et les politiques gouvernementales*, Actes du 8<sup>ème</sup> congrès mondial du sport pour tous, Québec 2000, p.216-224.
- Insee - résultats - consommation, modes de vie, les pratiques de loisirs », enquête 1987/1988, n°1 et n°3 de 1989
- Irlinger P., Louveau C., Métoudi M. (1987). *Les pratiques sportives des français*. Paris; Insep. CREDOC (1999).
- Laville J.L. & Sainsaulieu R. (1997). *Sociologie de l'association. Des organisations à l'épreuve du changement social*, Paris, Desclée de Brouwer.

Mormiche P. (1996). L'information sur le handicap et la dépendance en France, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 36, 4, oct-déc.

Mormiche P. (2000). Le handicap se conjugue au pluriel, *Insee première*, 742, oct 2000.

Michaudon H. (2000). L'engagement associatif après 60 ans, *Insee première*, 737, sep. 2000.

Mignon P. & Truchot G. (2001). La France sportive : premiers résultats de l'enquête « pratiques sportives 2000 », *Stat-info, bulletin de statistiques et d'études du ministère Jeunesse et Sports*.

Mignon P. & Truchot G. (2002). *Les pratiques sportives en France*, Paris, Ministère des Sports et Insep.

Nolin B. (1999). *Enquêtes sociales et de santé 1992-1993 et 1998*, Santé Québec, Institut de la statistique du Québec.

Owen N. et al. (2001) Etat de la pratique sportive chez les adultes et les aînés d'Australie, *Le sport pour tous et les politiques gouvernementales*, Actes du 8<sup>ème</sup> congrès mondial du sport pour tous, Québec 2000, p.225-237.

Paillet D. (1993). Qui sont les sportifs en fauteuil roulant ? Bénéfice social du sport chez les personnes handicapées ? In *Actes des 6èmes entretiens de l'Institut de Garches*, Paris, Arnette.

Pouquet L. (1995). Le sport en liberté, *Lettre du CREDOC*, n°94, janvier 1995.

Pouquet L. (1995). *Le comportement des consommateurs d'articles de sport*, rapport CREDOC pour la FIFAS et le Ministère de l'industrie.

Ravaud JF, Letourmy A., Ville I. (2001). Les populations handicapées : une question de point de vue, Document de travail HID, Colloque scientifique Montpellier, Drees, séries études, 16, 253-271.

Recueil d'Etudes Sociales (2000). Statistique publiques, n°18.

Roussel P.& Sanchez J. (2001). Les groupes exclusifs de personnes déficientes : mode de constitution, apports et limites, *Synopsis du Séminaire de recherche HID de Dourdan*, Ed. Ministère de l'emploi et de la solidarité – Drees.

Sallis J.F. et Patrick K. (1994). Physical activity guidelines for adolescents : consensus statement, *Pediatric Exercise Science*, Human Kinetics, 6(4), p.302-314.

Sureau P. (1989). Essai de démographie sportive, in *Economie politique du sport*, ss. dir ANDREFF W., Paris Dalloz, 1989.

U.S. Department of Health and Human Services (1996). *Physical activity and Health : a report of the surgeon general*, Atlanta, USDHHS, Centers for disease Control and prevention, national center for chronic disease and health promotion, 278 p.

Vaz de Almeida et al. (1999). Physical activity levels and body weight in a national representative sample in the european union, *Public Health Nutrition*, 2, pp. 105-113.

Ville I. (1999). Travail et Emploi : représentations du travail et de l'inactivité professionnelle, Rapport de recherche APF, convention 9705.

