

RAPPORT



Pratiques d'activités physiques et sportives des personnes en situation de handicap



Abstract

Cette enquête tente d'atteindre 2 objectifs distincts : approfondir les connaissances concernant l'activité physique et sportive des personnes en situation de handicap en Fédération Wallonie-Bruxelles ainsi que d'identifier les motivations, freins et leviers de ce public.

Cette enquête en ligne anonyme menée auprès de 576 adultes en situation de handicap dresse un premier état des lieux grâce à la diffusion de deux versions de questionnaire adaptées au niveau d'autonomie (répondants seuls ou avec aide).

Des analyses distinctes ont été réalisées selon le mode de réponse : les répondants seuls (majoritairement des femmes, vivant hors institution, avec un handicap moteur ou physique acquis) et les répondants avec aide (majoritairement des hommes, vivant plus souvent en institution, avec des handicaps intellectuels, cognitifs ou combinés innés).

Bien que 61,5% déclarent pratiquer une activité sportive, seule une personne sur deux atteint les recommandations hebdomadaires de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lorsque l'on considère l'ensemble des domaines d'activité (sport, déplacements, travail/études, domicile).

Les motivations les plus fréquemment citées concernent la santé, le plaisir et la dimension sociale. Les freins majeurs renvoient aux problèmes de santé liés au handicap, à la fatigue, au manque d'offre adaptée et aux difficultés d'accessibilité, tandis que 63,5% des personnes non sportives déclarent ne pas connaître l'offre existante près de chez elles. Les leviers identifiés reflètent ces obstacles : développement et meilleure visibilité de l'offre adaptée, encadrement professionnel formé, amélioration des infrastructures et accessibilité financière.

Face à la diversité de ces situations de vie, l'étude ne prétend pas à l'exhaustivité mais a néanmoins permis d'identifier quelques tendances concernant la pratique sportive chez les personnes en situation de handicap. Sur la base des résultats de l'analyse, quelques pistes d'action ciblées ont pu être identifiées. Au niveau des services publics, les pistes d'actions possibles seraient de diversifier et augmenter la visibilité de l'offre adaptée, d'améliorer l'accessibilité, et d'utiliser les données chiffrées pour sensibiliser et faire évoluer les mentalités. Au niveau des fédérations et clubs les pistes d'actions possibles seraient de renforcer la formation de leur personnel et de formaliser l'accueil ainsi que de favoriser les espaces sportifs inclusifs avec les personnes en situation de handicap.

Table des matières

Contexte.....	1
Méthodologie.....	3
Données collectées.....	3
Comparaison avec les données du SPF Sécurité sociale.....	4
Diffusion / Communication	5
Analyses.....	6
Limites.....	7
Analyse des résultats.....	8
1. Description de l'échantillon adulte	8
2. Profil sociodémographique.....	8
2.1. Répondants autonomes et répondants avec aide	8
2.2. Genre	9
2.3. Âge	9
2.4. Province	11
2.5. Placement en institution.....	12
2.6. Situation de vie	13
2.7. Niveau de diplôme.....	14
2.8. Activité principale.....	15
2.9. Aides perçues (sociales, handicap, autres, etc.).....	17
2.10. Analyse du profil.....	18
3. Type et caractéristiques du handicap	19
3.1. Handicap dans l'échantillon global	19
3.2. Différences selon le mode de réponse	22
3.3. Genre et répartition des handicaps.....	23
3.4. Origine du handicap	24
3.5. Niveau de diplôme et répartition des handicaps	25
3.6. Présence en institution	25
3.7. Diagnostic, degré d'autonomie et mode de déplacement quotidien	26
3.8. Analyse.....	28
4. Perception de la qualité de vie et de la santé	29
5. Pratiques d'activités physiques et sportives	33
5.1. Activité physique au travail ou lors des études.....	33
5.2. Déplacements.....	34
5.3. Activité physique à la maison.....	35

5.4. Activité sportive.....	36
5.5. Analyse globale de l'activité physique : au travail, lors des déplacements, domestique et activité sportive	41
6. Sédentarité et comportements statiques	42
7. Motivations	44
8. Freins	49
Leviers	55
Discussion	58
Recommandations.....	62

Table des figures

Figure 1 : Comparaison âge population générale et enquête	4
Figure 2 : Comparaison genre population générale et enquête.....	5
Figure 3 : Comparaison territoriale population générale et enquête	5
Figure 4 : Répartition entre répondants seuls et avec aidant.....	8
Figure 5 : Répartition par genre	9
Figure 6 : Répartition du genre entre répondants seuls et avec un aidant.....	9
Figure 7 : Répartition par âge	10
Figure 8 : Répartition par âge entre répondants seuls et avec un aidant.....	10
Figure 9 : Répartition par genre et par catégorie d'âge	11
Figure 10 : Répartition géographique.....	11
Figure 11 : Comparaison territoriale données LHF et données enquête.....	12
Figure 12 : Comparaison territoriale données générales et données enquête.....	12
Figure 13 : Placement en institution	12
Figure 14 : Placement en institution entre répondants seuls et avec un aidant.....	13
Figure 15 : Situation de vie	13
Figure 16 : Situation de vie entre répondants seuls et avec un aidant.....	14
Figure 17 : Niveau d'instruction.....	14
Figure 18 : Niveau d'instruction entre répondants seuls et avec un aidant	15
Figure 19 : Activité principale	15
Figure 20 : Activité principale recalibrée	16
Figure 21 : Activité principale entre répondants seuls et avec un aidant.....	16
Figure 22 : Activité principale selon le genre.....	17
Figure 23 : Aides perçues	17
Figure 24 : Aides perçues entre répondants seuls et avec un aidant.....	18
Figure 25 : Nombre de handicap par personne.....	19
Figure 26 : Types de handicap.....	20
Figure 27 : Répartition des différentes combinaisons de handicap.....	21
Figure 28 : Comparaison des handicaps moteurs entre les répondants seuls et avec un aidant.....	21
Figure 29 : Comparaison handicaps sensoriels entre répondants seuls et avec un aidant	22
Figure 30 : Fréquence par nombre de handicap entre répondants seuls et avec un aidant	22
Figure 31 : Proportion des handicaps selon le mode de réponse	23
Figure 32 : Répartition de genre par combinaison du handicap	24
Figure 33 : Origine du handicap entre répondants seuls et avec un aidant	24
Figure 34 : Répartition des handicaps selon leur origine	25
Figure 35 : Placement en institution en fonction du type de handicap	25
Figure 36 : Proportion d'handicap diagnostiqué	26
Figure 37 : Degré d'autonomie entre répondants seuls et avec un aidant.....	26
Figure 38 : Degré d'autonomie en fonction des combinaisons principales de handicap(s).....	27
Figure 39 : Comparaison du mode de déplacement quotidien.....	28
Figure 40 : Perception de la qualité de vie.....	29
Figure 41 : Perception de la qualité de vie(score).....	30
Figure 42 : Perception de la qualité de vie entre répondants seuls et avec un aidant	31
Figure 43 : Perception de soi selon le type de handicap	32
Figure 44 : Perception de soi selon le fait d'être sportif ou non-sportif	32
Figure 45 : APS au travail entre répondants seuls et avec un aidant	33

Figure 46 : Moyenne de temps d'APS au travail selon le genre	33
Figure 47 : Mode de déplacement	34
Figure 48 : Proportion du genre par type de déplacement.....	34
Figure 49 : Moyenne de temps de déplacement actif selon le genre.....	34
Figure 50 : APS domestique entre répondants seuls et avec un aidant.....	35
Figure 51 : Moyenne de temps d'APS domestique selon le genre.....	35
Figure 52 : Pratique d'une APS	36
Figure 53 : Type d'APS seul.....	37
Figure 54 : Type d'APS aidant	37
Figure 55 : Répartition entre sportifs et non-sportifs par âge.....	38
Figure 56 : Moyenne de temps d'APS par âge.....	39
Figure 57 : pratique ou non d'une activité sportive par genre	39
Figure 58 : temps hebdomadaire dédié à une activité sportive par genre.....	39
Figure 59 : Pratique d'une activité sportive par type de handicap	40
Figure 60 : Temps d'APS hebdomadaire par domaine	41
Figure 61 : Moyenne du temps sédentaire et temps d'écran	42
Figure 62 : Sédentarité en fonction du genre	43
Figure 63 : Sédentarité en fonction de l'âge	43
Figure 64 : Sédentarité en fonction du handicap	43
Figure 65 : Motivations principales (sportif)	44
Figure 66 : Motivation principale seul et aidant	45
Figure 67 : motivations principales non-sportif	45
Figure 68 : Motivation principale non-sportif seul et aidant	46
Figure 69 : Comparaison par genre de la motivation principale	47
Figure 70 : Comparaison par genre de la motivation principale (non-sportif).....	47
Figure 71: Motivation principale en fonction du handicap sportif et non sportif	48
Figure 72 : Frein principal (sportif).....	49
Figure 73 : Frein principal sportif seul vs aidant	50
Figure 74 : Connaissance d'une APS adaptée	50
Figure 75 : Frein principal non-sportif.....	51
Figure 76 : Frein principal non sportif seul vs aidant.....	52
Figure 77 : Comparaison du frein principal par genre chez les sportifs	52
Figure 78 : Comparaison frein principal par genre chez les non-sportifs	53
Figure 79 : Freins principaux par type de handicap (sportif et non-sportif).....	54
Figure 80 : Leviers pour la pratique d'une APS.....	55
Figure 81 : Leviers chez les sportifs	56
Figure 82 : Leviers (non-sportifs)	56
Figure 83 : Principaux leviers en fonction du genre.....	57

Contexte

La pratique du sport est un droit garanti par l'article 30 de la Convention internationale des droits des personnes handicapées¹. Ce droit s'incarne dans la stratégie interfédérale handicap 2022-2030, qui a pour objectif la promotion et l'expansion d'outils garantissant l'accès à la vie sportive et l'amélioration de l'accessibilité des infrastructures sportives². L'article 22ter de la Constitution établit également que "chaque personne en situation de handicap a le droit à une pleine inclusion dans la société, y compris le droit à des aménagements raisonnables".

En tant que service public, l'Administration Générale du Sport (plus communément appelée Adeps) a pour mission de soutenir, encadrer et promouvoir la pratique sportive de l'ensemble de la population en Fédération Wallonie-Bruxelles.

L'importance de l'activité physique dans la prévention des maladies et le maintien de la santé physique et mentale n'est aujourd'hui plus à démontrer. Un mode de vie actif joue un rôle essentiel dans la prévention de nombreuses maladies chroniques. Malgré les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une part importante de la population demeure insuffisamment active.³

Dans le cadre de la législature 2024-2029, l'un des objectifs prioritaires consiste à renforcer le soutien à l'handisport et à améliorer l'intégration d'une pratique handisportive au sein des fédérations et associations sportives.

Afin de répondre à cet objectif, une enquête spécifique a été développée, avec l'appui d'un comité de pilotage réunissant plusieurs acteurs dont l'Adeps, l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ), Sciensano, la Ligue Handisport Francophone (LHF), la Fédération de Sport adapté (Sportéa), le service Phare (COCOF) ainsi que la direction de l'égalité des chances du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Au-delà de son rôle méthodologique, ce comité a permis de renforcer la collaboration interinstitutionnelle et de favoriser une approche concertée autour de cette thématique.

En décembre 2020, une thèse intitulée « *Barrières au développement et à l'expansion d'activité physique et sportive adaptée pour personnes en situation de handicap physique en centres et clubs sportifs* » explique qu'il existe des « *barrières, telles qu'un manque de demande de la part de candidats potentiels et un manque de financement pour ce type d'activité. Malgré cela, 44% des clubs et centres sportifs affirment accueillir des participants en situation de handicap physique, et 17% affirment avoir une offre de programmes d'activités physiques et sportives adaptées (APSA).* »⁴ L'activité physique et sportive adaptée désigne un programme structuré d'activités physiques et sportive, spécifiquement conçu ou ajusté pour répondre aux capacités, aux besoins et aux limitations des personnes en situation de handicap.

En parallèle, les chiffres internes à l'ADEPS nous indiquent qu'il y aurait plus de 7000 membres affiliés à la LHF et à Sportéa et d'autres analyses internes semblent indiquer que de nombreux

¹<https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

² <https://socialsecurity.belgium.be/fr/publications/strategie-interfederale-handicap-2022-2030>

³ Jodogne et al., 2024, *Revue Médicale de Liège*, 79(5-6), 334-340

⁴ Science & Sports 36 (2021) 202–209, Declerck L. et al.
<https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/255633/1/main.pdf>

clubs accueillent des personnes en situation de handicap sans forcément adapter ou mesurer ces activités spécifiques.

Il était donc important pour l'administration d'augmenter sa connaissance sur la thématique, d'identifier la réalité de terrain et de déceler d'éventuelles pistes de solutions pour rapprocher ce public de la pratique d'activité physique et sportive.

Méthodologie

Données collectées

Le questionnaire a été élaboré en collaboration avec les partenaires du projet : Sciensano, l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ), la Fédération de sport adapté (SPORTÉA) et la Ligue Handisport Francophone (LHF).

L'enquête a été administrée en ligne, via un lien informatisé et anonyme. Elle reposait sur un format auto-administré. Deux versions ont été développées afin d'adapter le questionnement au profil des répondants :

- Une version pour les adultes répondant seul et de manière autonome ;
- Une version pour les adultes répondant via un aidant proche ;

Chaque questionnaire avait une durée estimée de complétion comprise entre 8 et 10 minutes.

L'enquête s'adressait aux personnes en situation de handicap résidant sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB). Toute personne se reconnaissant en situation de handicap pouvait participer.

Les deux questionnaires comportaient les mêmes questions. Seule la formulation variait selon que le questionnaire était complété par la personne elle-même ou par un aidant. Ils étaient structurés en plusieurs parties :

1. Informations générales : âge, genre, province de résidence, situation de vie.
2. Informations relatives aux études, à l'emploi et aux revenus : niveau de diplôme, activité principale, aides perçues.
3. Informations relatives à la déficience : type de handicap, caractéristiques et mode de déplacement.
4. Perception de la santé et de la qualité de vie.
5. Activité physique et sportive, structurée en quatre volets :
 - Activité au travail,
 - Déplacements,
 - Activités à domicile,
 - Pratique sportive.
6. Sédentarité : temps quotidien passé en position assise ou statique et temps passé devant les écrans.
7. Motivations liées à la pratique ou à la non-pratique d'une activité sportive.
8. Freins et leviers à la pratique.

Les questions relatives à l'activité physique s'appuient sur les méthodes GPAQ (Global Physical Activity Questionnaire) et IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), en interrogeant la fréquence, la durée et l'intensité des activités pratiquées.

Les questions étaient majoritairement fermées, avec des listes déroulantes ou des propositions de réponses prédéfinies. Ce choix méthodologique visait à faciliter la complétion du questionnaire par le public cible, tout en permettant une exploitation statistique structurée des données.

Enfin, les données recueillies reposent exclusivement sur des déclarations personnelles. Il s'agit donc de données déclaratives et non de mesures objectives de l'activité physique ou de la sédentarité.

Comparaison avec les données du SPF Sécurité sociale

Les résultats de l'enquête ont pu être comparés aux données du Service Public Fédéral (SPF) sécurité sociale (DGHAND) qui comptabilise environ 245.000 personnes de 20 ans et plus en situation de handicap en Fédération Wallonie-Bruxelles en mars 2026. Précisons que ces chiffres ne représentent que les personnes ayant effectué une démarche officielle de reconnaissance de handicap, et non l'ensemble des personnes concernées. Une partie importante de la population en situation de handicap n'est donc pas incluse dans ces données administratives mais elles permettent d'avoir une idée générale.

Le nombre total de répondants à l'enquête (576) est suffisant pour obtenir une vue d'ensemble de la population des personnes en situation de handicap. Pour donner une idée, il faudrait environ 384 répondants pour estimer les tendances globales avec une marge d'environ 5% et un niveau de confiance de 95%.

Cependant, lorsqu'on examine la répartition par tranches d'âge et par provinces avec les données du SPF, l'échantillon présente des déséquilibres importants : certaines tranches d'âge, notamment les 65 ans et plus, ainsi que certaines provinces comme le Hainaut, sont sous-représentées, tandis que d'autres sont sur-représentées. Ces écarts limitent la possibilité de tirer des conclusions précises pour chaque sous-groupe. Néanmoins, l'échantillon global permet de dégager de grandes tendances sur la population des personnes en situation de handicap.

Âge	Enquête	SPF Sécu sociale (DGHAN)	Ecart
18 - 24	9,2%	2,3% (20-24 ans)	6,9%
25-34	13,4%	6,3%	7,0%
35-44	22,4%	8,5%	13,9%
45-54	19,3%	13,8%	5,4%
55-64	19,8%	24,3%	-4,5%
65-74	12,3%	22,4%	-10,0%
75+	3,6%	22,3%	-18,6%

Figure 1 : Comparaison âge population générale et enquête

Genre	Enquête	SPF Sécu sociale (DGHAN)	Ecart
Un homme	41,6%	45,4%	-3,8%
Une femme	58,4%	54,6%	3,8%

Figure 2 : Comparaison genre population générale et enquête

Province / Région	Enquête	SPF Sécu sociale (DGHAN)	Ecart
Brabant Wallon	14,4%	5,6%	8,8%
Bruxelles	13,0%	16,5%	-3,5%
Hainaut	23,4%	31,4%	-8,0%
Liège	25,0%	27,9%	-2,9%
Luxembourg	11,5%	6,3%	5,2%
Namur	12,7%	12,3%	0,4%

Figure 3 : Comparaison territoriale population générale et enquête

Diffusion / Communication

L'enquête a été lancée le 10 septembre 2025. La diffusion a été assurée à la fois en interne au sein du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles et en externe, via les canaux institutionnels de l'ADEPS ainsi que ceux des partenaires.

En interne, l'enquête a été relayée :

- via la lettre d'information hebdomadaire Fédéhebdo,
- sur le réseau social interne Viva Engage,
- ainsi que sur l'intranet du MFWB.

En externe, l'**ADEPS** a assuré la diffusion de l'enquête :

- via une publication organique sur la page Facebook ADEPS_Officiel, complétée par une campagne sponsorisée du 29 septembre au 5 octobre,
- sur le site web de l'ADEPS et le site internet de la Fédération Wallonie-Bruxelles,
- via la lettre d'information de l'ADEPS,
- par un affichage papier et numérique (écrans) dans les centres sportifs ADEPS proposant des offres adaptées,
- et par l'intermédiaire des inspecteurs des Centres de Coordination Sportive (CCS), qui ont relayé l'enquête auprès des Centres Sportifs Locaux (CSL et CSL(i)).

Cette enquête interinstitutionnelle a également bénéficié d'un large relais par les services et partenaires suivants :

Direction de l'Égalité des chances au sein du Ministère de la FWB

- diffusion auprès des membres du Conseil consultatif des personnes en situation de handicap en Fédération Wallonie-Bruxelles,
- relais par le Conseil wallon des personnes en situation de handicap,
- relais par le Conseil Supérieur National des personnes en situation de handicap,

- relais par le Belgian Disability Forum (couple belge d'associations de personnes en situation de handicap),
- une communication complémentaire via un article dans la newsletter de la Direction de l'Égalité des chances ainsi qu'une publication sur ses réseaux sociaux

Sciensano

- diffusion de l'enquête via plusieurs publications sur les réseaux sociaux (les 17 septembre, 18 octobre et 4 novembre) complétée par une campagne sponsorisée

Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ)

- relais auprès de la Direction de l'hébergement et des services (services d'accompagnement de jour et résidentiel),
- diffusion sur les réseaux sociaux (Facebook),
- relais auprès des communes pour affichage et promotion,
- diffusion via Charleroi Ville Santé,
- envois dans l'ensemble des bureaux régionaux.

Service PHARE (COCOF)

- Relais et rappel vers l'ensemble des associations agréées et subventionnées par le Service PHARE (centres jour et hébergement, services d'accompagnement, entreprises de travail adapté, associations représentatives, services d'accessibilité, services de loisirs, etc.).
- Relais via les membres du Conseil consultatif Personnes handicapées de la COCOF
- Relais via les réseaux sociaux de la COCOF (Facebook et LinkedIn).

Fédération de Sports Adaptés (SPORTéA)

- diffusion par Altéo auprès de ses membres (24 septembre),
- diffusion par Esenca via ses différents canaux de communication (24 septembre),
- relais via réseaux sociaux et emails.

Ligue Handisport Francophone (LHF)

- relais de l'enquête via les réseaux sociaux (Facebook) et emails.

Analyses

Des analyses descriptives ont été réalisées afin de présenter les caractéristiques générales des répondants et de décrire les principales tendances observées dans les données.

Compte tenu de la diversité des configurations de handicap et du niveau d'autonomie des répondants, certaines analyses ont été menées en distinguant les personnes ayant complété le

questionnaire de manière autonome et celles ayant répondu avec l'aide d'un tiers. Ce choix méthodologique repose sur plusieurs constats observés dès les premières analyses descriptives et apparaît aussi comme un indicateur indirect du niveau d'autonomie.

Des analyses statistiques ont été conduites afin d'identifier les associations significatives entre certaines variables. Pour ce faire, des tests du chi carré (χ^2) ont été réalisés car ils permettent d'évaluer si les différences observées entre les groupes sont statistiquement significatives ou si elles peuvent être attribuées au hasard. Les résultats ont été interprétés à partir d'un seuil de signification de $p < 0,05$. La valeur de p fait référence au rejet d'une hypothèse nulle. Une hypothèse nulle est considérée comme une égalité entre deux variables : si cette hypothèse n'est pas rejetée, alors il existe une similarité entre les deux variables. Dans ce cas, p sera strictement supérieur à 0,05. Si cette hypothèse est rejetée, alors il existe une différence statistiquement significative entre les deux variables observées et elle n'est pas une conséquence du hasard. Dans ce cas, p sera inférieur ou égale à 0,05.

Limites

Ce projet a été mené sans budget dédié et avec des ressources humaines et financières limitées, ce qui a restreint les possibilités d'adaptation du questionnaire à l'ensemble des besoins spécifiques. Le choix contraint d'une diffusion et d'une passation exclusivement en ligne comporte plusieurs limites qu'il convient de souligner.

Le questionnaire n'a pas été décliné en braille, en langue des signes, ni en format papier, ce qui a pu restreindre l'accessibilité pour certains publics. Néanmoins, l'outil de collecte en ligne utilisé intégrait une fonctionnalité « basse vision », permettant d'adapter le contraste, la taille et l'épaisseur de la police. Cette option pouvait être activée ou désactivée directement par le répondant en haut de la fenêtre du questionnaire.

Un questionnaire spécifique destiné aux aidants a été développé. Il permettait à une personne proche (parent, frère ou sœur, ami·e, éducateur ou autre professionnel) de répondre au questionnaire à la place de la personne en situation de handicap, lorsqu'elle ne pouvait pas le compléter de manière autonome. Ce mode de réponse impliquant une personne supplémentaire a eu une influence sur le profil des répondants, et des différences sont observables entre les répondants ayant complété le questionnaire seuls et ceux ayant répondu avec un aidant.

Cette enquête n'avait pas pour objectif d'être représentative. La participation était volontaire et ouverte à toute personne se reconnaissant en situation de handicap sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles. La diffusion du questionnaire s'est notamment appuyée sur la Ligue Handisport Francophone et Sportéa, les deux fédérations sportives reconnues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Ce canal de diffusion a probablement favorisé la participation de personnes déjà engagées dans une pratique sportive ou affiliées à une structure sportive adaptée. Cela peut induire un biais de sélection.

Les données recueillies reposent exclusivement sur des déclarations personnelles. Comme toute enquête déclarative, elles comportent un risque de biais pouvant conduire à une surestimation du niveau d'activité physique ou à une sous-estimation des comportements sédentaires.

Enfin, pour les questions relatives au type de handicap, la présence de réponses ouvertes a révélé une grande diversité de situations, parfois difficiles à catégoriser. Certaines descriptions mêlaient diagnostics médicaux, symptômes, limitations fonctionnelles et/ou ressentis personnels.

Analyse des résultats

1. Description de l'échantillon adulte

Sur les 1 128 répondants de l'enquête, 608 questionnaires ont été complétés intégralement, soit un taux de complétion de 53,9%. Autrement dit, près d'un répondant sur deux n'a pas terminé le questionnaire. Comme évoqué précédemment dans les limites, cela peut s'expliquer en partie par le fait que le questionnaire n'était disponible qu'en ligne, sans déclinaisons sur d'autres formats pour améliorer son accessibilité. La longueur du questionnaire peut également avoir contribué à ce taux de non-complétion.

Parmi ces réponses complètes, 29 adultes ont indiqué ne pas résider sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles et 3 personnes ont été exclues de l'analyse car elles ont déclaré ne pas être en situation de handicap.

Les analyses suivantes sont donc basées sur 576 répondants adultes résidant en Fédération Wallonie-Bruxelles et en situation de handicap.

2. Profil sociodémographique

2.1. Répondants autonomes et répondants avec aide

Parmi l'échantillon global, 452 personnes (78,5%) ont complété le questionnaire de manière autonome, tandis que 124 personnes (21,5%) ont répondu avec l'aide d'un tiers.

Afin de distinguer clairement ces deux profils dans les analyses, les personnes ayant complété le questionnaire sans assistance sont désignées comme « répondants seuls », tandis que celles ayant bénéficié d'un accompagnement sont désignées comme « répondants avec aide ».

La forte proportion de répondants ayant complété le questionnaire de manière autonome (rapport de 1 à 3,65) implique que les résultats globaux tendent naturellement à refléter davantage le profil de ce groupe.

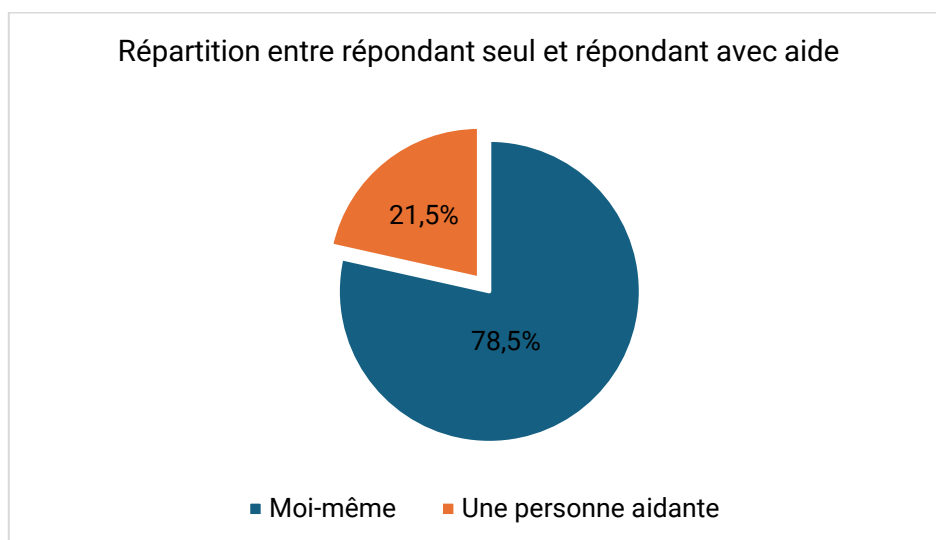


Figure 4 : Répartition entre répondants seuls et avec aidant

2.2. Genre

Dans l'échantillon global, les répondants se répartissent entre 58,2% de femmes, 41,5% d'hommes et 0,3% s'identifiant à un autre genre.

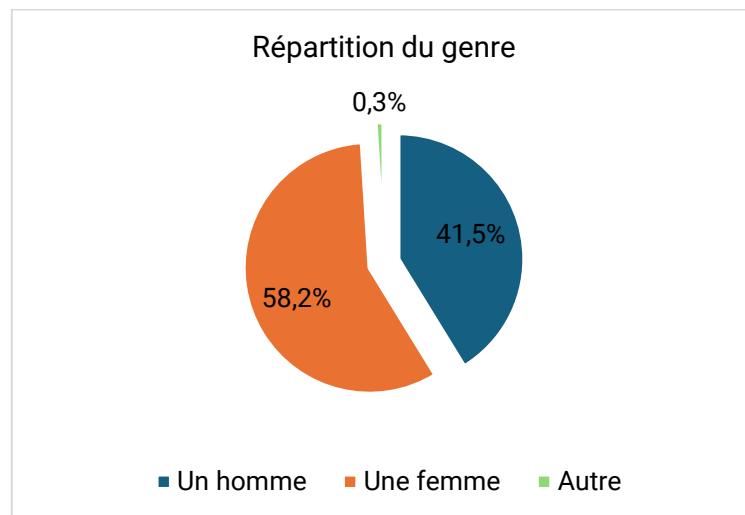


Figure 5 : Répartition par genre

Cette répartition varie fortement selon le mode de réponse. Pour ceux qui ont répondu seuls, la proportion des femmes est plus élevée (63,3%) que celle des hommes (36,6%). Chez les répondants avec aide, la distribution est inversée : les hommes y sont majoritaires (60,5%), tandis que les femmes représentent 39,5% des répondants.

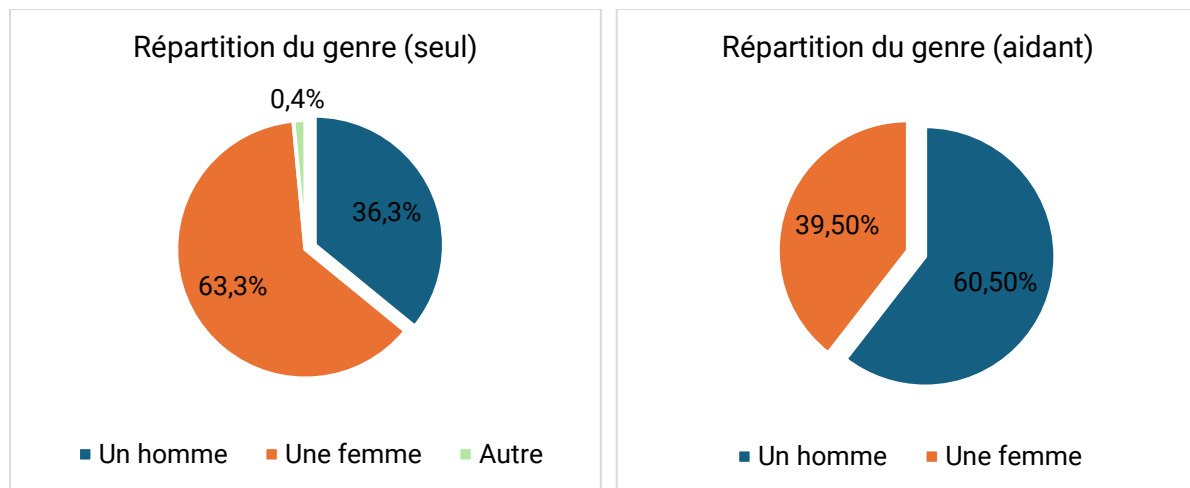


Figure 6 : Répartition du genre entre répondants seuls et avec un aidant

2.3. Âge

La distribution par âge suit une forme de courbe en cloche, avec une représentation moindre des tranches d'âges aux extrémités (18-24 ans et 75+ ans) et une concentration plus importante dans les tranches d'âges centrales (35-44 ans, 45-54 ans et 55-64 ans).

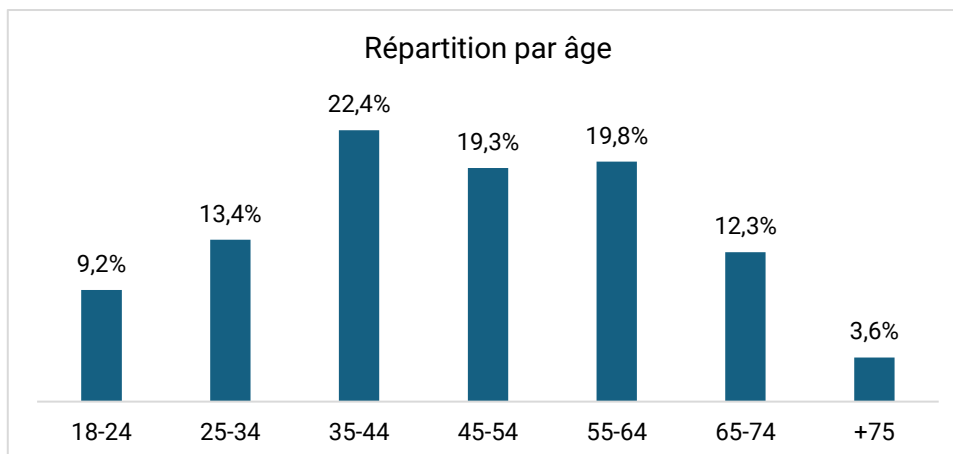


Figure 7 : Répartition par âge

Cette tendance est observée tant chez les répondants seuls que chez les répondants ayant bénéficié d'une aide.

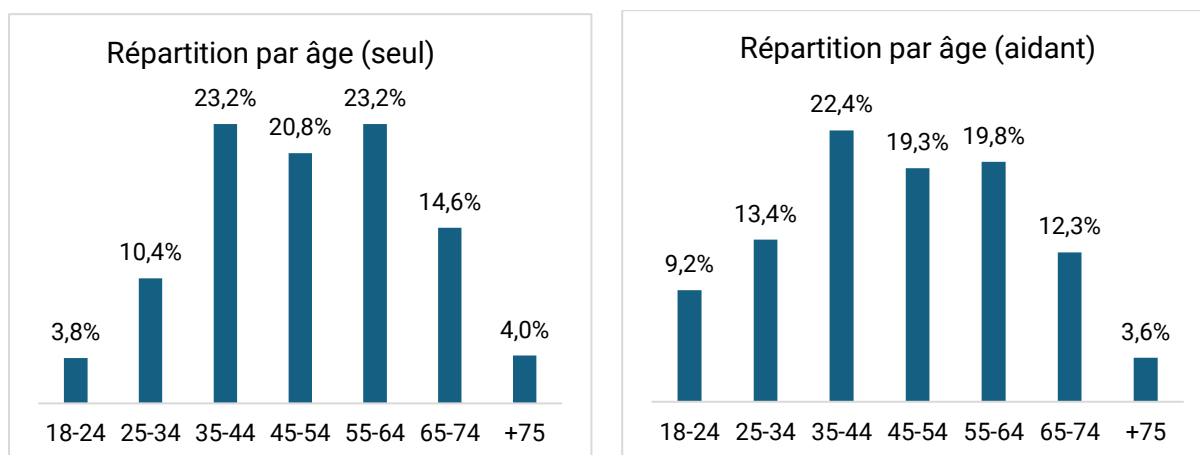


Figure 8 : Répartition par âge entre répondants seuls et avec un aidant

Lorsque l'on observe la répartition par genre, on constate que la structure par âge est similaire pour les hommes et les femmes, même si les femmes sont plus nombreuses dans l'ensemble de l'échantillon. Autrement dit, les femmes dominent numériquement presque partout, mais elles dominent surtout dans les tranches d'âge où la participation globale est déjà forte (35-64 ans). Les hommes suivent une répartition comparable : moindre représentation en début et fin de vie, et concentration dans les tranches centrales.

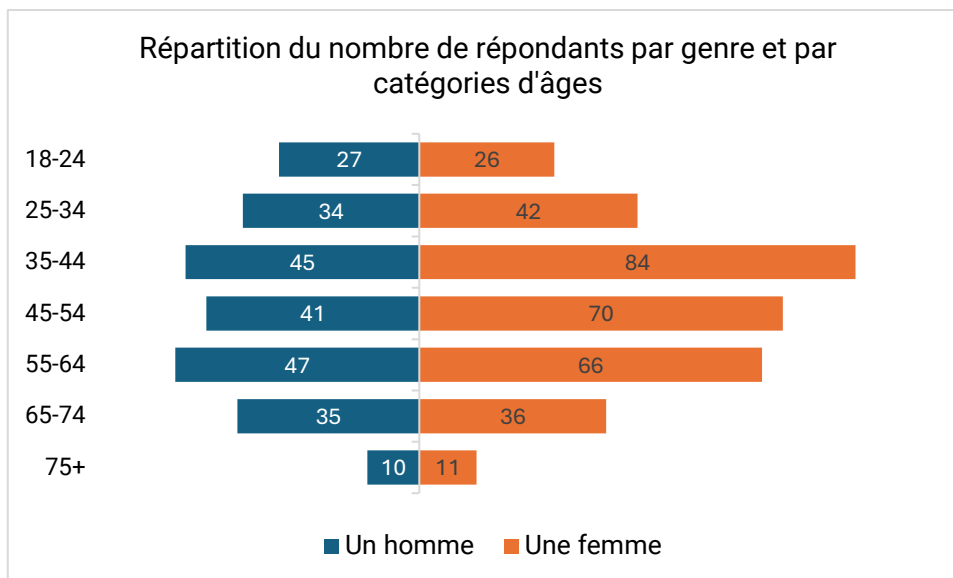


Figure 9 : Répartition par genre et par catégorie d'âge

2.4. Province

Au niveau de la répartition géographique, on constate que les répondants habitent principalement dans la province de Liège (25%) et du Hainaut (23,4%). On retrouve ensuite des citoyens de la province du brabant wallon (14,4%), de Bruxelles (13%), de Namur (12,7%) et du Luxembourg (11,5%).

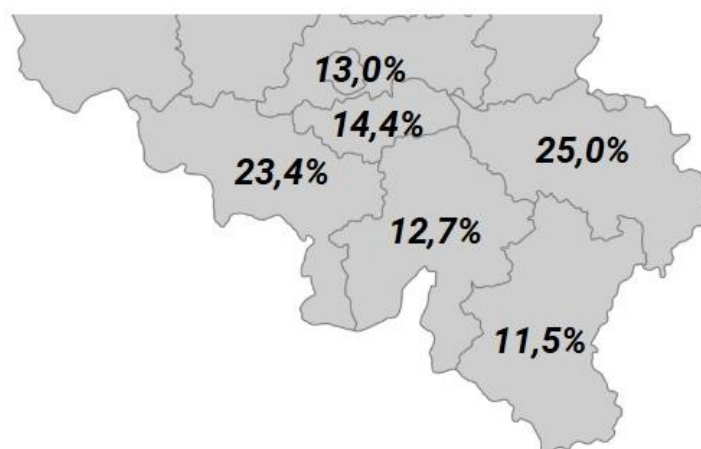


Figure 10 : Répartition géographique

Lorsque l'on compare cette distribution à celle des affiliés de la LHF, on observe des différences. Les membres de la fédération sont majoritairement domiciliés dans le Hainaut (44,9%), suivi de Liège (17,4%), de Bruxelles-Capitale (11,5%), de Namur (10,5%), du Brabant wallon (7,9%) et du Luxembourg (3,9%) (tandis que 3,9% résident en Flandre ou en France). Les répondants issus du Hainaut sont donc proportionnellement sous-représentés dans l'enquête, tandis que ceux du Brabant wallon, Liège et Luxembourg apparaissent surreprésentés.

Province / Région	Enquête	LHF	Ecart
Brabant Wallon	14,4%	7,90%	6,50%
Bruxelles	13,0%	11,50%	1,50%
Hainaut	23,4%	44,9%	-21,50%
Liège	25,0%	17,40%	7,60%
Luxembourg	11,5%	3,90%	7,60%
Namur	12,7%	10,50%	2,20%

Figure 11 : Comparaison territoriale données LHF et données enquête

Ces écarts se confirment également lorsque l'on compare les résultats de l'enquête aux données de référence du SPF Sécurité sociale (DGHAN) comme évoqué dans la partie sur la méthodologie. Les provinces du Brabant wallon et du Luxembourg sont surreprésentées, tandis que le Hainaut apparaît moins présent que ce que suggèrent les données du SPF.

Province / Région	Enquête	SPF Sécu sociale (DGHAN)	Ecart
Brabant Wallon	14,4%	5,6%	8,8%
Bruxelles	13,0%	16,5%	-3,5%
Hainaut	23,4%	31,4%	-8,0%
Liège	25,0%	27,9%	-2,9%
Luxembourg	11,5%	6,3%	5,2%
Namur	12,7%	12,3%	0,4%

Figure 12 : Comparaison territoriale données générales et données enquête

2.5. Placement en institution

Au total, 11,1% des répondants déclarent vivre en institution. Toutefois cette proportion change fortement en fonction du mode de réponse.

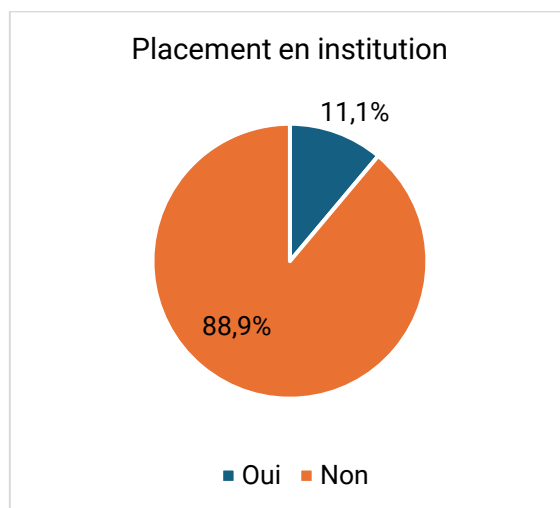


Figure 13 : Placement en institution

Parmi les répondants seuls, la très grande majorité ne vit pas en institution (97,1%). À l'inverse, chez les répondants avec aide, 41,1% vivent en institution, soit près d'une personne sur deux.

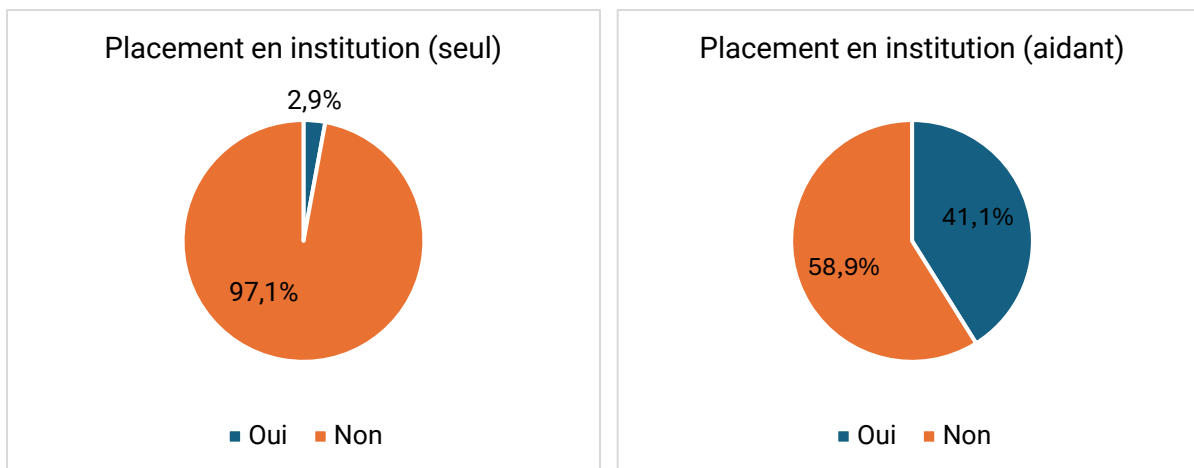


Figure 14 : Placement en institution entre répondants seuls et avec un aidant

2.6. Situation de vie

Parmi les 512 personnes ne vivant pas en institution, les situations de vie les plus fréquentes sont en couple sans enfants (25,4%), seul sans enfant (24,8%) et en couple avec enfant(s) (24,4%).

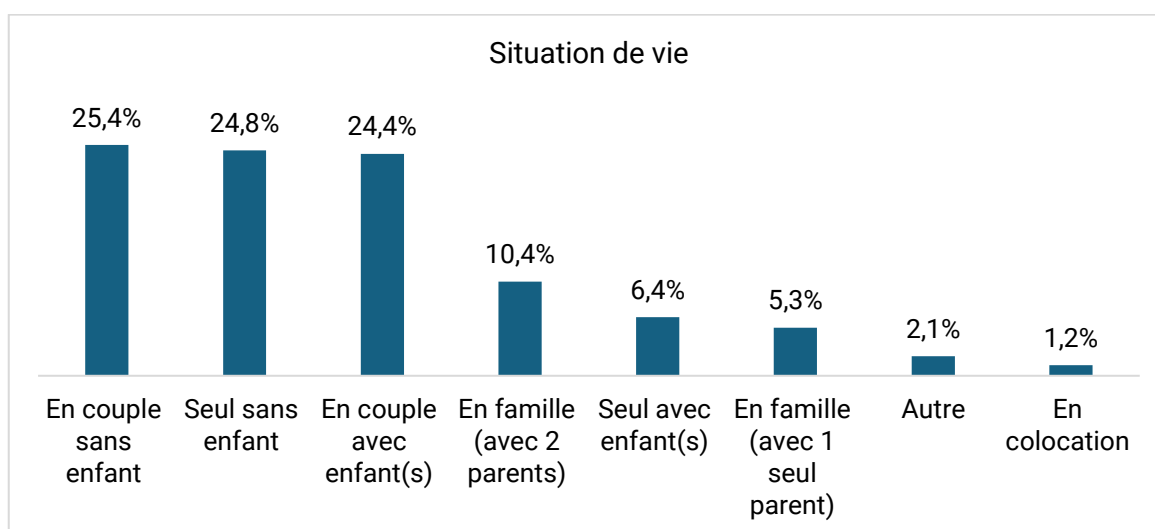


Figure 15 : Situation de vie

Chez les répondants seuls, les configurations de vie les plus courantes sont : vivre seul sans enfant (27,6%), en couple sans enfant (26,9%) et en couple avec enfant(s) (26,4%).

À l'inverse, les répondants avec aide déclarent principalement vivre en famille avec deux parents (37%), suivis de la vie en couple sans enfant (16,4%) et en famille monoparentale (15,1%).

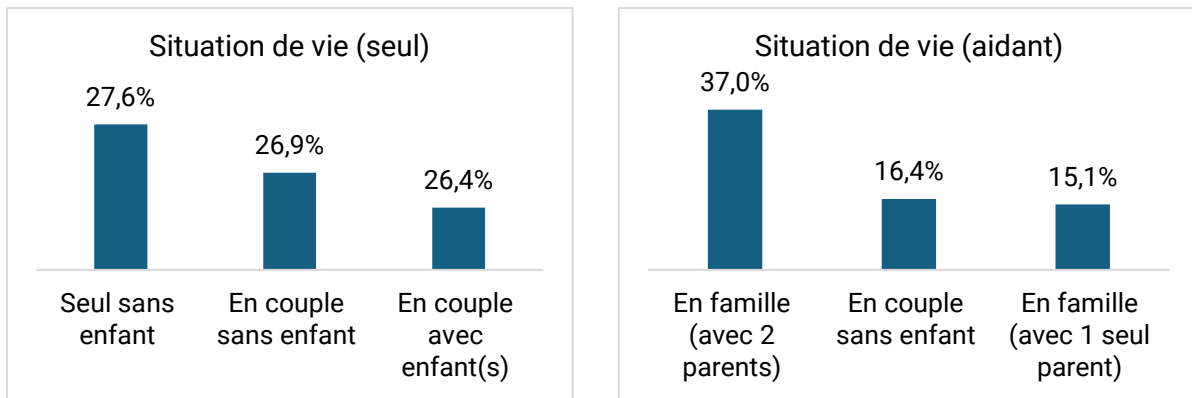


Figure 16 : Situation de vie entre répondants seuls et avec un aidant

2.7. Niveau de diplôme

Le niveau de diplôme le plus fréquemment déclaré dans l'échantillon global est le certificat d'étude secondaire supérieur (CESS) (26,2%), suivi du Bachelier (23,8%) et du Master (16%). Il est intéressant de mentionner que 15,3% des répondants n'ont pas de diplôme.

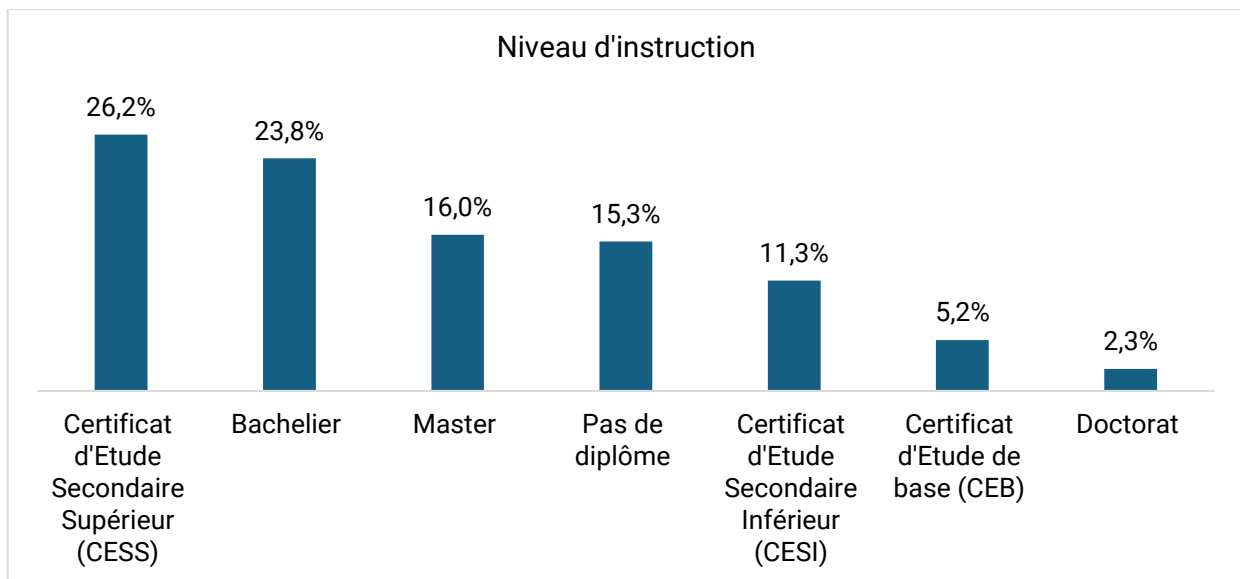


Figure 17 : Niveau d'instruction

Des différences apparaissent selon le mode de réponse. Parmi les répondants seuls, les niveaux de diplôme les plus représentés sont le CESS (30,5%), le bachelier (28,5%) et le master (18,6%). En revanche, chez les répondants avec aide, près de 60 % déclarent ne pas disposer de diplôme.

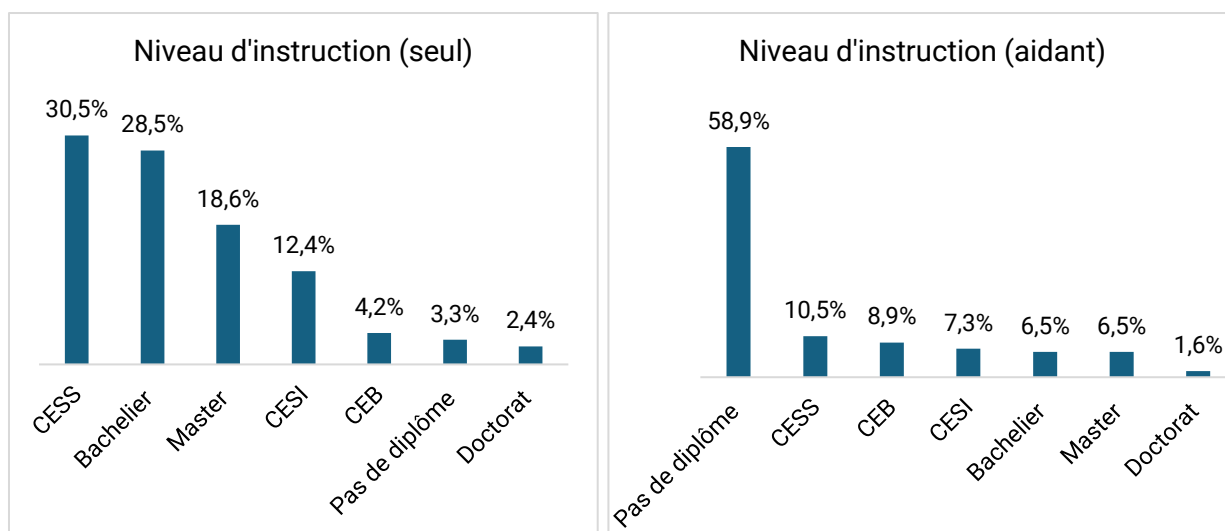


Figure 18 : Niveau d'instruction entre répondants seuls et avec un aidant

2.8. Activité principale

Dans l'échantillon global, l'activité la plus fréquemment déclarée par les répondants est l'incapacité ou l'arrêt maladie (28,1%), suivie de très près par les travailleurs (27,1%) puis les retraité-e (ou pré retraité-e) (20,1%)

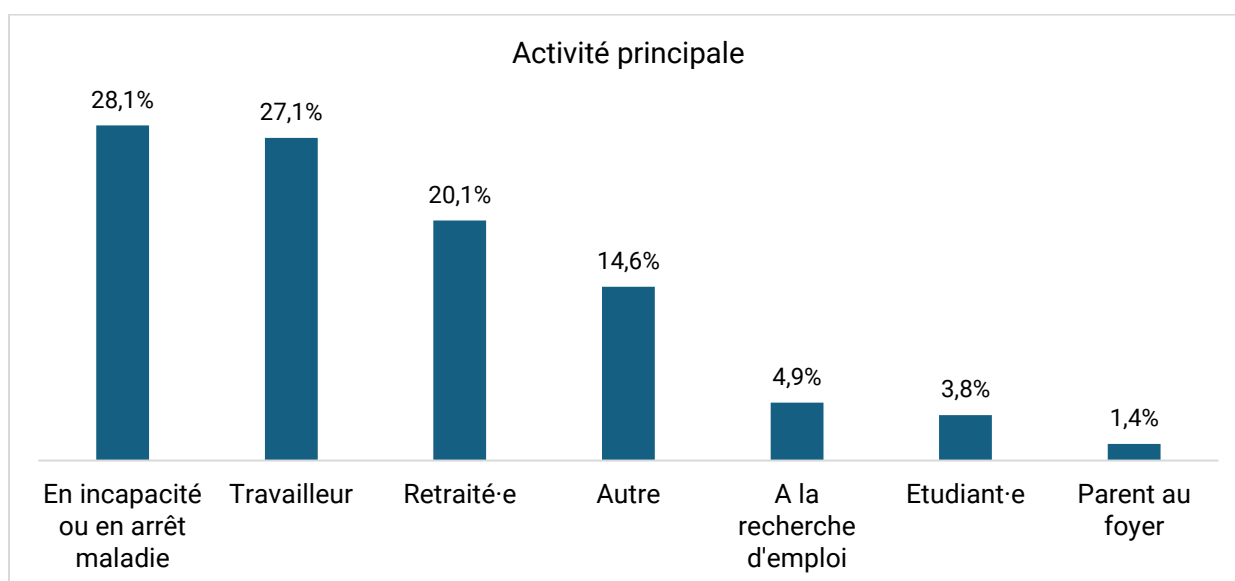


Figure 19 : Activité principale

Après avoir regroupé dans la catégorie « autres » les personnes ayant indiqué qu'elles travaillaient, on observe que les travailleurs passent en 1^{er} et deviennent majoritaires (34,2%), suivis ensuite par celles en incapacité ou en arrêt maladie (32,5%).

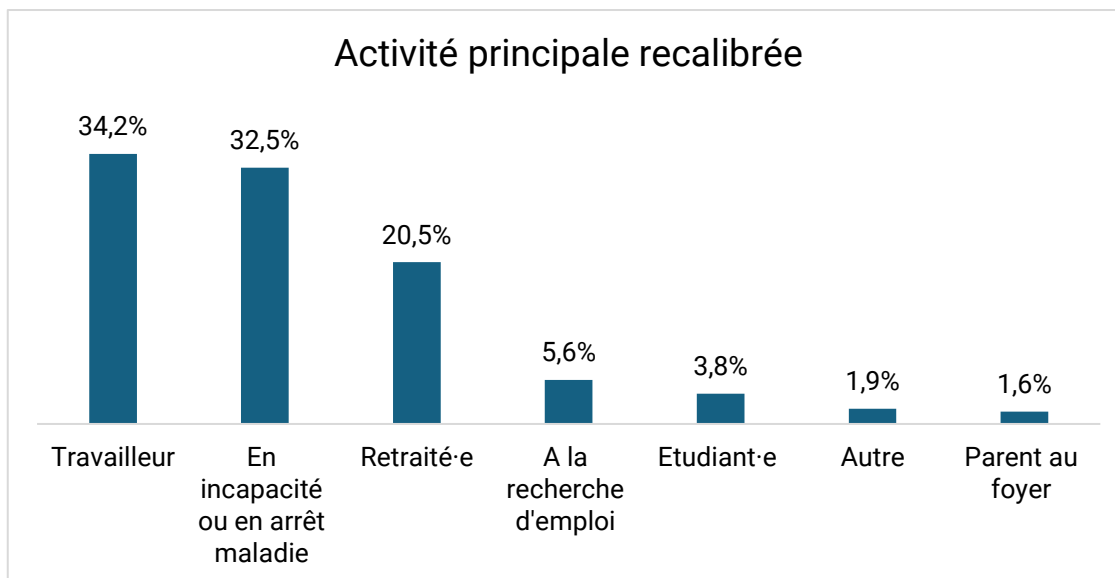


Figure 20 : Activité principale recalibrée

Là encore, des différences apparaissent selon le mode de réponse. Les personnes ayant répondu seules sont majoritairement des travailleurs (32,7%), en incapacité ou en arrêt maladie (30,8%) ou retraité (23,5%). En revanche, chez les répondants avec aide, la catégorie la plus représentée est celle des personnes en incapacité de travail (42,7%), suivie des travailleurs, ceux-ci étant composés principalement de résidents de centres de jour (57%) et de bénévoles (12%) et enfin des retraités (9,7%).

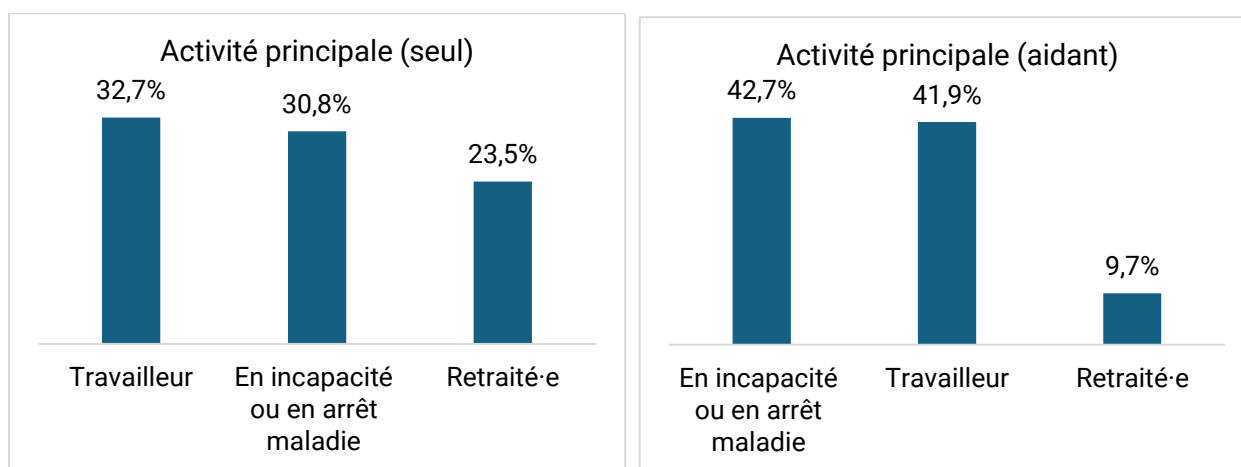


Figure 21 : Activité principale entre répondants seuls et avec un aidant

Les femmes sont majoritairement en incapacité ou arrêt maladie (34,0%), au travail (28,7%) et retraitée (ou préretraitée) (17,0%). On ne retrouve que des femmes dans la catégorie parent au foyer (bien que le nombre de répondantes soit très limité, 8 personnes).

Les hommes se retrouvent majoritairement au travail (25,1%), retraité (24,7%) et en incapacité (19,7%). Il y a davantage d'hommes que de femmes à la recherche d'emploi (8,4% contre 2,4%).

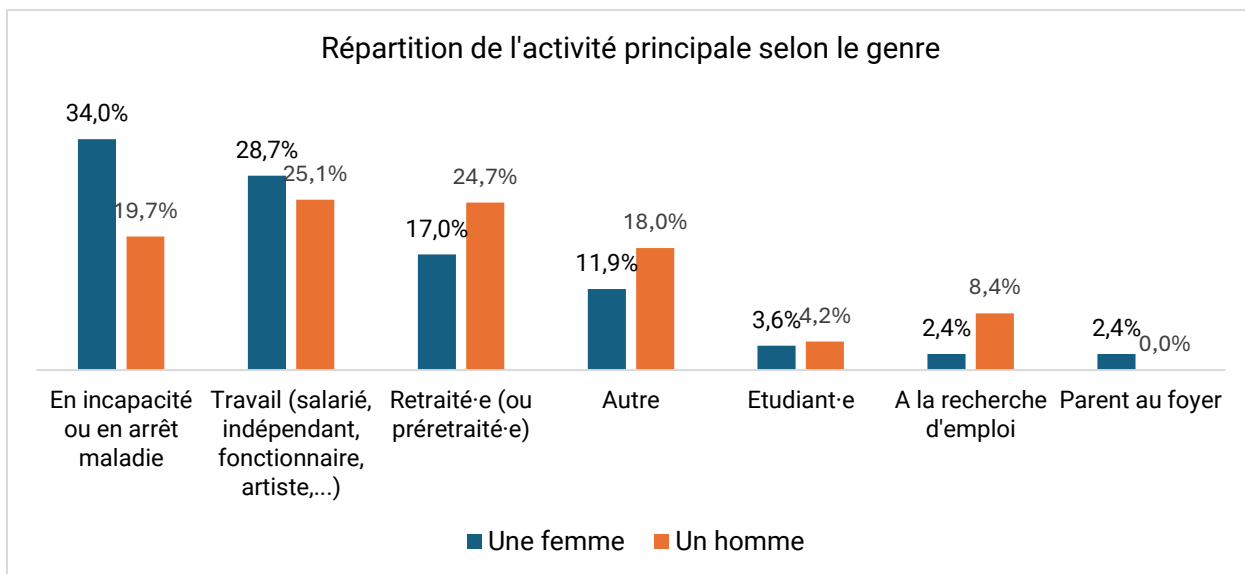


Figure 22 : Activité principale selon le genre

2.9. Aides perçues (sociales, handicap, autres, etc.)

Au total, les personnes en situation de handicap bénéficient, pour 44,5% d'entre elles, des aides spécifiques à leur statut de santé, tandis que 35,8% d'entre elles ne reçoivent aucune aide. 19,1% des personnes interrogées bénéficient d'aides sociales (CPAS, RIS, logement, études, etc.) et 0,6% des réponses appartiennent à la catégorie autre qui rassemble ceux n'ayant pas compris la question (exemple : « Je suis la maman de la fille pour qui je complète ce formulaire »).

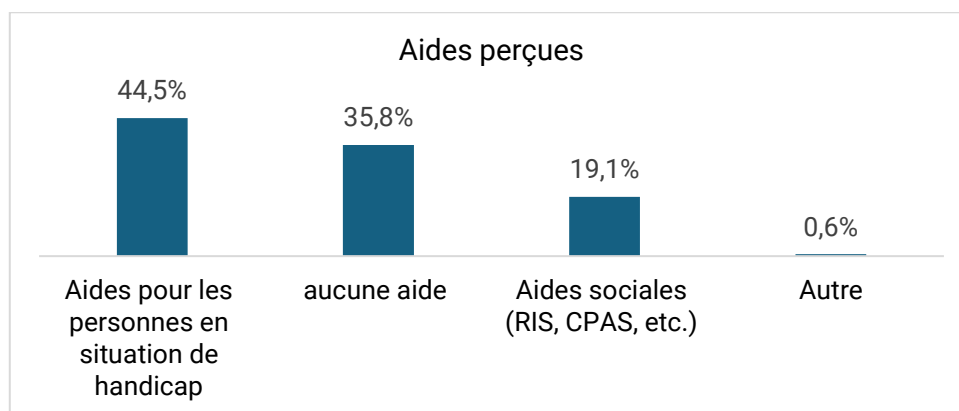


Figure 23 : Aides perçues

Le mode de réponse est également associé à des différences importantes. Les répondants seuls déclarent majoritairement ne bénéficier d'aucune aide (41,4%), tandis que les répondants avec aide bénéficient très majoritairement d'aides spécifiques aux personnes en situation de handicap (69,9 %).

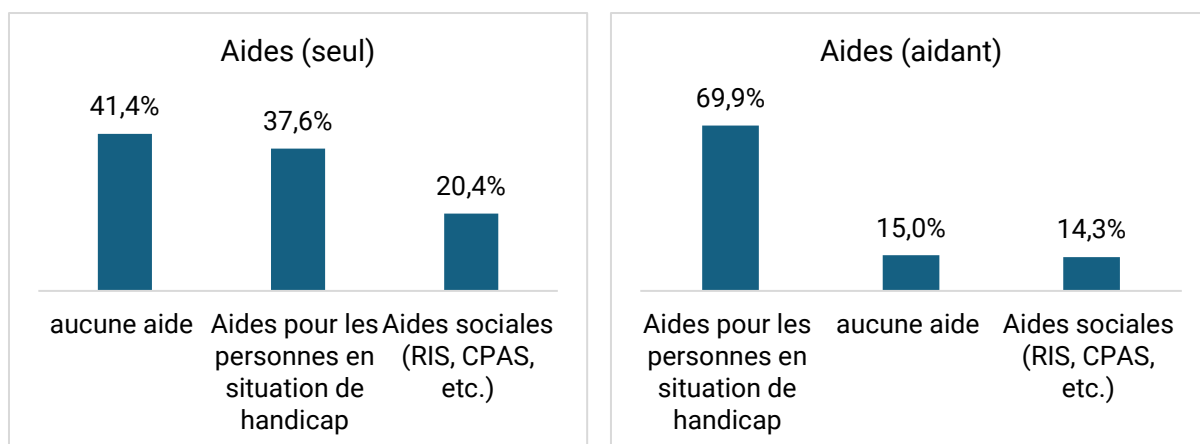


Figure 24 : Aides perçues entre répondants seuls et avec un aidant

2.10. Analyse du profil

L'analyse du profil socio-démographique met en évidence que le mode de réponse au questionnaire fait apparaître deux réalités sociales distinctes au sein de l'échantillon.

D'un côté, les répondants « seuls » apparaissent majoritairement comme des femmes, vivant hors institution, disposant plus fréquemment d'un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur, et davantage insérées professionnellement. Elles bénéficient moins souvent d'aides spécifiques et déclarent des situations de vie marquées par une plus grande autonomie résidentielle et sociale (vie seule ou en couple).

De l'autre côté, les répondants « avec aide » sont majoritairement des hommes. Ils vivent plus fréquemment en institution ou dans un cadre familial structurant, présentent plus souvent un faible niveau de diplôme (voire une absence de diplôme), sont moins insérés sur le marché du travail et bénéficient très majoritairement d'aides spécifiques liées au handicap.

Le mode de réponse ne nous indique pas seulement une différence dans la manière de compléter le questionnaire, mais bien deux configurations distinctes.

Dans les parties suivantes, nous analyserons si ces deux profils se distinguent également au regard du type de handicap déclaré, de la perception de la qualité de vie, du niveau d'activité physique ainsi que des motivations et freins à la pratique.

3. Type et caractéristiques du handicap

L'OMS a adopté la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) en 2001. Elle définit le handicap comme un terme général qui désigne les limitations de la santé et leurs conséquences sur la vie quotidienne d'une personne. Selon cette classification, le handicap ne se limite pas à une déficience physique ou mentale isolée, mais résulte de l'interaction entre les caractéristiques d'une personne et les obstacles présents dans son environnement. Il s'agit d'un processus multidimensionnel qui combine les fonctions et structures corporelles (déficiences physiques ou mentales), les activités (c'est-à-dire ce que la personne peut faire ou non dans la vie de tous les jours) et la participation sociale (où la capacité à s'impliquer dans la vie sociale ou professionnelle).

Pour notre questionnaire, cinq grandes catégories ont été retenues sous une question à choix multiple :

- Handicap moteur : limitation des capacités de mouvement ou de motricité (exemples : paralysie, amputation, myopathie, infirmité motrice cérébrale, ...).
- Handicap intellectuel : déficience des fonctions intellectuelles et mentales (exemples : trisomie 21, polyhandicap, ...).
- Handicap psychique : troubles affectifs ou émotionnels liés à une pathologie mentale (exemples : schizophrénie, les troubles bipolaires, ...).
- Handicap sensoriel : altération des fonctions sensorielles (vue, audition, etc.). (exemples : cécité, malvoyance, surdité, ...)
- Handicap cognitif : altération des fonctions cognitives (troubles dys, autisme, ...). Cela pouvant être temporaire ou permanent.

Une catégorie « autre » a également été ajoutée avec la possibilité de définir la ou les déficience(s).

3.1. Handicap dans l'échantillon global

Au sein de l'échantillon global, la majorité des répondants déclarent vivre avec un seul handicap (78,8%). Une proportion plus réduite indique deux handicaps (15,8%), tandis que 5,4% déclarent trois handicaps ou plus. Malgré la possibilité de cumul, la majorité des personnes présentent un profil dominé par un seul type de handicap.

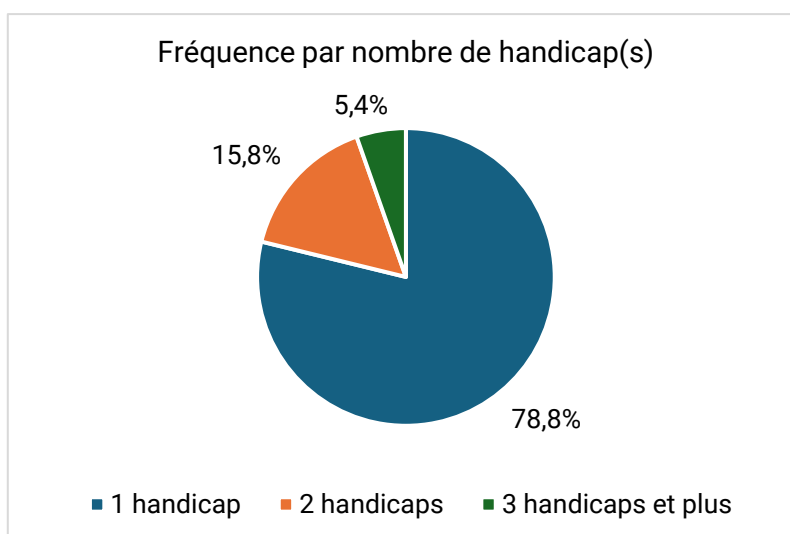


Figure 25 : Nombre de handicap par personne

Le handicap le plus fréquemment déclaré est le handicap moteur (53,0%), suivi du handicap cognitif (20,7%) et de la catégorie « autre » (20,1%).

La catégorie « autre » regroupe majoritairement des handicaps physiques. Il y a des maladies chroniques (telles que la fibromyalgie, la sclérose en plaques, les maladies inflammatoires ou auto-immunes), neurologiques (séquelles d'AVC, épilepsie, maladies neurodégénératives), un ensemble plus restreint de maladies rares ainsi que des limitations cardio-respiratoires. On y retrouve également des atteintes musculo-squelettiques ou orthopédiques (prothèses, amputations, arthrose sévère).

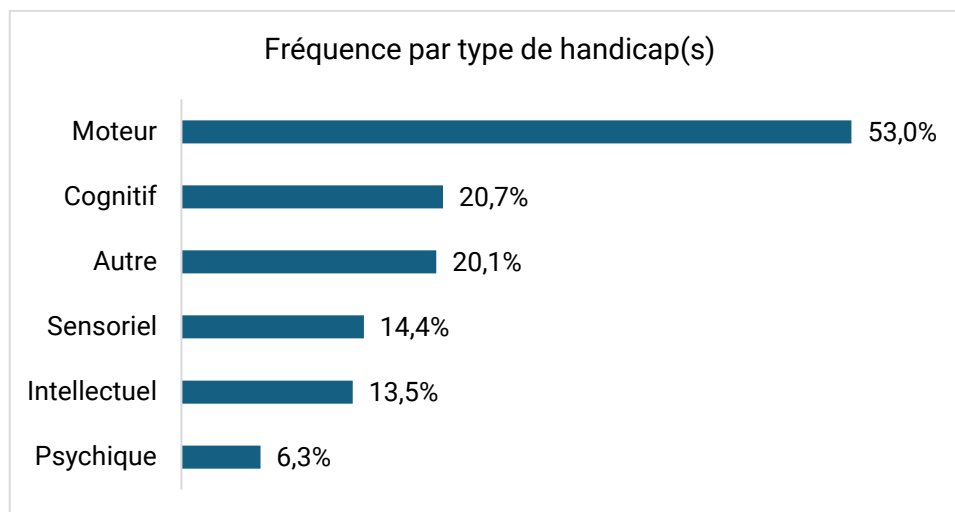


Figure 26 : Types de handicap

Les répondants avaient la possibilité de cocher plusieurs types de handicaps. Au total, 33 configurations différentes sont observées. La configuration du handicap moteur isolé est de loin la catégorie principale. À elle seule, elle représente près de 4 répondants sur 10 (38,4 % soit 221 répondants). La deuxième configuration la plus fréquente concerne les répondants ayant indiqué leur handicap uniquement comme « autre » et qui a été recatégorisé en handicap physique (14,2% soit 82 répondants). En 3^{ème} position arrivent les personnes atteintes d'un handicap sensoriel isolé (8,9% soit 51 personnes), puis cognitif isolé (8,7% soit 50 personnes) et intellectuel isolé (7,6% soit 44 personnes). Si l'on regroupe les plurihandicaps incluant le handicap moteur (hors handicap intellectuel), ils représentent 69 personnes (11,9% de l'échantillon). Le polyhandicap, correspondant à l'association d'un handicap intellectuel avec un autre handicap, concerne 34 personnes (5,9%).

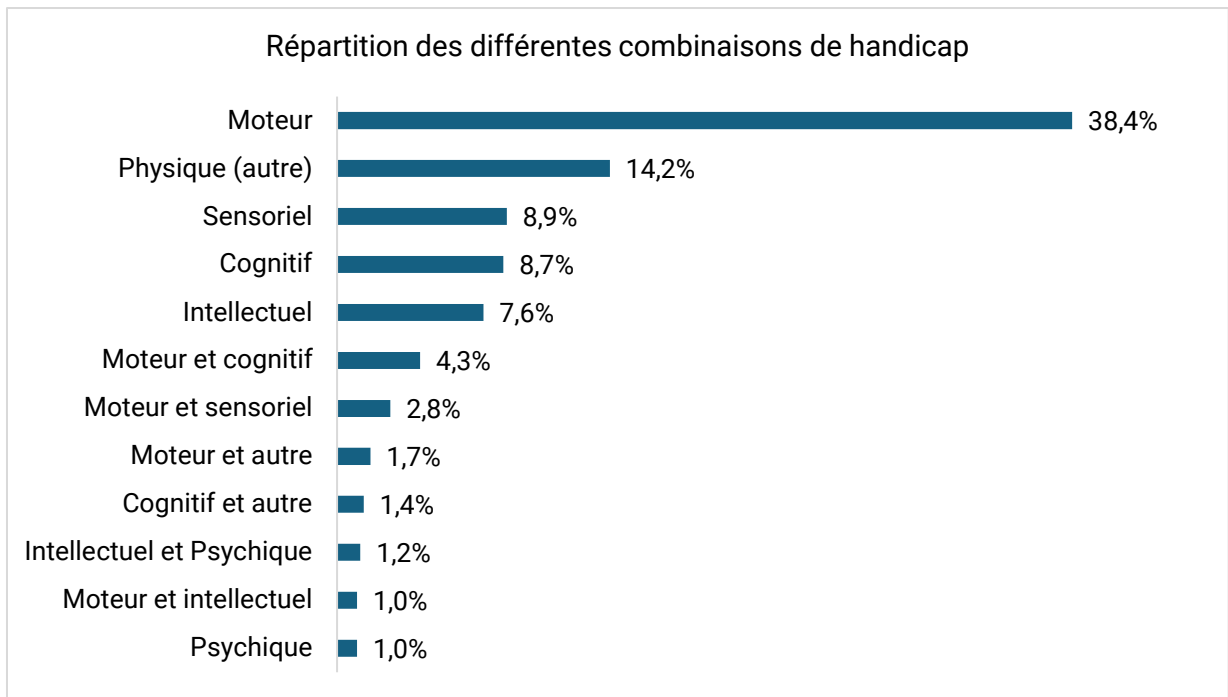


Figure 27 : Répartition des différentes combinaisons de handicap

Parmi les personnes avec un handicap moteur, c'est la catégorie du trouble de l'équilibre et de la coordination qui arrive en première, tant chez les répondants seuls que chez ceux ayant répondu avec aide. En deuxième position, c'est la paraplégie pour les répondants seuls tandis qu'on retrouve l'hémiplégie chez les répondants avec aide. Enfin, en troisième position se retrouvent les atteintes musculo-squelettiques chez les répondants autonomes, tandis qu'elle arrive à égalité avec la paraplégie chez les répondants ayant bénéficié d'une aide.

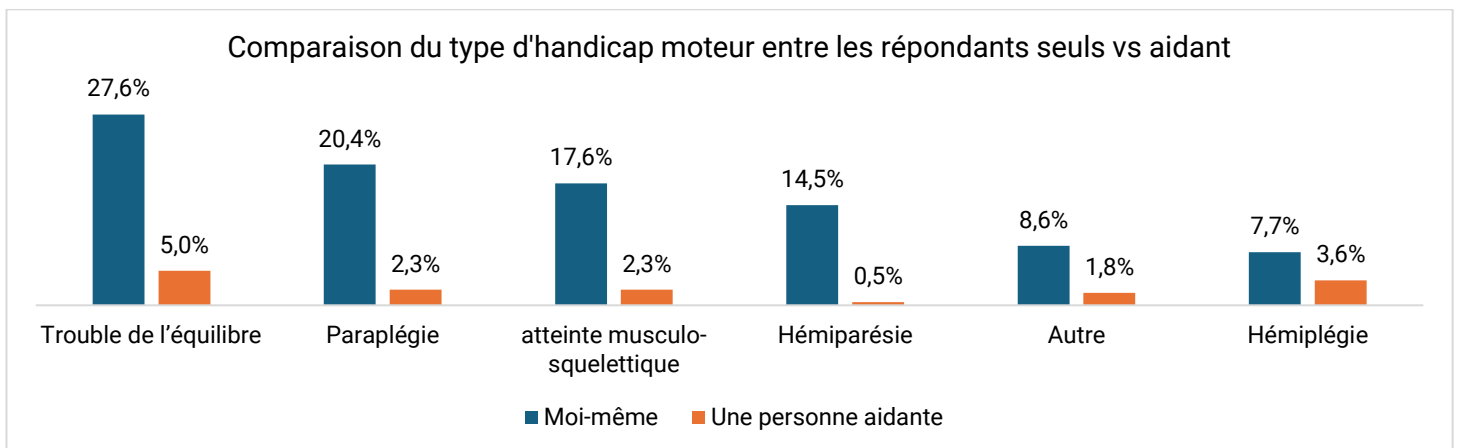


Figure 28 : Comparaison des handicaps moteurs entre les répondants seuls et avec un aidant

Au niveau du type d'handicap sensoriel, pour les deux publics, les déficiences visuelles partielles arrivent en première position. En deuxième position, les profils divergent : chez les répondants seuls, les déficiences auditives partielles sont les plus fréquentes, tandis que chez les répondants avec aide, la cécité totale et la surdité totale apparaissent à parts égales.

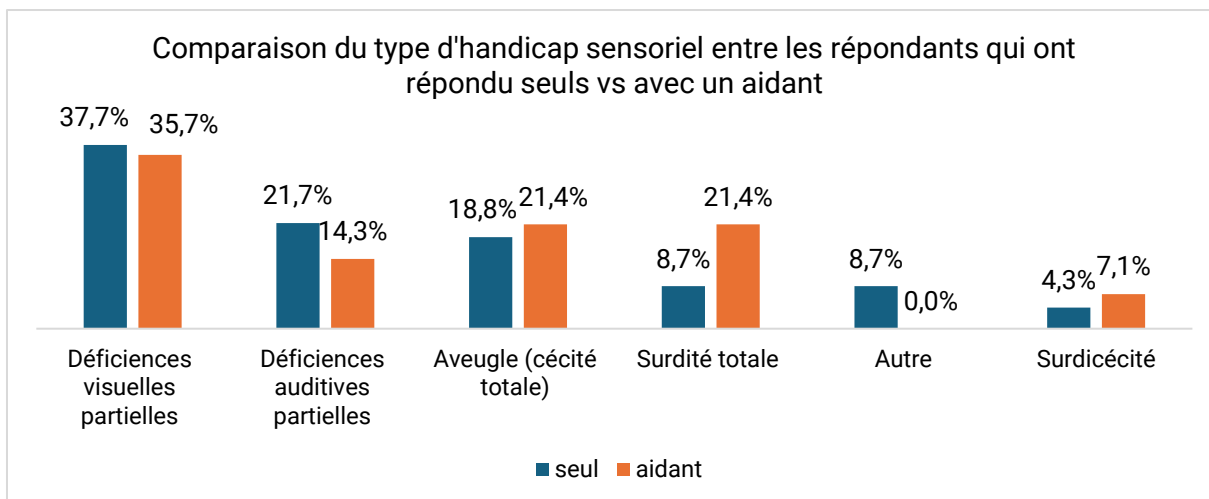


Figure 29 : Comparaison handicaps sensoriels entre répondants seuls et avec un aidant

3.2. Différences selon le mode de réponse

Comme nous avons pu voir dans le profil socio démographique, des différences apparaissent selon le mode de réponse qui influence également la distribution des handicaps. Les répondants seuls déclarent plus souvent un handicap unique (82,3%), tandis que les répondants avec aide présentent davantage de situations de cumul : 24,2% déclarent deux handicaps et 9,7% trois handicaps ou plus.

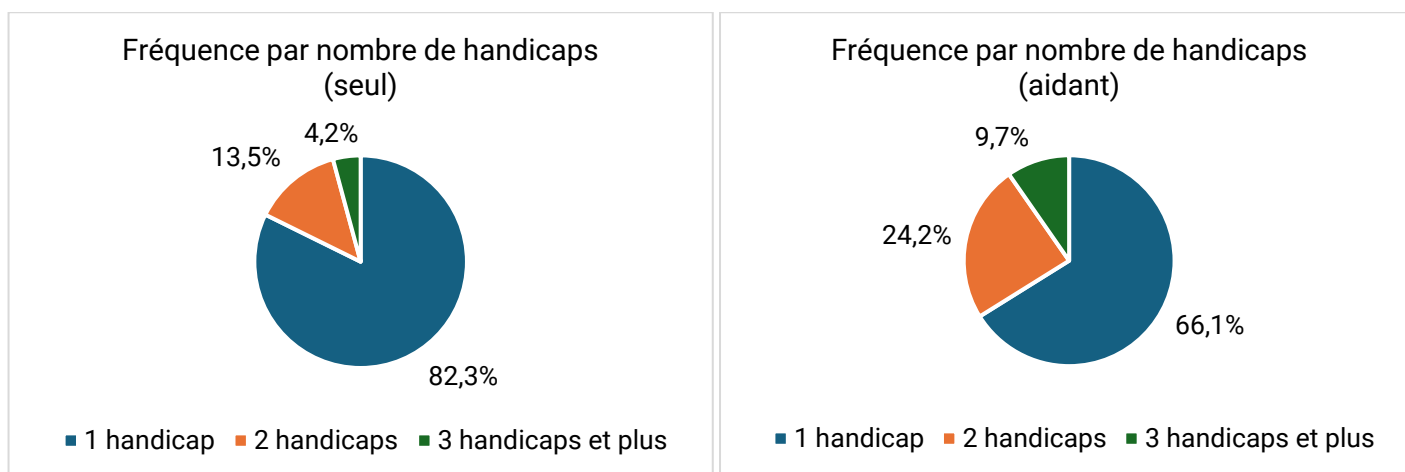


Figure 30 : Fréquence par nombre de handicap entre répondants seuls et avec un aidant

Les répondants seuls se retrouvent majoritairement dans handicap moteur isolé (91,9% soit 203 personnes), le handicap physique isolé (« autre ») (92,7% soit 76 personnes), le handicap sensoriel isolés (84,3% soit 43 personnes) et le handicap cognitif isolé (78,0 soit 39 personnes). La combinaison moteur et physique (« autre ») est exclusivement déclarée par des répondants ayant complété le questionnaire seuls (100% soit 10 personnes).

À l'inverse, le handicap intellectuel isolé se distingue très fortement des autres profils : 81,8% des personnes concernées ont répondu avec l'aide d'un tiers (soit 36 personnes), contre seulement 18,2% de répondants seuls (soit 8 personnes).

Plus globalement, les combinaisons incluant une déficience intellectuelle sont majoritairement observées chez les répondants avec aide, tandis que les combinaisons avec handicap moteur concernent surtout les répondants seuls.

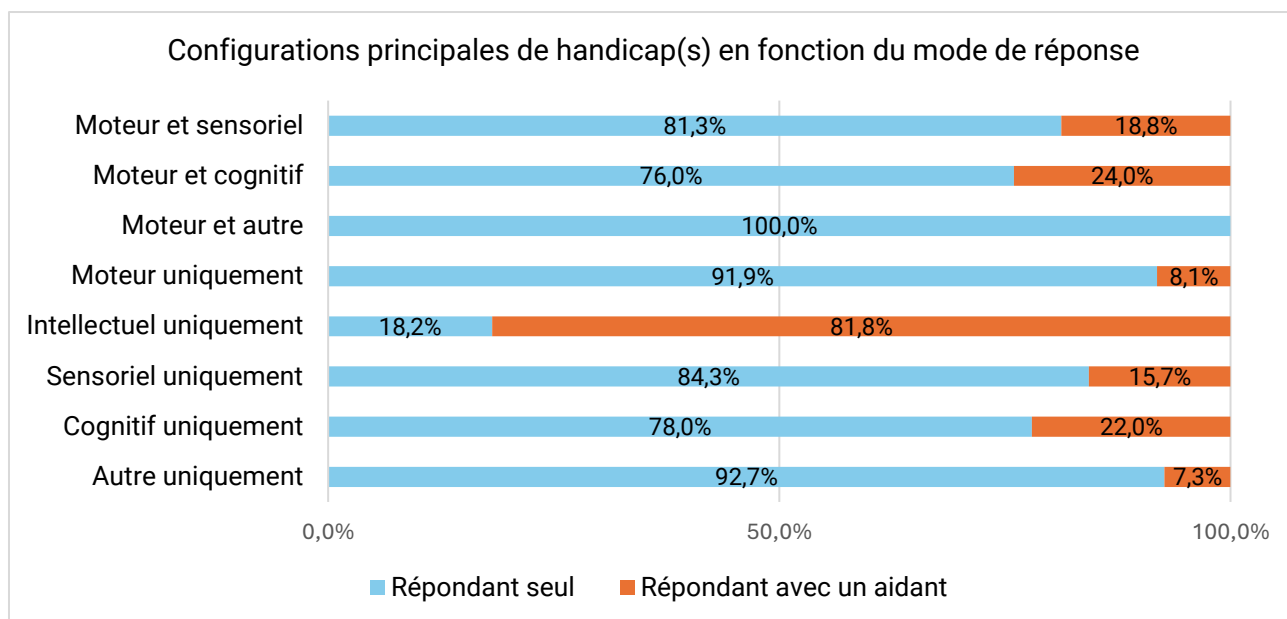


Figure 31 : Proportion des handicaps selon le mode de réponse

3.3. Genre et répartition des handicaps

Si on croise les données des combinaisons avec le genre, on note que les femmes sont majoritaires dans les situations de handicap moteur (60,2%) et dans la catégorie physique « autre » (65,9%). Elles sont également majoritaires dans la plupart des situations de cumul impliquant le handicap moteur, notamment :

- Moteur et sensoriel (87,5 %),
- Moteur et cognitif (76,0 %),
- Moteur et autre (60,0 %),

Ainsi que dans la combinaison « cognitif » et autre (75,0 %).

À l'inverse, les hommes sont proportionnellement plus représentés dans les handicaps sensoriels (56,9%), cognitifs (56,0%) et intellectuels (52,3%) lorsqu'ils sont déclarés isolément. Parmi les combinaisons principales, seule la catégorie moteur et intellectuel présente une majorité masculine (66,7%), bien que l'effectif concerné soit très limité (n=6).

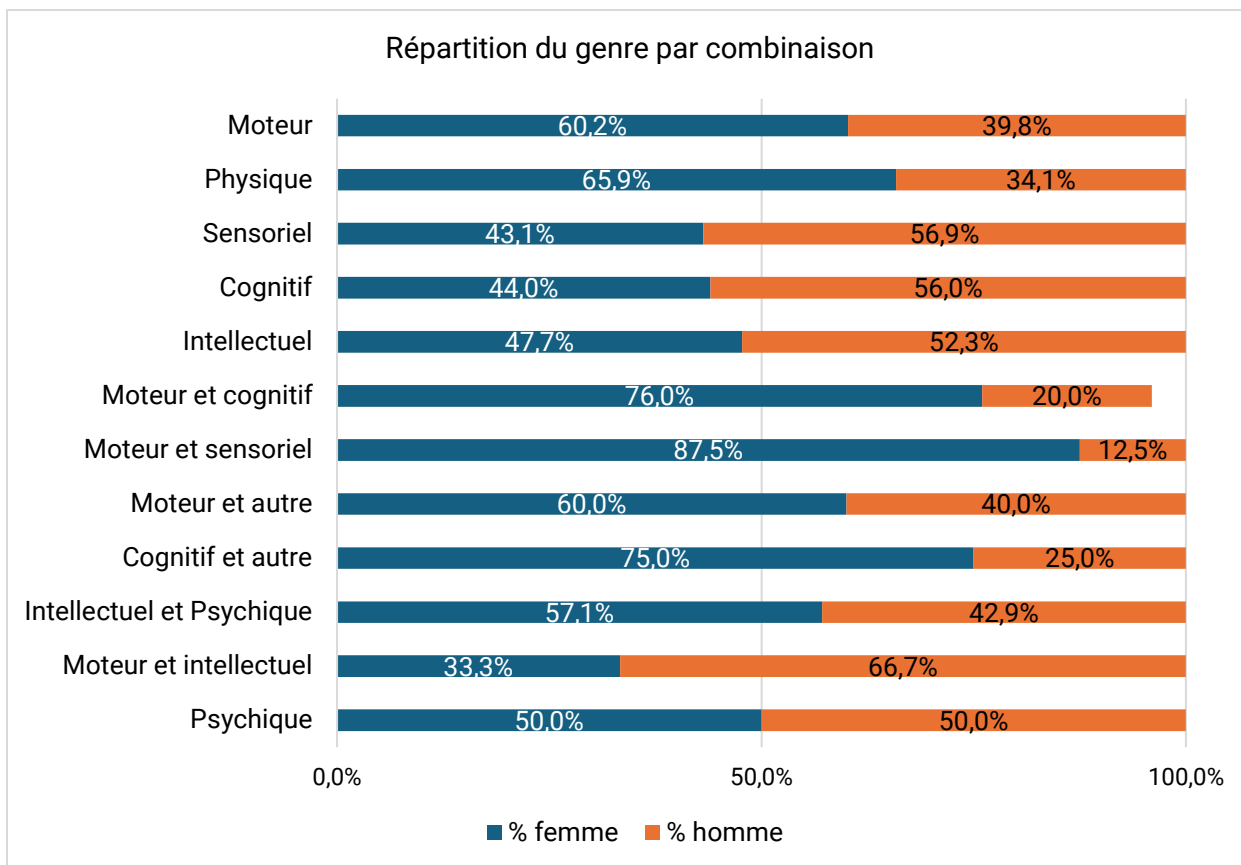


Figure 32 : Répartition de genre par combinaison du handicap

3.4. Origine du handicap

Dans l'échantillon global, 38,5% des répondants déclarent un handicap inné. Cette proportion masque toutefois des différences importantes entre les groupes : chez les répondants seuls, le handicap est majoritairement acquis (69,7%), tandis que chez les répondants ayant répondu avec aide, le handicap est principalement inné (71,0%).

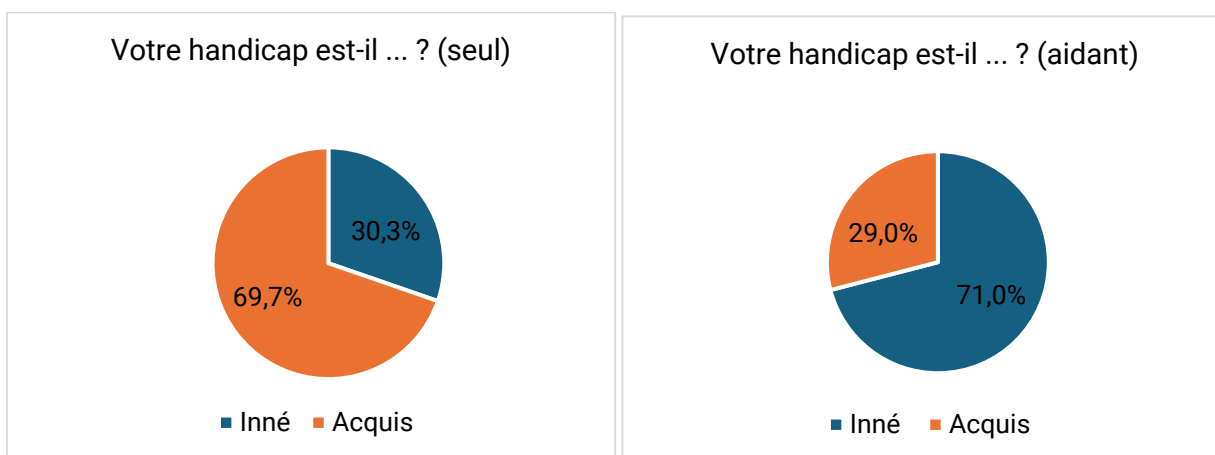


Figure 33 : Origine du handicap entre répondants seuls et avec un aidant

En examinant les configurations principales de type de handicap selon leur origine (inné ou acquis), on constate que les types de handicap moteur, physique (« autre ») et sensoriel isolé ont été majoritairement acquis. En revanche, le handicaps intellectuel et cognitif sont majoritairement innés.

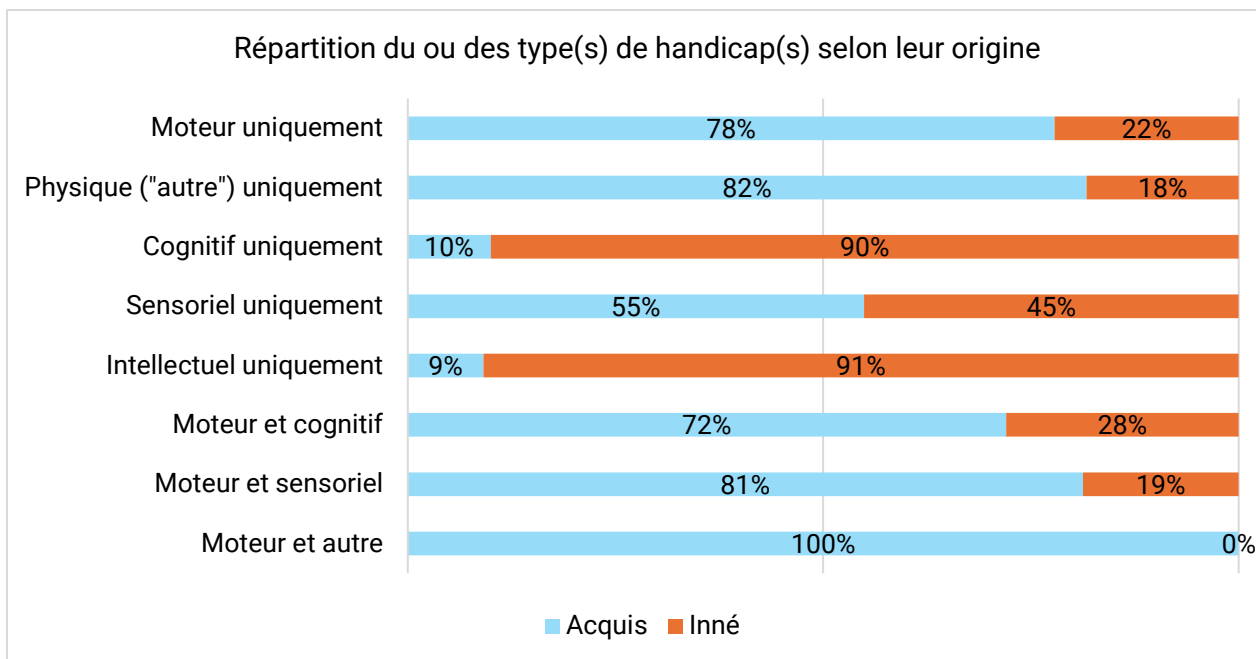


Figure 34 : Répartition des handicaps selon leur origine

3.5. Niveau de diplôme et répartition des handicaps

En croisant le type de handicap avec le niveau de diplôme le plus élevé, au niveau du/des

- Handicap moteur, on retrouve le bachelier en premier suivi de près par CESS
- Handicaps intellectuel et psychique, aucun niveau de diplôme n'apparaît comme prédominant
- Handicap sensoriel bachelier en premier suivi de près par CESS
- Handicap cognitif et autre c'est le CESS en premier

3.6. Présence en institution

L'analyse de la présence en institution selon le type de handicap montre que les handicaps intellectuels sont les plus souvent associés à un placement en institution.

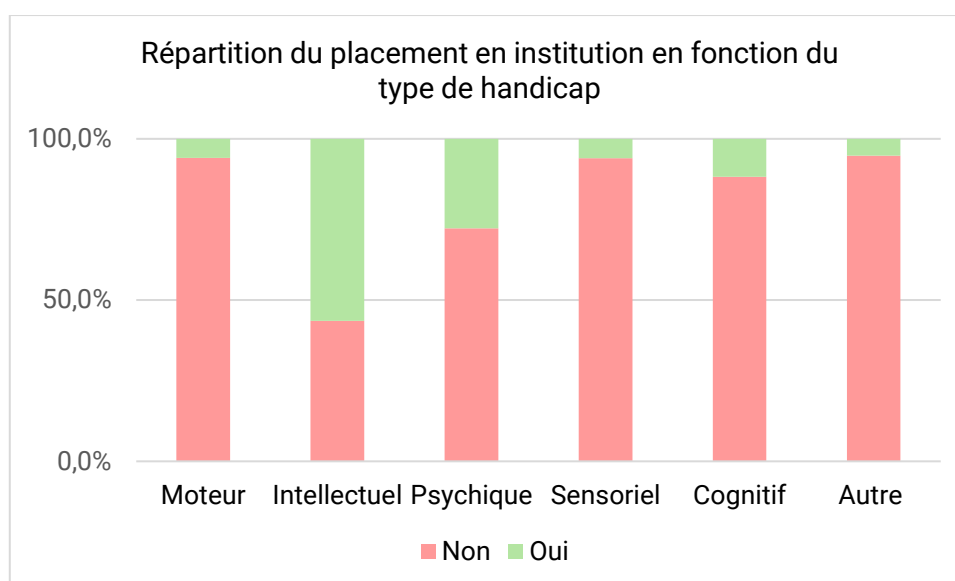


Figure 35 : Placement en institution en fonction du type de handicap

3.7. Diagnostic, degré d'autonomie et mode de déplacement quotidien

Concernant le diagnostic du handicap, celui-ci a été posé dans plus de 90% des cas pour les deux groupes (91,8% chez les répondants seuls et 96,0% chez les répondants avec aide). À l'échelle de l'échantillon global, 92,7% des répondants déclarent que leur handicap a fait l'objet d'un diagnostic.

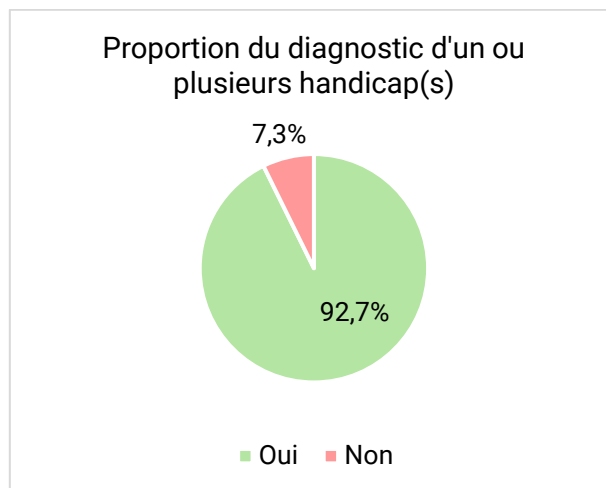


Figure 36 : Proportion d'handicap diagnostiqué

Le degré d'autonomie varie fortement selon le mode de réponse. Chez les répondants qui ont complété par eux-mêmes, le niveau d'autonomie fonctionnelle est le plus fréquent (43,8%), suivi d'un degré d'autonomie partiel (30,1%) et d'une autonomie très limitée ou totale (17,3%). Pour rappel, cet échantillon de répondants est composé majoritairement par un handicap moteur. À l'inverse, chez les répondants ayant répondu avec l'aide d'un aidant, le degré d'autonomie est majoritairement partiel (40,3%), devant le niveau fonctionnel (30,6%) et un degré très limité (16,9%). Ici le handicap qui arrive en première position est l'intellectuel.

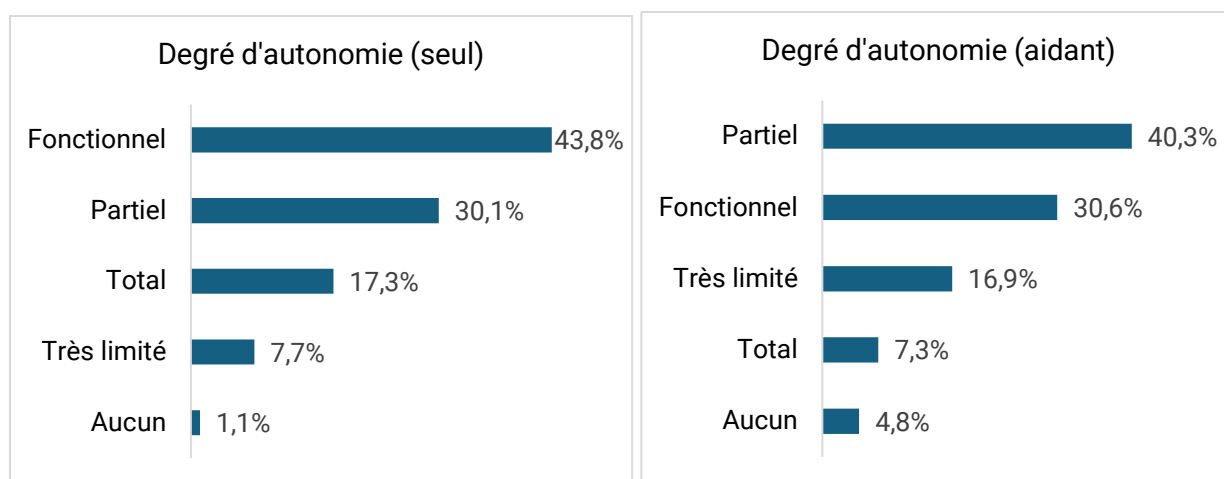


Figure 37 : Degré d'autonomie entre répondants seuls et avec un aidant

Concernant le croisement entre les principales combinaisons de handicap et le degré d'autonomie pour l'échantillon global, on observe que les personnes présentant à la fois un handicap moteur et physique ou moteur et intellectuel affichent la proportion la plus élevée d'autonomie très limitée ou nulle. Les combinaisons intellectuel et psychique, cognitif et autre,

ainsi que moteur et sensoriel regroupent majoritairement des personnes avec une autonomie partielle.

Dans l'ensemble, ces résultats montrent que l'autonomie est influencée à la fois par le type de handicap et par la capacité à répondre de manière autonome au questionnaire : les handicaps moteurs isolés favorisent une autonomie fonctionnelle, tandis que les combinaisons complexes ou les handicaps intellectuels sont plus souvent associés à une autonomie partielle ou très limitée.

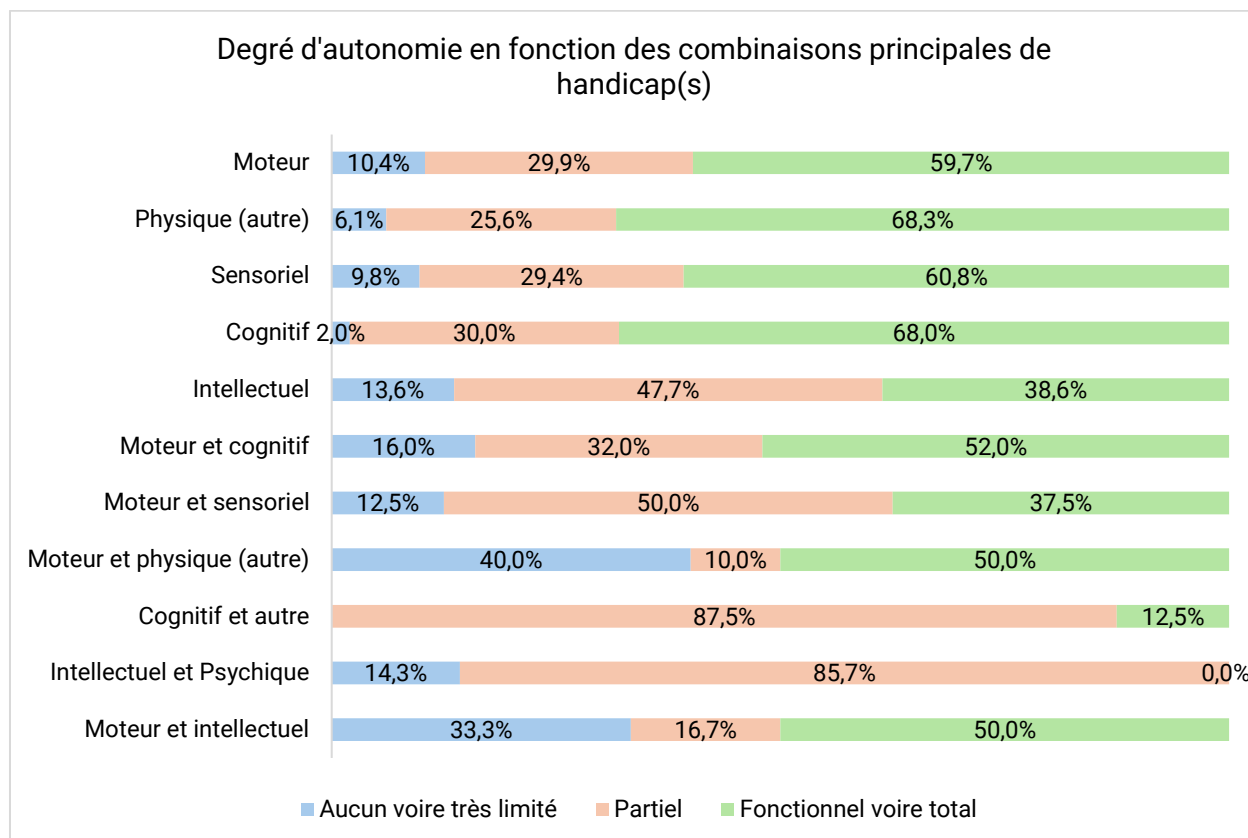


Figure 38 : Degré d'autonomie en fonction des combinaisons principales de handicap(s)

Enfin, concernant le mode de déplacement quotidien, la marche constitue le principal mode de déplacement pour les deux groupes, bien que dans des proportions différentes (58,0% chez les répondants seuls contre 74,2% chez les répondants avec aide). La marche avec aide arrive en deuxième position (21,7% chez les répondants seuls et 9,8% chez les répondants avec aide). En troisième position, les répondants seuls citent la marche avec aide de type orthèse ou attelle (8,0%), tandis que chez les répondants avec aide, la chaise roulante électrique est plus fréquemment mentionnée (5,6%).

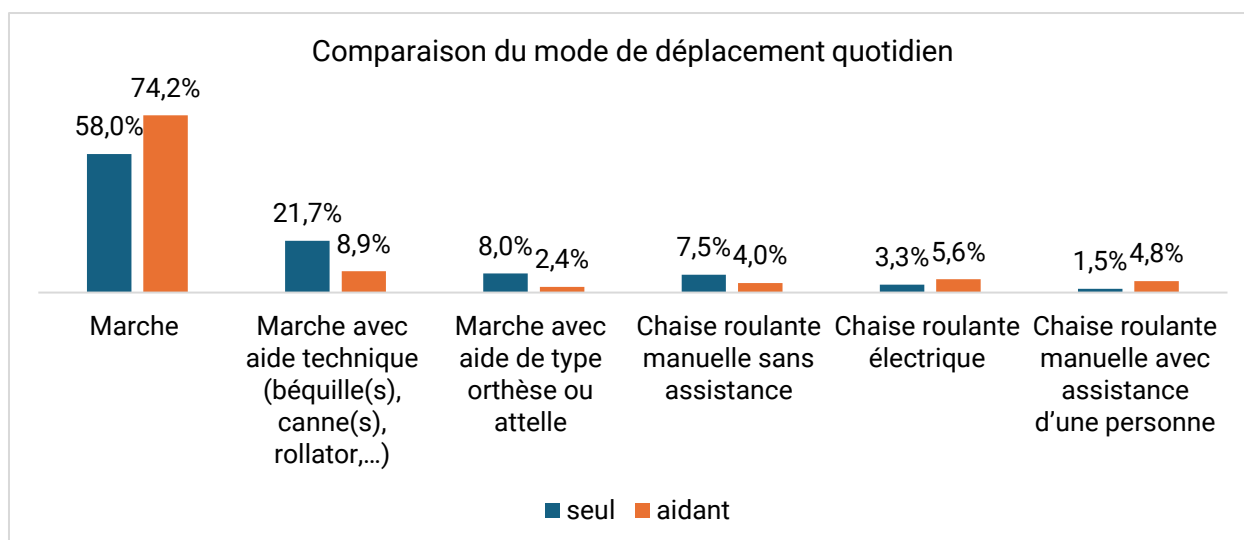


Figure 39 : Comparaison du mode de déplacement quotidien

3.8. Analyse

La majorité des répondants vivent avec un seul handicap. Le handicap moteur est le plus fréquent, suivi de la catégorie « autre », qui regroupe majoritairement des handicaps physiques comme des maladies chroniques, des limitations neurologiques ou musculo-squelettiques, des amputations ou des troubles cardio-respiratoires. Les handicaps sensoriels, cognitifs et intellectuels isolés représentent des proportions plus faibles.

Le mode de réponse influence la répartition des handicaps. Les répondants seuls déclarent plus souvent un handicap unique, principalement moteur ou physique, et présentent une autonomie fonctionnelle élevée. Les répondants ayant répondu avec aide déclarent davantage de combinaisons de handicaps, souvent associées à des handicaps intellectuels et à une autonomie partielle ou très limitée.

Le genre montre également des différences : les femmes sont majoritaires dans les handicaps moteurs et physiques, ainsi que dans les combinaisons impliquant le moteur. Les hommes sont proportionnellement plus présents dans les handicaps sensoriels, cognitifs et intellectuels isolés.

L'origine du handicap varie également selon le type et le mode de réponse : 38,5 % des handicaps sont innés, mais parmi les répondants seuls, la majorité des handicaps sont acquis (69,7%), tandis que pour les répondants aidés, la majorité est innée (71%). Les handicaps moteurs, physiques et sensoriels isolés sont surtout acquis, alors que les handicaps intellectuels et cognitifs sont principalement innés.

Enfin, le diagnostic est largement posé, avec plus de 90% des répondants diagnostiqués, et le degré d'autonomie dépend fortement du type de handicap : les handicaps moteurs isolés sont associés à une autonomie fonctionnelle, tandis que les handicaps intellectuels et les combinaisons complexes sont liés à une autonomie partielle ou très limitée.

Ces items ont ensuite été regroupés en quatre domaines comme suit :

1. Santé physique
 - a. J'ai assez d'énergie pour accomplir mes activités quotidiennes
 - b. Je dors bien et je me sens reposé·e au réveil
 - c. J'ai des douleurs physiques qui m'empêchent d'accomplir mes activités quotidiennes
2. Santé psychologique,
 - a. Je me sens de bonne humeur et positif·ve
 - b. Je me sens stressé·e
 - c. J'arrive facilement à me concentrer sur ce que je fais
3. Relations sociales
 - a. Je suis satisfait·e de mes relations sociales
 - b. Je me sens seul·e
4. Environnement/conditions de vie.
 - a. J'ai assez d'argent pour vivre correctement
 - b. Je suis satisfait·e de l'endroit où je vis
 - c. J'ai facilement accès aux soins dont j'ai besoin

Chaque item a été noté sur une échelle de 1 à 4, allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». Les items formulés négativement (j'ai des douleurs, je me sens stressé·e et je me sens seul·e) ont été inversés afin que, pour tous les items, un score plus élevé reflète un bien-être plus favorable.

Pour chaque domaine, un score moyen a été calculé. Ces scores ont ensuite été classés selon le niveau de perception de la vie comme suit :

- Faible : score inférieur à 2,5
- Moyen : score compris entre 2,5 et 3,0
- Bon : score supérieur ou égal à 3,1

L'analyse des scores moyens par domaine révèle que, pour l'échantillon global, le bien-être perçu est le plus faible dans le domaine physique (2,4), suivi de près par les domaines psychologique et social (2,6 chacun), tandis que le domaine environnemental/conditions de vie présente le score moyen le plus élevé (2,9).

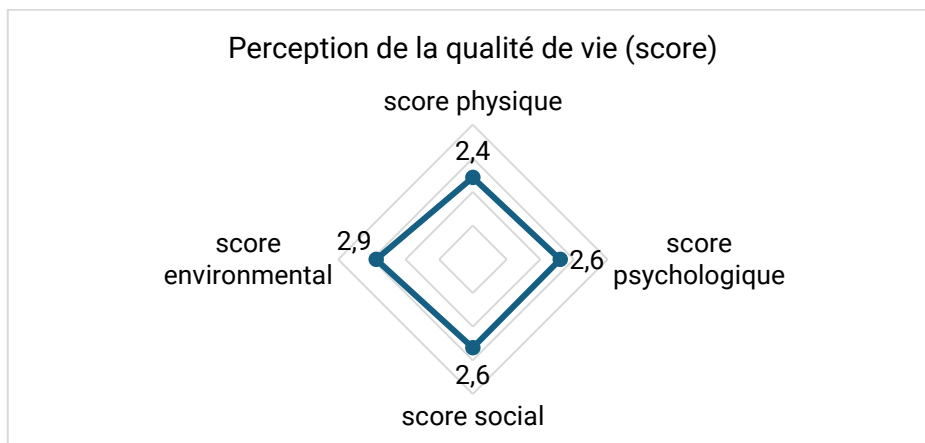


Figure 41 : Perception de la qualité de vie(score)

Lorsqu'on distingue les répondants selon le mode de réponse, des différences apparaissent :

- Répondants ayant répondu seuls : le score moyen est le plus bas pour le domaine physique (2,3), tandis que les domaines psychologique et social obtiennent chacun 2,6, et le domaine environnemental atteint 2,8.
- Répondants ayant répondu avec un aidant : le score moyen est égal voire plus élevé dans tous les domaines, particulièrement dans le domaine physique (2,9) et environnemental (3,0), tandis que les domaines psychologique (2,6) et social (2,7) restent proches de ceux de l'échantillon global.

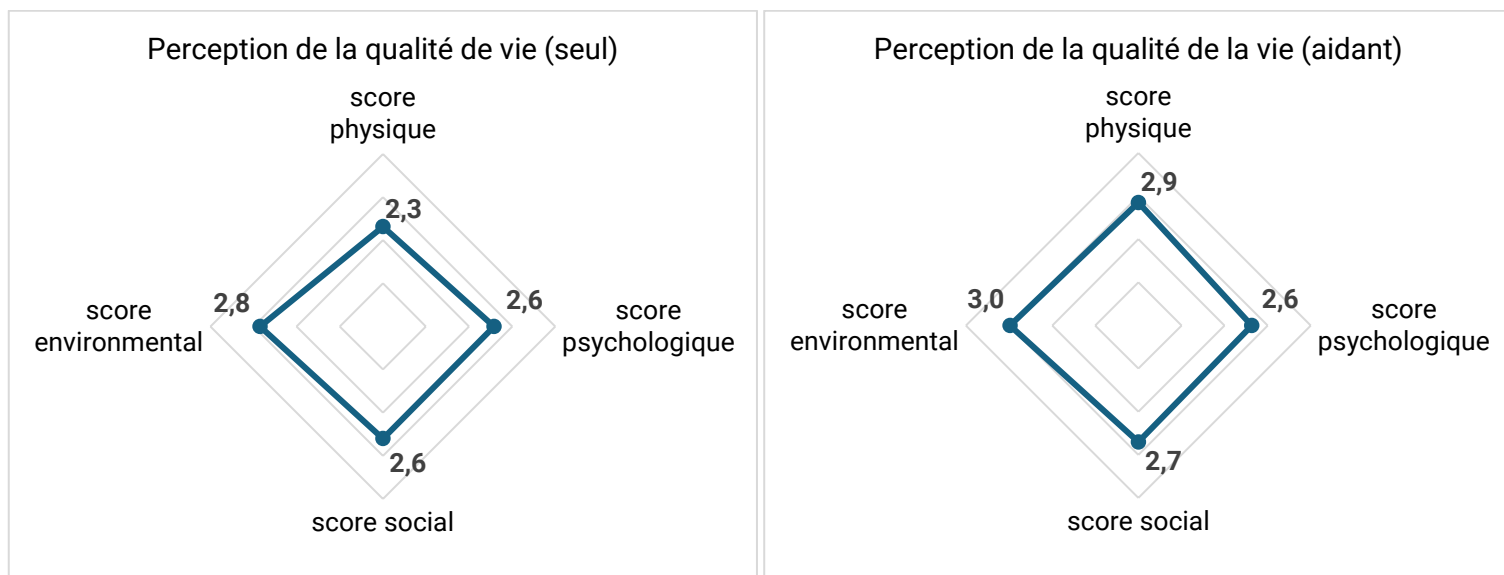


Figure 42 : Perception de la qualité de vie entre répondants seuls et avec un aidant

L'examen de l'échantillon global des scores moyens par type de handicap montre que les handicaps intellectuels obtiennent les valeurs les plus élevées dans toutes les dimensions, avec un score moyen de

- 3,0 pour les dimensions physique et sociale,
- 2,7 pour la dimension psychologique et
- 3,2 pour l'environnement.

Les handicaps sensoriels suivent de près, avec des scores compris entre 2,6 et 2,9 selon les dimensions. À l'inverse, les handicaps moteurs, psychiques et « autres » présentent des scores plus faibles, autour de 2,2 à 2,8.

Chez les personnes présentant un handicap moteur acquis, les scores plus faibles dans le domaine physique pourraient refléter les contraintes liées à l'adaptation à une situation de handicap survenue au cours de la vie, nécessitant des ajustements fonctionnels et environnementaux importants.

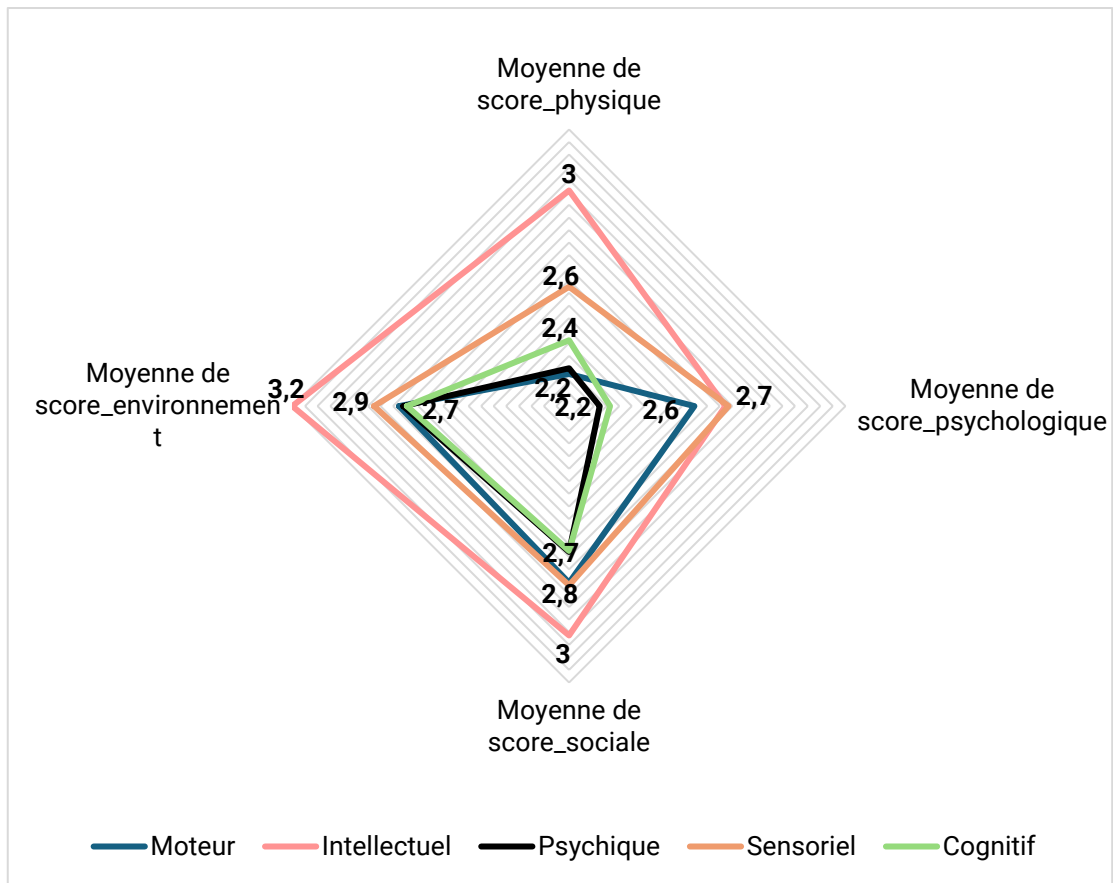


Figure 43 : Perception de soi selon le type de handicap

Les personnes qui déclarent pratiquer une activité sportive obtiennent systématiquement des scores moyens plus élevés dans toutes les dimensions de la perception de soi. Qu'il s'agisse du bien-être physique (2,6 contre 2,2), psychologique (2,7 contre 2,4), social (2,9 contre 2,7) ou environnemental (3,0 contre 2,8).

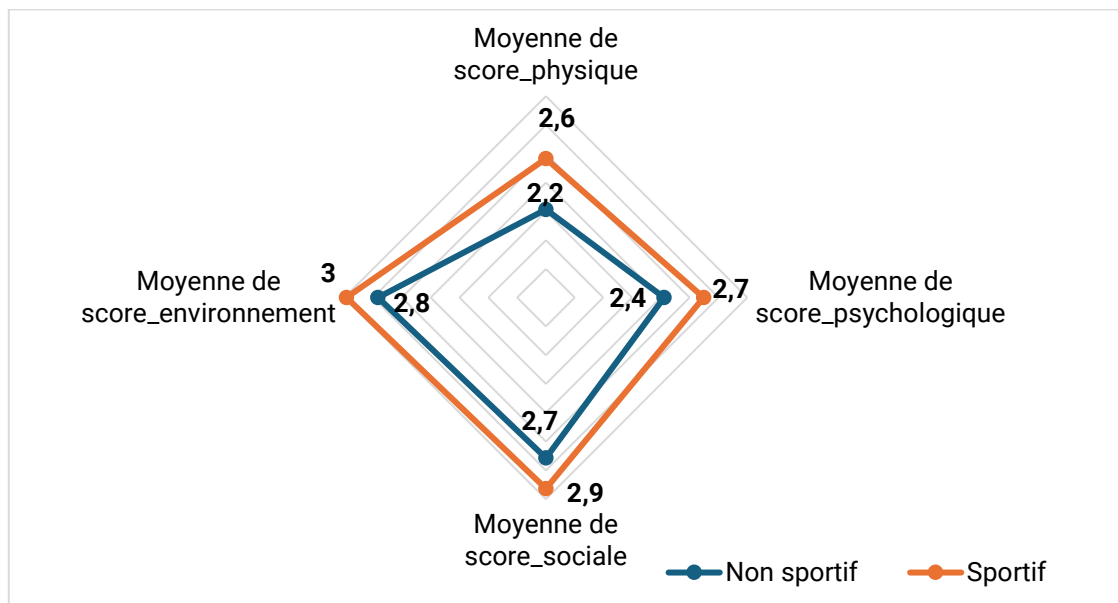


Figure 44 : Perception de soi selon le fait d'être sportif ou non-sportif

5. Pratiques d'activités physiques et sportives

L'OMS recommande que chaque individu adulte pratique au minimum 150 à 300 minutes d'activités physique d'intensité modérée par semaine ou minimum 75 minutes d'activité physique intense par semaine ou une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée et soutenue par semaine pour en retirer des bénéfices substantiels sur le plan de la santé.

L'analyse du volume d'activité physique s'appuie donc sur ces recommandations. Conformément à celles-ci, seules les activités modérées à intenses ont été retenues dans le calcul du volume d'activité physique hebdomadaire ainsi les activités légères et très légères n'ont pas été prises en compte.

5.1. Activité physique au travail ou lors des études

Parmi les 576 répondants, un tiers déclarent exercer une activité professionnelle ou une formation (30,9%). Parmi ces travailleurs et ces étudiants, 29,2% des personnes déclarent pratiquer une activité physique d'intensité modérée à soutenue dans le cadre de leur travail ou de leurs études.

Cette proportion augmente pour les personnes ayant répondu avec un aidant (34,5%).

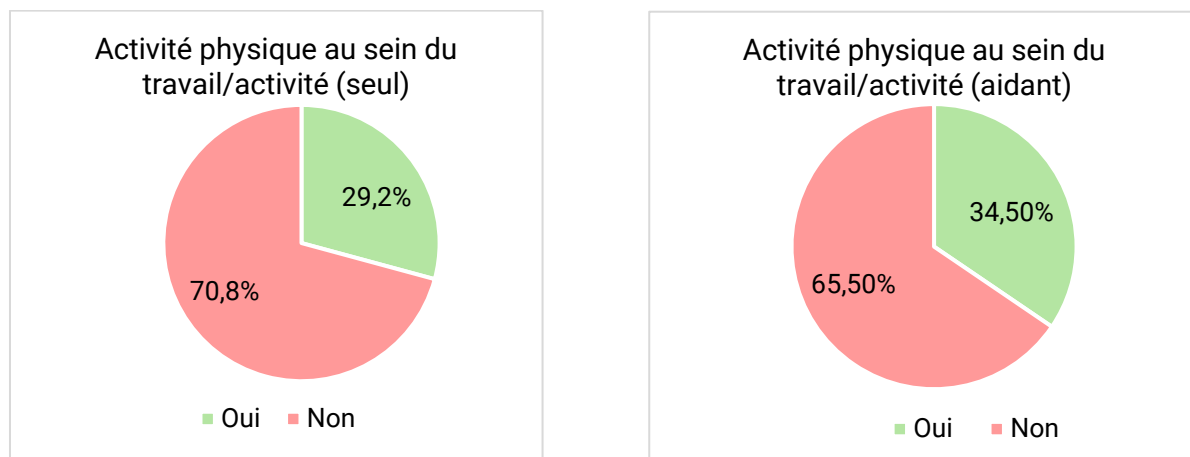


Figure 45 : APS au travail entre répondants seuls et avec un aidant

La pratique d'une activité physique modérée était en moyenne de 242,6 minutes par semaine. La variation autour de cette moyenne est très importante (écart-type de 583,2), ce qui signifie que certains travailleurs/étudiants font beaucoup plus d'activité, tandis que d'autres n'en font presque pas.

En moyenne, les hommes déclarent 304,0 minutes d'activité physique hebdomadaire, contre 202,9 minutes pour les femmes.

Genre	Moyenne de Min APS hebdo au travail
Un homme	304,0
Une femme	202,9
Total général	242,6

Figure 46 : Moyenne de temps d'APS au travail selon le genre

Après calcul du volume hebdomadaire (fréquence × durée), près d'un quart des travailleurs/étudiants (22,5%) atteignent ou dépassent le seuil recommandé de 150 minutes par semaine uniquement via l'activité professionnelle ou leur formation.

5.2. Déplacements

Pour plus de la moitié des répondants, le déplacement se fait principalement en voiture (53%), en transport en commun (16%) et à pied (12,3%). La catégorie « autre » est principalement composée des personnes se déplaçant en véhicule avec l'aide d'un tiers (association, famille, etc.).

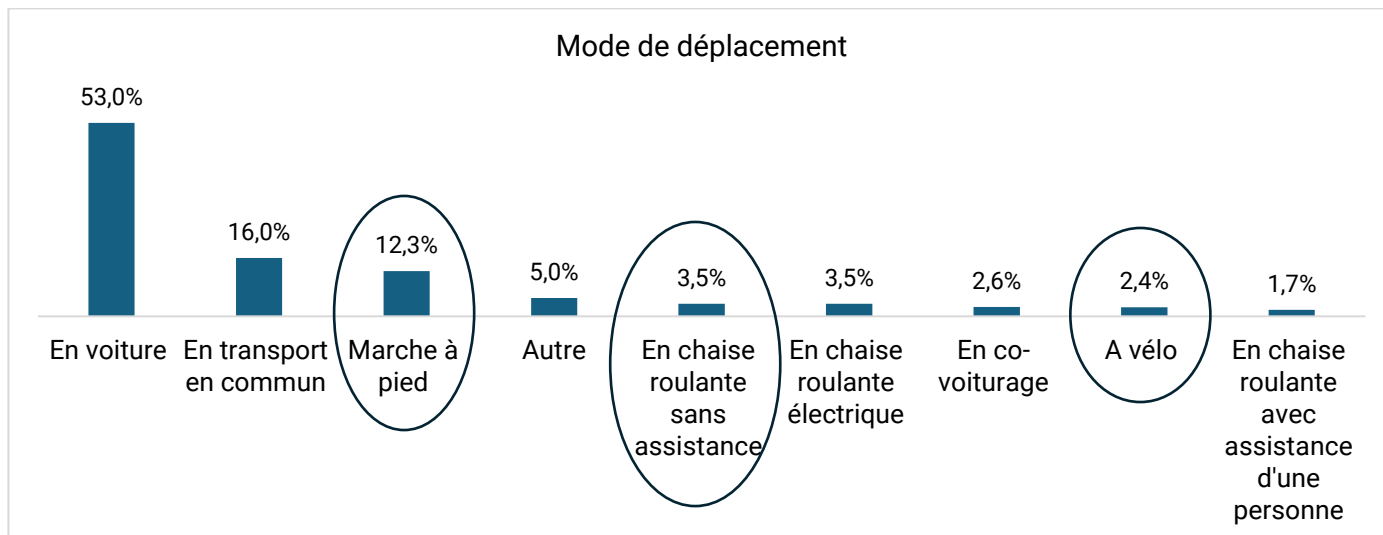


Figure 47 : Mode de déplacement

Sur l'ensemble de l'échantillon, 18,2% des répondants (déclarent utiliser un moyen de déplacement actif (marche à pied, vélo ou chaise roulante manuelle sans assistance).

Parmi ceux-ci, le volume moyen d'activité physique atteint 467,8 minutes hebdomadaires. Là aussi, les écarts sont importants : certaines personnes accumulent beaucoup de minutes d'activité pendant leurs trajets, alors que d'autres beaucoup moins (écart-type de 529,6 minutes).

69,2% atteignent le seuil recommandé de 150 minutes hebdomadaires via leurs déplacements actifs.

La répartition par genre montre une proportion d'hommes plus élevée que de femmes dans l'ensemble des modes actifs :

Mode de déplacement	% femmes	% hommes
À vélo	42,9%	57,1%
Chaise roulante manuelle sans assistance	36,8%	63,2%
Marche à pied	45,7%	54,3%

Figure 48 : Proportion du genre par type de déplacement

En moyenne, les hommes déclarent 505,0 minutes hebdomadaires de déplacements actifs, contre 419,1 minutes pour les femmes.

Genre	Moyenne de Min APS hebdo lors des déplacements
Un homme	505,0
Une femme	419,1
Total général	467,8

Figure 49 : Moyenne de temps de déplacement actif selon le genre

5.3. Activité physique à la maison

Sur l'ensemble de l'échantillon, plus de la moitié des répondants (61,5%) indiquent pratiquer une activité physique domestique d'intensité modérée à soutenue.

Les écarts sont marqués selon le mode de réponse. Parmi les répondants seuls, 67,5% déclarent pratiquer une activité physique à domicile. À l'inverse, 60,5% des répondants bénéficiant d'une aide pour répondre indiquent ne pas pratiquer d'activité physique domestique. Cette différence peut s'expliquer par les caractéristiques des 2 groupes : le groupe aidé est composé en majorité d'hommes présentant un handicap intellectuel, dont près de la moitié vit en institution. Dans ce contexte, les tâches du quotidien sont probablement plus souvent prises en charge par le personnel éducatif, technique ou soignant, réduisant l'exposition à l'activité domestique pour ce groupe.

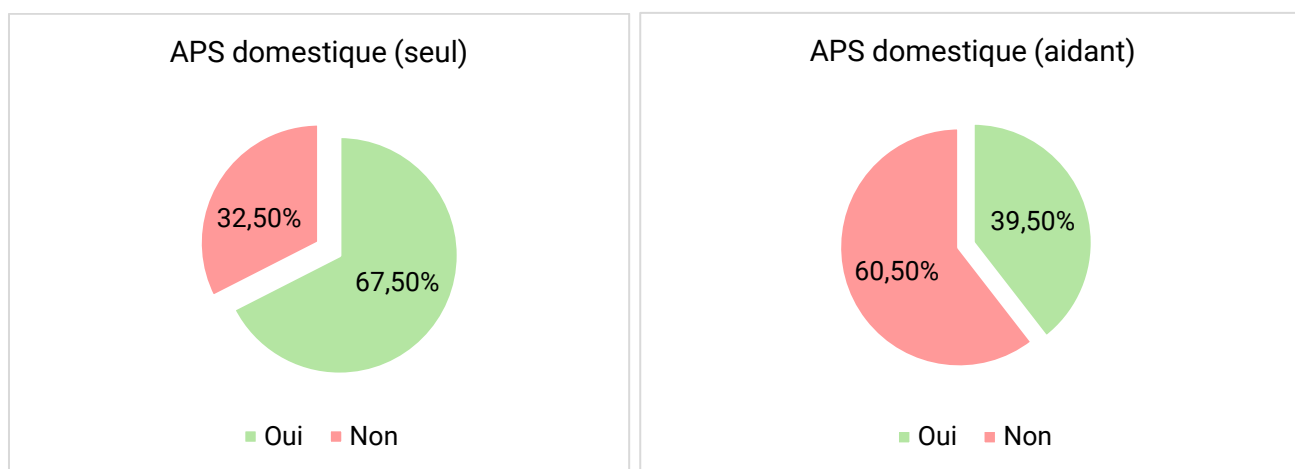


Figure 50 : APS domestique entre répondants seuls et avec un aidant

Le calcul le volume moyen hebdomadaire est de 303,4 minutes. La variation autour de cette moyenne est aussi importante avec un écart-type de 362,4 minutes. Cela reflète également une grande disparité entre les personnes très actives et celles qui sont moins engagées dans l'activité physique à la maison.

Après calcul du volume hebdomadaire, 32,8% des personnes actives à domicile atteignent le seuil des recommandations de l'OMS via ce seul domaine.

Dans l'échantillon global, parmi les 61,5% qui déclarent pratiquer une activité physique modérée à élevée à la maison (soit 354 personnes), 60,7% sont des femmes (soit 215) contre 39,0% d'hommes (soit 138). Contrairement à ce que l'on pourrait attendre, les hommes indiquent une moyenne de 320,8 minutes, contre 293,3 minutes pour les femmes.

Genre	Moyenne de MIN APS hebdo à la maison
Un homme	320,8
Une femme	293,3
Total général	303,4

Figure 51 : Moyenne de temps d'APS domestique selon le genre

5.4. Activité sportive

Taux global de pratique sportive

Dans l'ensemble de l'échantillon, 61,5% des répondants déclarent pratiquer une activité sportive. Comme mentionné dans les limites méthodologiques, cette large proportion de sportifs peut s'expliquer en partie par le mode de diffusion de l'enquête. Les deux fédérations sportives partenaires du projet ont contribué à relayer le questionnaire, ce qui a probablement favorisé la participation de personnes déjà impliquées dans une activité sportive. Ce contexte pourrait avoir généré un effet de sélection en faveur des pratiquants.

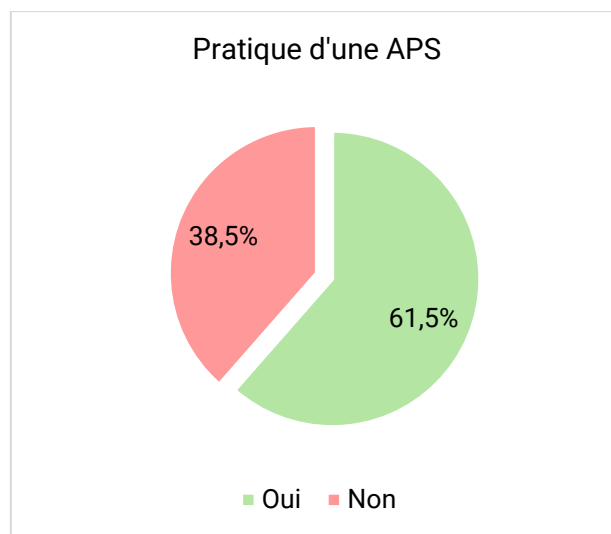


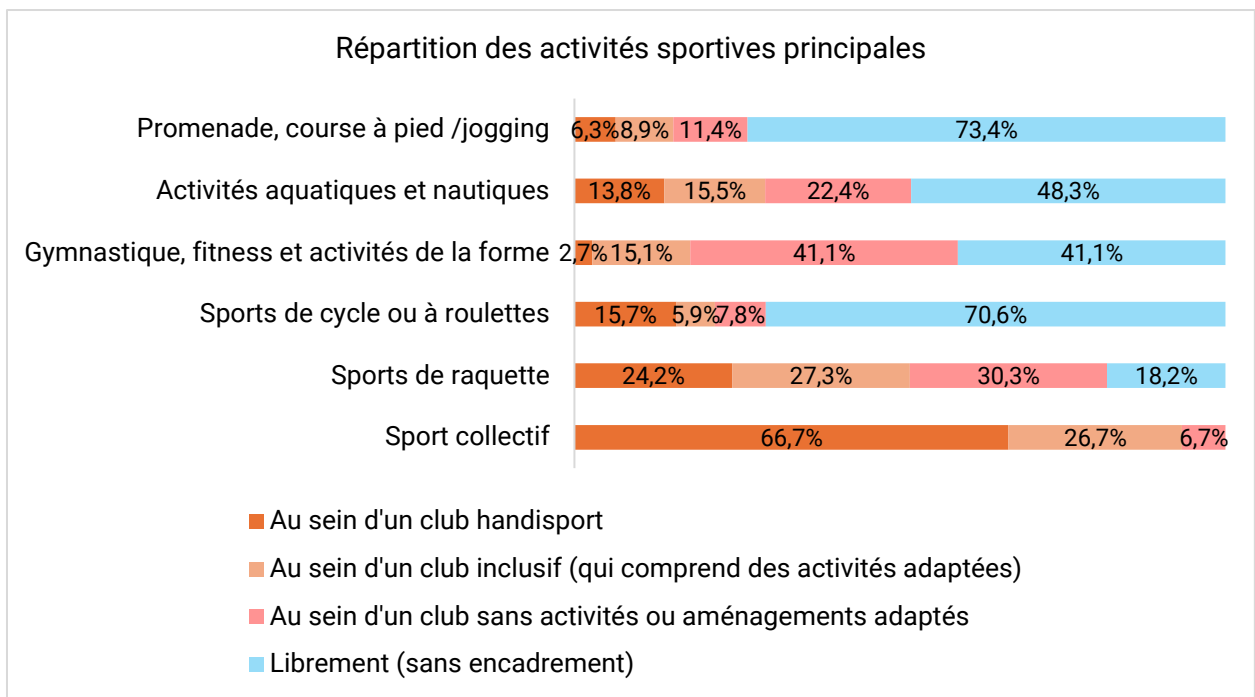
Figure 52 : Pratique d'une APS

On retrouve essentiellement des

1. marcheurs/joggeurs (44,6%),
2. des nageurs ou pratiquants d'activités aquatiques (33,3%),
3. des pratiquants d'activités gymniques ou de fitness (21,2%) et
4. des cyclistes ou autres sports à roue/roulettes (16,4%).

On retrouve dans la catégorie « autre » (12%) essentiellement des golfeurs (4%), des yogis (4%) et des cavaliers ou personne pratiquant l'hippothérapie (4%).

Les 4 sports principaux (promenade/course à pied, activités aquatiques et nautiques, gymnastique / activités de la forme et les sports de cycles ou à roulettes) sont principalement pratiqués de manière libre.



Il existe quelques différences de pratiques entre les répondants seuls et ceux ayant été aidés. Là où les deux premières catégories de pratiques sont identiques (promenade/course et activités aquatiques), on retrouve les activités gymniques en troisième position chez les répondants seuls (26,8%) tandis que ce sont les sports collectifs qui arrivent à cette position pour les répondants aidés (20,3%).

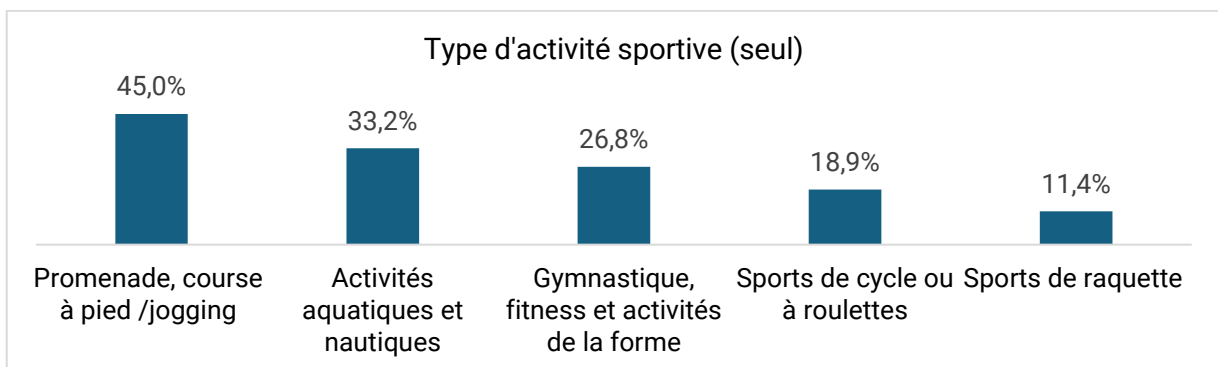


Figure 53 : Type d'APS seul

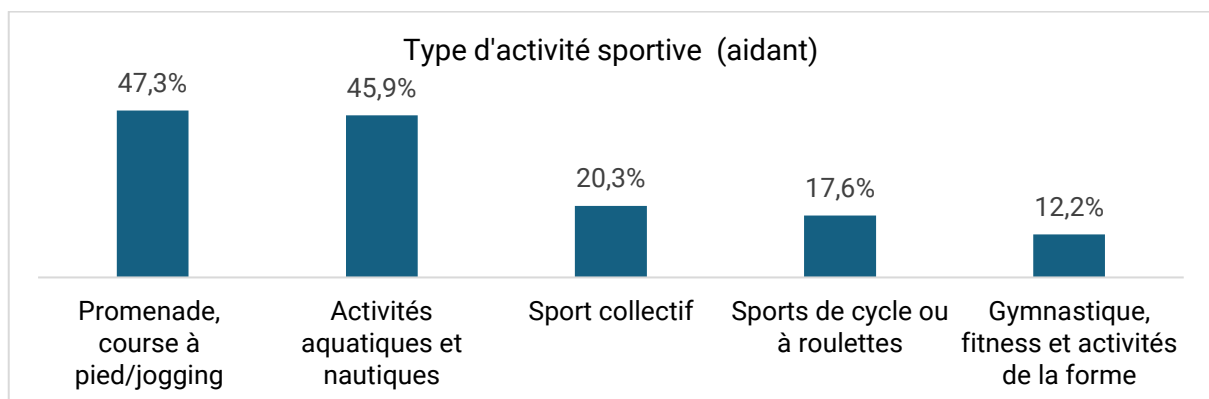


Figure 54 : Type d'APS aidant

Volume hebdomadaire déclaré d'activité sportive

Parmi les 354 personnes ayant déclaré pratiqué une activité sportive, la moyenne hebdomadaire est de 152,1 minutes. Là encore, les écarts sont importants : certains sportifs dépassent largement cette moyenne, tandis que d'autres s'en tiennent à une pratique plus limitée (avec un écart-type de 223,7 minutes hebdomadaire).

Lorsqu'on calcule le volume hebdomadaire d'activité modérée à intense dans ce seul domaine, un peu plus d'un tiers des sportifs (36,7%) atteignent le seuil minimal de 150 minutes par semaine recommandé par l'OMS.

Analyse par catégories d'âge

Lorsqu'on observe la répartition du taux de sportifs et non-sportifs par catégories d'âge, les tranches d'âge centrales présentent systématiquement une proportion plus élevée de répondants pratiquant une activité sportive que de non-pratiquants.

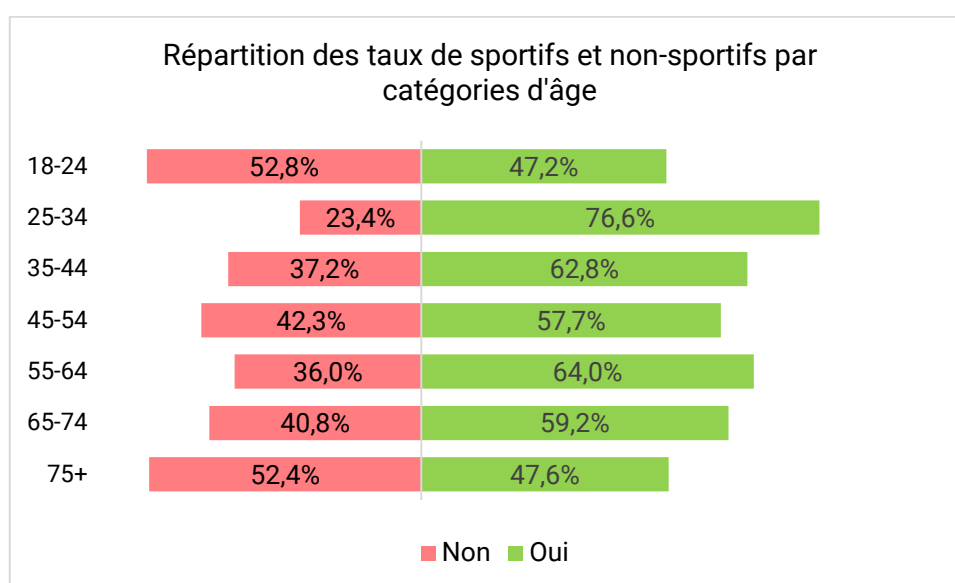


Figure 55 : Répartition entre sportifs et non-sportifs par âge

La durée moyenne hebdomadaire d'activité sportive varie selon les tranches d'âge, mais ces résultats doivent être interprétés avec prudence, en particulier pour les groupes 18-24 ans (N=53) et 75 ans et plus (N=21), dont les effectifs sont très faibles. Cette faible représentativité peut amplifier artificiellement les variations et ne permet pas de généraliser ces valeurs à une population plus large.

En prenant cette limite en compte, la tendance qui se dégage montre que les durées moyennes semblent augmenter progressivement entre 18 et 54 ans, atteignant un premier pic chez les 45-54 ans (112 minutes). Une baisse notable apparaît ensuite chez les 55-64 ans (74 minutes), mais les niveaux remontent de manière très importante chez les 65-74 ans, qui enregistrent la moyenne la plus élevée (120 minutes). Les 75+ conservent également un niveau relativement élevé (109 minutes), mais à nouveau, l'effectif restreint dans cette catégorie invite à la prudence.

Catégories d'âges	Moyenne des minutes d'activité sportive hebdo déclarées
18-24	67,9
25-34	77,5
35-44	97,3
45-54	112,0
55-64	74,3
65-74	120,1
75+	108,6

Figure 56 : Moyenne de temps d'APS par âge

Analyse par genre

Lorsqu'on observe la répartition du taux de sportifs et non-sportifs en fonction du genre, on remarque que 68,2% des hommes et 57,0% des femmes déclarent pratiquer une activité sportive. Cet écart est statistiquement significatif ($\chi^2(1) = 7,38$; $p = .007$; $N = 574$). Les femmes sont donc plus nombreuses à ne pas pratiquer (43,0%) que les hommes (31,8%).

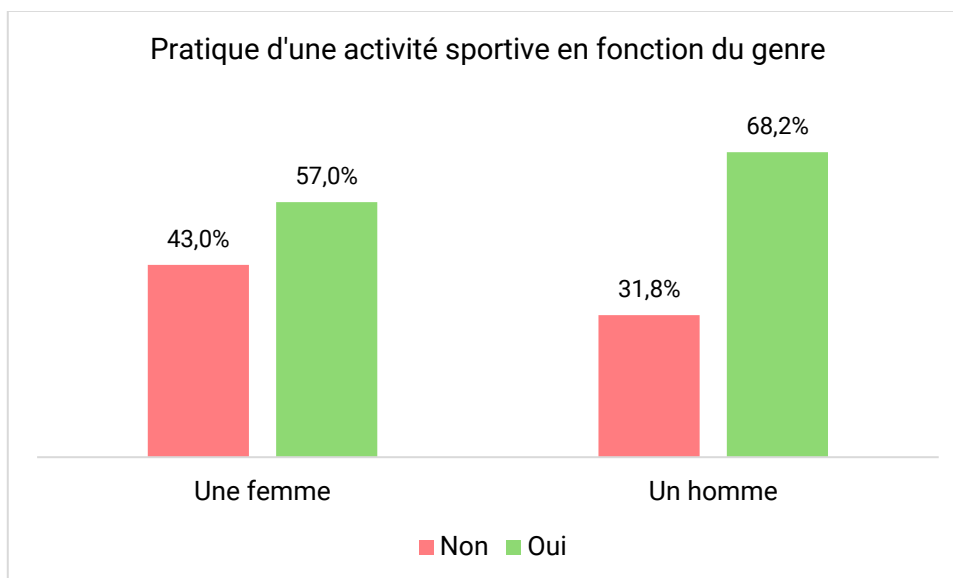


Figure 57 : pratique ou non d'une activité sportive par genre

L'analyse de la durée moyenne hebdomadaire d'activité sportive selon le genre met en évidence un écart important : les hommes déclarent en moyenne 195,2 minutes d'activité sportive hebdomadaire, contre 115,3 minutes pour les femmes.

Genre	Moyenne des minutes d'activité sportive hebdo déclarées
Un homme	195,2
Une femme	115,3
Total	152,1

Figure 58 : temps hebdomadaire dédié à une activité sportive par genre

Analyse par type de handicap

Lorsque l'on examine la pratique sportive en fonction du type de handicap, l'ensemble des configurations dépasse les 50% de pratiquants, ce qui traduit une relative homogénéité entre les groupes. Comme pour l'analyse par catégories d'âge, cette absence de différence peut s'expliquer en partie par le mode de diffusion de l'enquête, largement relayée par les deux fédérations sportives partenaires du projet. Les effectifs limités de certaines configurations principales (avec 34 répondants pour le polyhandicap, 44 pour le handicap intellectuel isolé et 50 pour le cognitif isolé) contribuent également à lisser les écarts, où quelques répondants supplémentaires suffiraient pour modifier fortement les pourcentages.

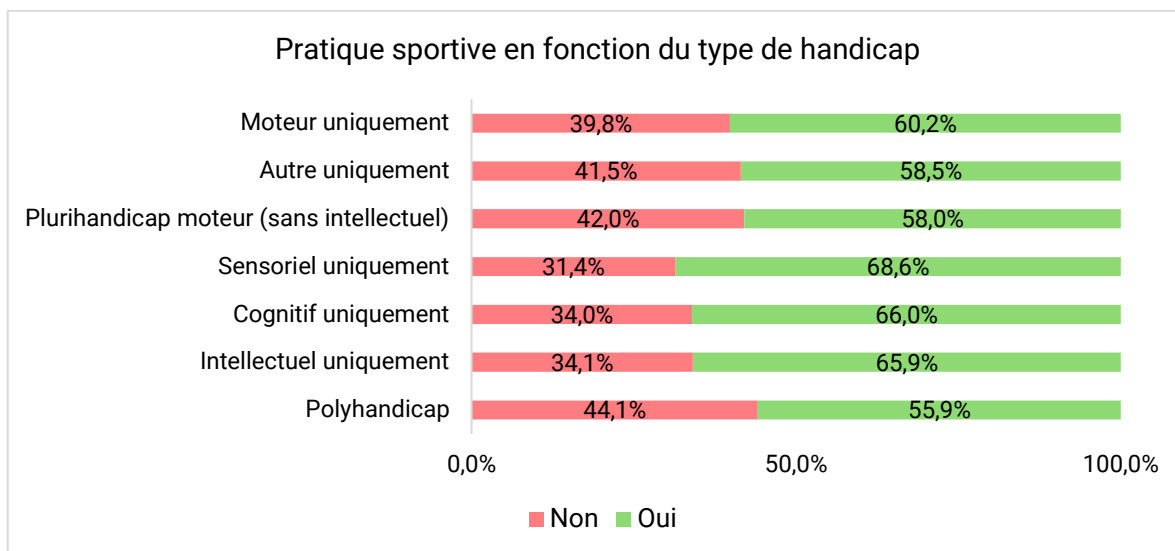


Figure 59 : Pratique d'une activité sportive par type de handicap

Comparaison avec la Flandre (G-sport Vlaanderen, 2024)

L'étude 2024 de G-sport Vlaanderen indique qu'en Flandre, 68,5% des personnes en situation de handicap, de vulnérabilité psychique ou de maladie chronique déclarent avoir pratiqué une activité sportive au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Les sportifs réguliers constituent la plus grande part de ces sportifs, avec environ 9 sportifs sur 10 qui pratiquent un sport sur une base hebdomadaire. La fréquence de participation la plus courante se situe entre 1 et 3 jours par semaine. La structure des pratiques apparaît très similaire avec les disciplines les plus citées qui relèvent majoritairement d'activités individuelles et peu contraignantes. En Flandre, la natation, la marche, le vélo de loisir et le fitness figurent en tête. Cette similitude du type de sport suggère des préférences communes en matière de pratiques accessibles et adaptables.

5.5. Analyse globale de l'activité physique : au travail, lors des déplacements, domestique et activité sportive

Les hommes déclarent des volumes d'activité physique et sportive systématiquement plus élevés que les femmes dans tous les domaines. L'écart le plus important apparaît dans le sport et le travail.

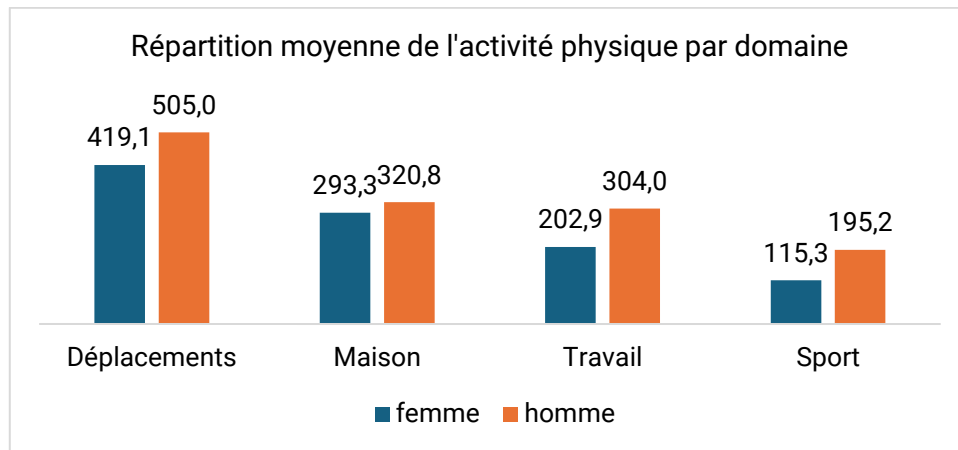


Figure 60 : Temps d'APS hebdomadaire par domaine

Lorsque l'on additionne la moyenne du volume d'activité physique et sportive hebdomadaire dans ces quatre domaines : un peu plus de la moitié de l'échantillon total (54,7%) atteint le seuil minimal recommandé par l'OMS.

Le volume hebdomadaire moyen total s'élève à 439,4 minutes avec 532,1 chez les hommes contre 375,7 minutes chez les femmes.

6. Sédentarité et comportements statiques

La sédentarité est définie comme *tout comportement d'éveil caractérisé par une dépense énergétique inférieure ou égale à 1,5 équivalent métabolique en position assise ou allongée*⁵. Elle doit être distinguée de l'inactivité physique, qui correspond à un niveau d'activité insuffisant pour atteindre les recommandations en vigueur.

Pour l'ensemble de l'échantillon, les répondants déclarent passer en moyenne 6,2 heures par jour en situation de sédentarité, c'est-à-dire en position assise ou statique (par exemple pour lire, regarder la télévision, utiliser un ordinateur ou jouer à des jeux vidéo). L'écart-type, qui donne une indication sur la dispersion des réponses par rapport à la moyenne, est de 3,7 heures. Certaines personnes passent beaucoup moins de temps assis et d'autres beaucoup plus.

La médiane est de 5 heures, ce qui indique que la moitié des répondants passe au moins cinq heures par jour sans bouger.

Le temps moyen passé quotidiennement devant un écran (ordinateur, télévision ou smartphone) s'élève à 4,7 heures, avec un écart-type de 3,0 heures et une médiane de 4 heures.

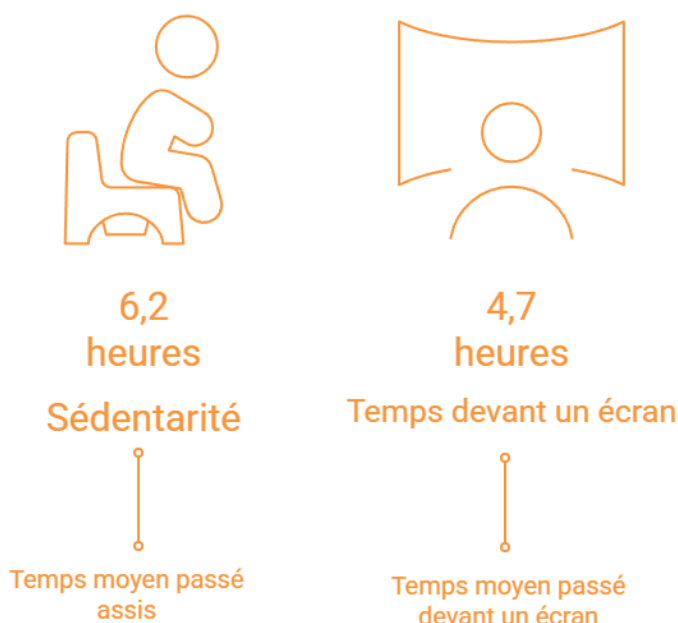


Figure 61 : Moyenne du temps sédentaire et temps d'écran

En analysant le temps moyen passé en situation de sédentarité selon le genre, on obtient 6,0 heures pour les hommes et 6,4 heures pour les femmes. Pour le temps quotidien passé devant les écrans, les valeurs sont très proches : 4,7 heures pour les hommes et 4,6 heures pour les femmes. Ces différences sont faibles et ne suggèrent pas un écart réel dans les comportements sédentaires ou devant les écrans selon le genre.

⁵ Jodogne et al., 2024, *Revue Médicale de Liège*, 79(5-6), 334-340

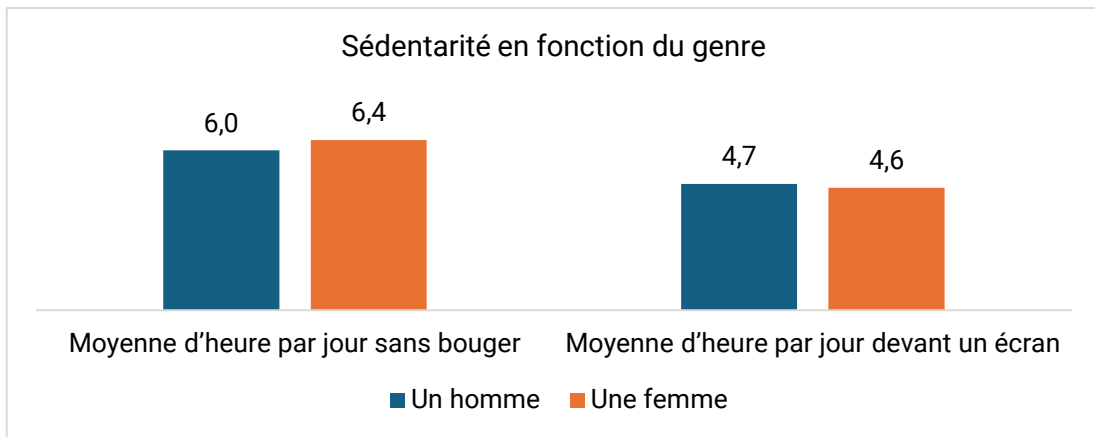


Figure 62 : Sédentarité en fonction du genre

En analysant par catégories d'âge, la moyenne d'heures par jour passées sans bouger varie entre 5,7 et 6,9 heures par jour, soit un écart de seulement 1,2 heure entre la tranche la plus basse et la plus élevée. La moyenne d'heures par jour passées devant les écrans varie entre 4,2 et 4,9 heures, soit un écart de 0,7 heure, ce qui est faible. Ces légères différences ne suggèrent pas de variation du comportement sédentaire ou devant les écrans selon l'âge.

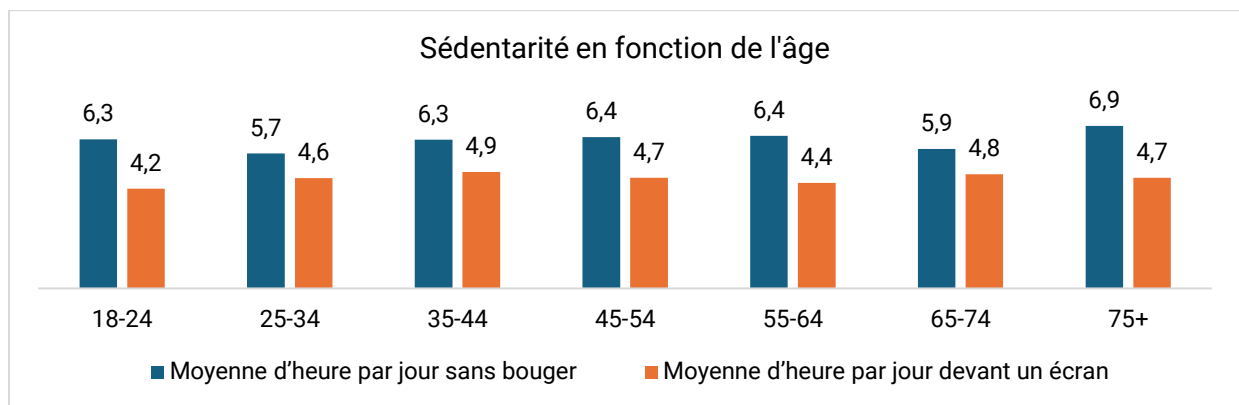


Figure 63 : Sédentarité en fonction de l'âge

Le temps moyen passé en situation de sédentarité et devant les écrans varie peu selon le type de handicap. Les personnes avec un handicap intellectuel affichent des valeurs légèrement plus faibles (5,3 heures sans bouger et 3,0 heures d'écran), tandis que les autres groupes se situent globalement autour de 5,9 à 6,8 heures pour la sédentarité et 4 à 5 heures pour le temps d'écran.

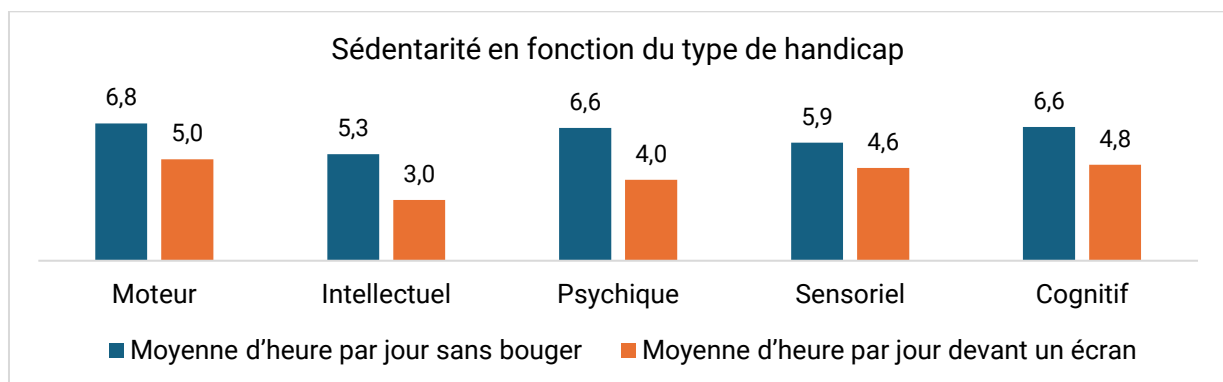


Figure 64 : Sédentarité en fonction du handicap

7. Motivations

Les motivations ont été explorées pour les répondants pratiquant une activité sportive et pour ceux ne pratiquant pas une activité sportive (mais pouvant avoir néanmoins d'autres pratiques d'activités physique : déplacements, activité physique dans le cadre du domicile ou travail).

Motivations chez les personnes ayant une pratique sportive

Parmi les 354 personnes qui pratiquent une activité sportive, les 5 principales motivations sont

1. L'amélioration ou le maintien de ma santé (44,6%)
2. Le plaisir (18,1%)
3. La rencontre avec d'autres personnes (11,0%)
4. L'entretien de mon corps / de mon apparence physique (7,6%)
5. L'évacuation du stress / se vider l'esprit (7,1%)



Figure 65 : Motivations principales (sportif)

Elles diffèrent en fonction du mode de réponse. Parmi les répondants seuls, c'est l'amélioration ou le maintien de ma santé qui arrive en première position avec 51,8%, suivi par le plaisir (14,3%), la rencontre avec d'autres personnes (8,2%) suivi de l'évacuation du stress (7,1%) et l'entretien du corps / de l'apparence physique (6,8%). Parmi ceux qui ont répondu grâce à l'aide d'un tiers, si le top 5 retrouve les mêmes éléments ils sont classés différemment : le plaisir arrive en premier (32,4%), la rencontre avec d'autres personnes (21,6%) en seconde, l'amélioration ou le maintien de ma santé (17,6%) en troisième, l'entretien du corps / de l'apparence physique (10,8%) et enfin l'évacuation du stress (6,8%).

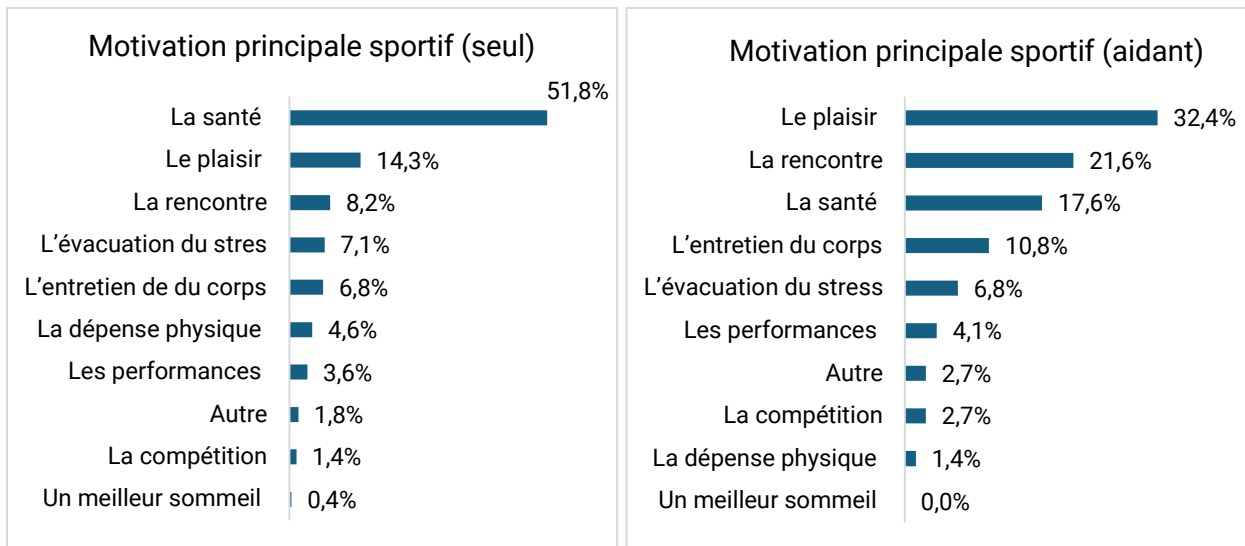


Figure 66 : Motivation principale seul et aidant

Motivations chez les personnes ne pratiquant pas d'activité sportive

Parmi ceux qui déclarent ne pas pratiquer d'activité sportive (soit 222 personnes), les 5 motivations qui les pousseraient à le faire sont les mêmes que pour les sportifs (avec une inversion entre la 4^{ème} et 5^{ème} motivation)

1. L'amélioration ou le maintien de ma santé (40,0%)
2. Le plaisir (19,5%)
3. La rencontre avec d'autres personnes (14,8%)
4. L'évacuation du stress / se vider l'esprit (10,5%)
5. L'entretien de mon corps / de mon apparence physique (6,7%)



Figure 67 : motivations principales non-sportif

Elles diffèrent également en fonction du mode de réponse :

- pour les répondants seuls, on retrouve
 - ✓ l'amélioration ou le maintien de la santé (46,5%),
 - ✓ le plaisir (15,7%)

- ✓ la rencontre avec les autres à égalité avec l'évacuation du stress (10,5%),
- ✓ un meilleur sommeil (5,8%).
- Concernant les répondants avec aide, c'est
 - ✓ le plaisir (28,0%) en premier, suivi de
 - ✓ la rencontre avec les autres (26,0%),
 - ✓ l'entretien du corps / de l'apparence physique (12,0%)
 - ✓ Autre (10%)
 - ✓ l'évacuation du stress / se vider l'esprit (8,0%).

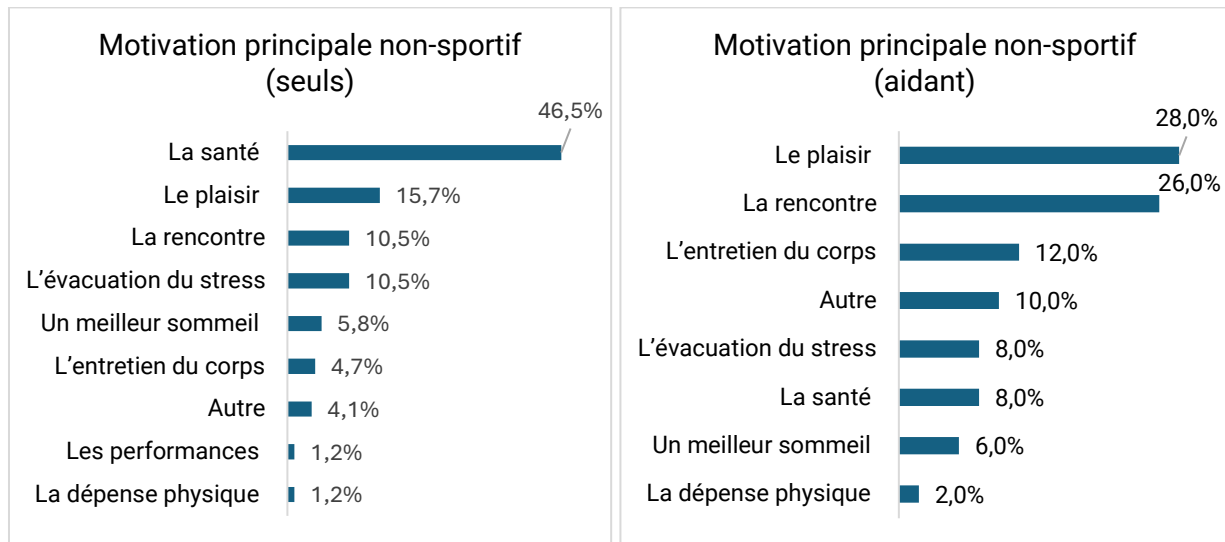


Figure 68 : Motivation principale non-sportif seul et aidant

Motivations dans l'échantillon global

Lorsqu'on compare les motivations principales de l'échantillon global de ceux qui pratiquent une activité sportive, des différences apparaissent entre les femmes et les hommes.

Pour les « sportives », la santé constitue de loin la motivation principale. Plus d'une femme sur deux (53,4%) cite la santé comme raison principale de sa pratique. Cette proportion est plus élevée que chez les hommes, pour qui la santé reste également la première motivation, mais dans une moindre mesure (34,4%). L'évacuation du stress est plus souvent citée par les femmes (7,9%) que par les hommes (6,1%).

Chez les « sportifs », le plaisir (22,1%) constitue une motivation beaucoup plus fréquemment citée que chez les sportives (14,7%). Les hommes mentionnent également davantage les motivations liées à la rencontre (13,5% contre 8,9% chez les femmes), à l'entretien du corps (8,6% contre 6,8%), aux performances (4,9% contre 2,6%) et à la dépense physique (6,1% contre 2,1%).

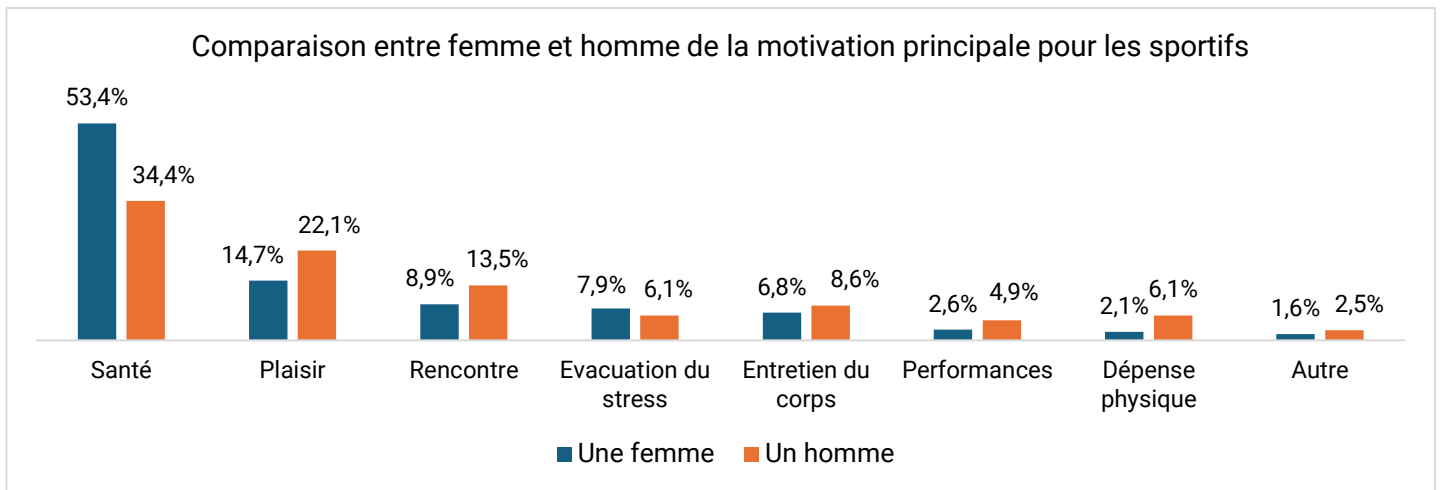


Figure 69 : Comparaison par genre de la motivation principale

Chez les personnes ne pratiquant pas d'activité sportive, la santé demeure la motivation principale évoquée par les deux genres qui pourrait influencer une pratique future d'une activité sportive. Ici encore, elle est toutefois plus fréquemment citée par les femmes (40,3%) que par les hommes (32,9%).

Le plaisir arrive en deuxième position pour les deux groupes, avec des proportions relativement proches : 17,4% chez les femmes et 19,7% chez les hommes.

Les femmes non sportives citent plus souvent l'évacuation du stress comme motivation principale à une pratique future d'activité sportive (12,5%), soit plus de deux fois plus que les hommes (5,3%).

À l'inverse, la rencontre est plus citée par les hommes (19,7%) que par les femmes (11,1%).

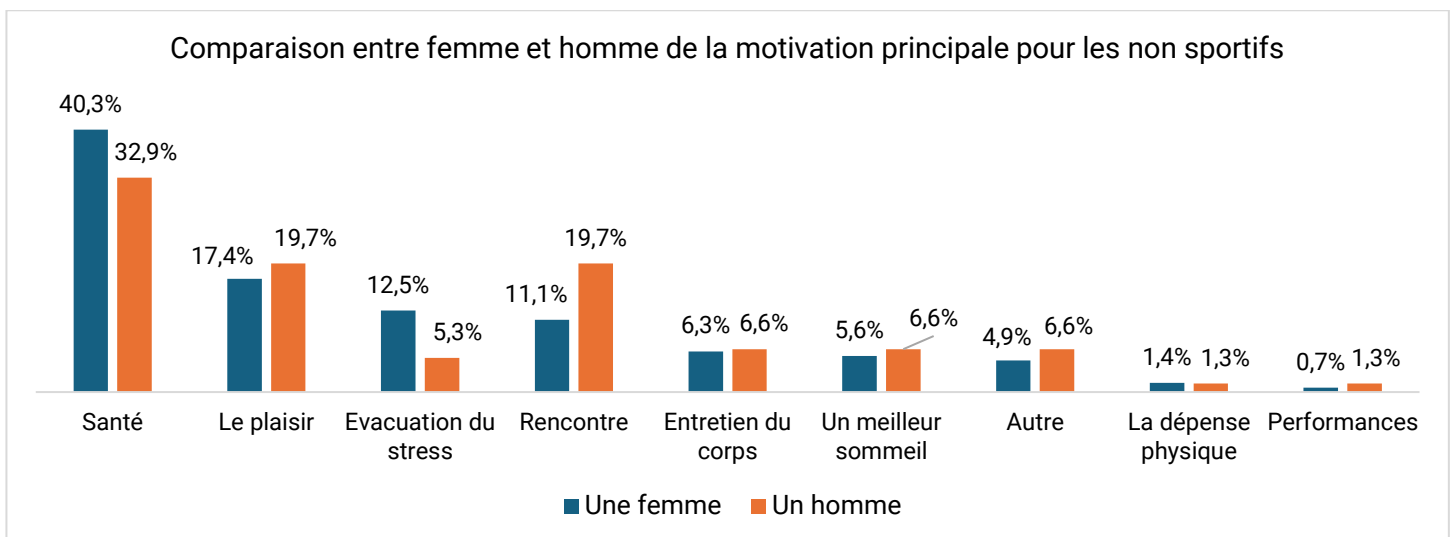
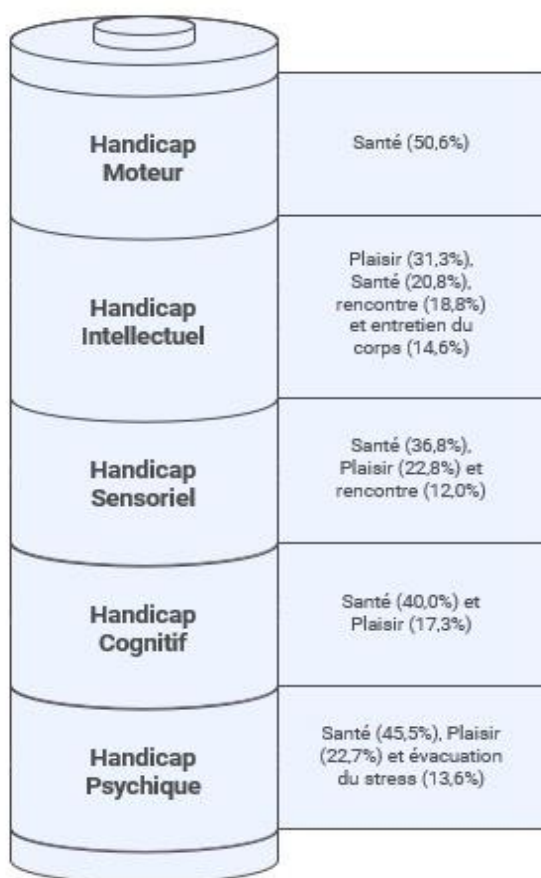


Figure 70 : Comparaison par genre de la motivation principale (non-sportif)

Des différences apparaissent également en fonction du type de handicap. Chez les sportifs, la santé constitue la principale motivation pour la plupart des types de handicap. La seule exception concerne le handicap intellectuel, pour lequel le plaisir arrive en première position.

Chez les non-sportifs, la santé est également la motivation la plus citée par les personnes ayant un handicap moteur, sensoriel ou cognitif. En revanche, le plaisir reste la motivation principale chez les personnes avec un handicap intellectuel, tandis que la rencontre avec les autres ressort davantage chez les personnes ayant un handicap psychique.

Motivations principales de ceux qui pratiquent une activité sportive en fonction du type de handicap (global)



Motivations principales de ceux qui ne pratiquent pas d'activité sportive en fonction du type de handicap (global)

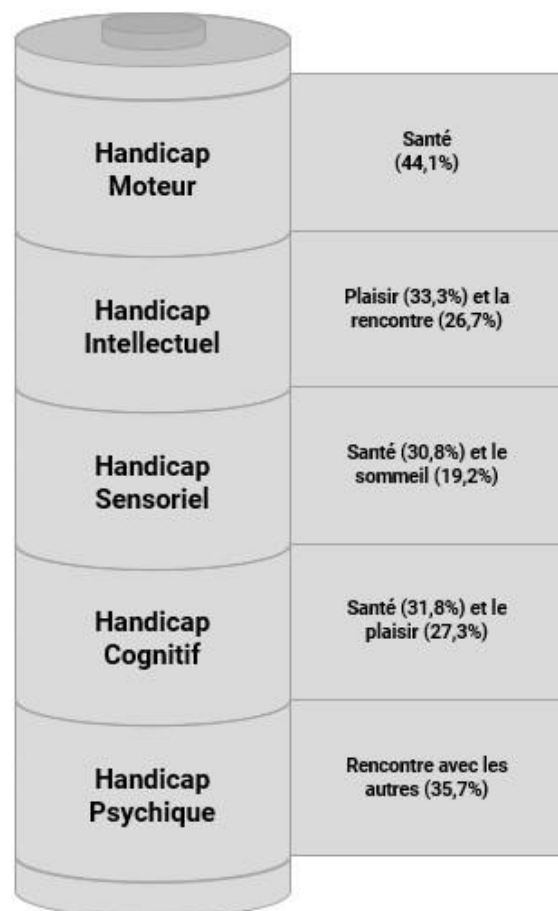


Figure 71: Motivation principale en fonction du handicap sportif et non sportif

8. Freins

Les freins ont pu être identifiés pour les répondants pratiquant une activité sportive et pour ceux ne pratiquant pas une activité sportive (mais pouvant avoir néanmoins d'autres pratiques d'activités physique : déplacements, activité physique dans le cadre du domicile ou travail).

Freins chez les personnes pratiquant une activité sportive

Les sportifs (354 répondants) avaient l'occasion d'identifier les potentiels freins à leur pratique. Parmi eux, 5,9% (soit 34 personnes) ont indiqué n'en rencontrer aucun). Pour les autres, les 5 freins principaux sont :

1. Problèmes de santé liés au handicap (22,4%)
2. Fatigue (16,2%)
3. Autre (8,4%)
4. Manque d'offre d'activités physiques adaptées (6,8%)
5. Coût de la pratique trop élevé (6,5%)

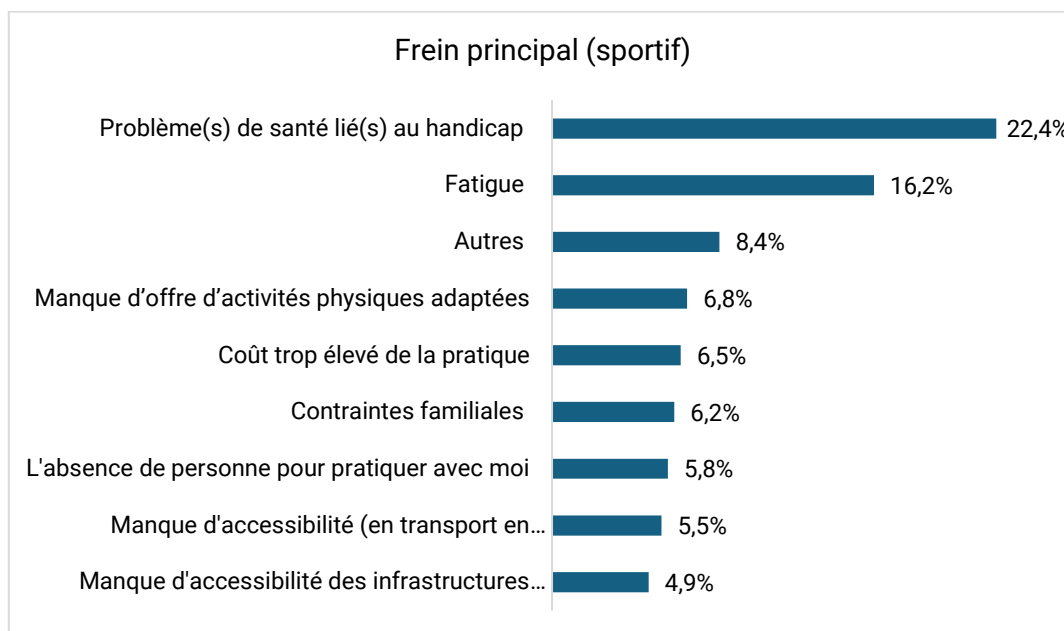


Figure 72 : Frein principal (sportif)

L'analyse des réponses ouvertes (« autre ») confirme que les freins identifiés s'inscrivent majoritairement dans les catégories déjà proposées dans le questionnaire. Les problèmes de santé liés au handicap, les enjeux d'accessibilité (tant des infrastructures que des déplacements), le manque d'offre adaptée et le coût. Les freins réellement spécifiques apparaissent de manière plus marginale et relèvent principalement de dimensions psychosociales (regard des autres, isolement, perception de l'âge) ainsi que de contraintes organisationnelles, telles que les horaires.

Parmi les répondants sportifs seuls, le top 5 reste le même que pour tous les sportifs.

Pour les répondants sportifs avec aide, le classement est différent :

1. Le manque d'offre d'activités physiques adaptées est le plus souvent mentionné (17,7%), suivi par
2. Les problèmes de santé liés au handicap (14,5%),
3. Autres à égalité avec le manque d'accessibilité (en transport en commun, ...) (11,3%),

4. Le manque de motivation personnelle (9,7%) et
5. L'absence de personne pour pratiquer avec moi (8,1%)

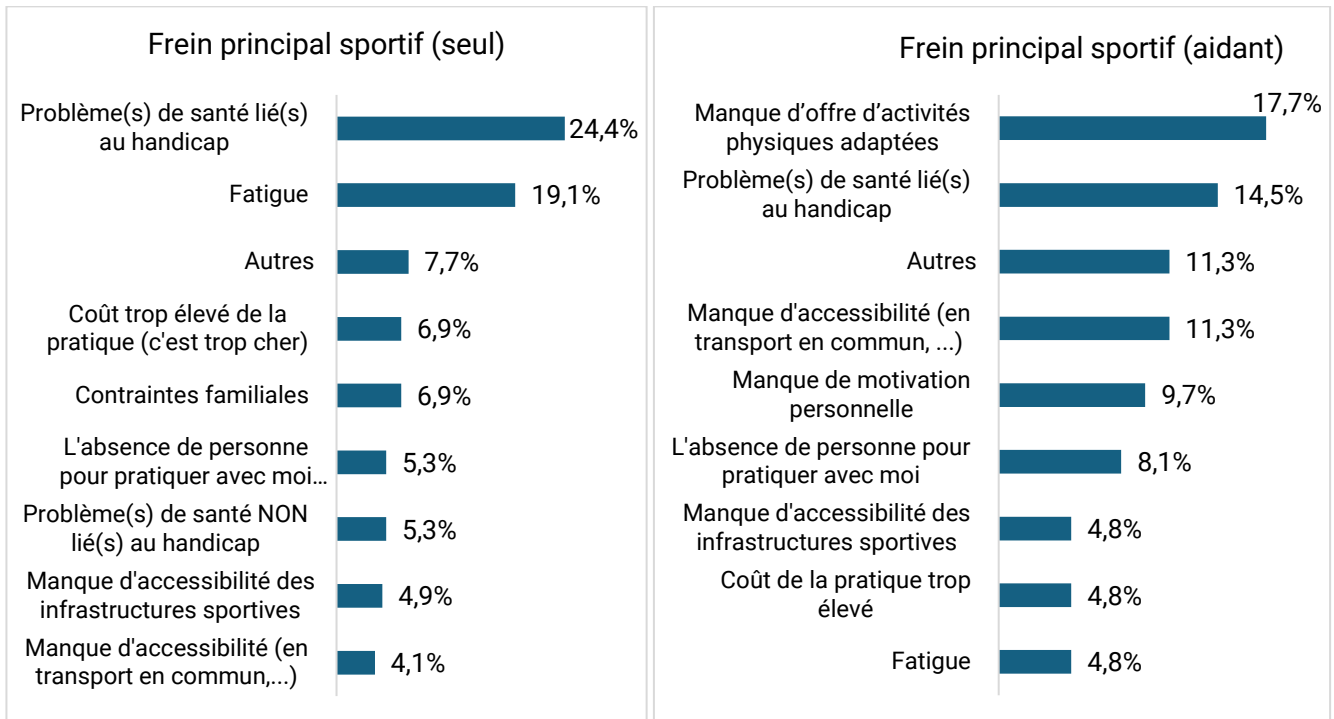


Figure 73 : Frein principal sportif seul vs aidant

Freins chez les personnes ne pratiquant pas d'activité sportive

La question sur la connaissance de l'offre d'activités sportives adaptées était posée aux non sportifs. Les résultats montrent que 63,5% d'entre eux déclarent ne pas connaître l'offre existante.



Figure 74 : Connaissance d'une APS adaptée

Pour les non-sportifs, les 5 freins principaux sont :

1. Problème(s) de santé lié(s) au handicap (23,0%)
2. Fatigue (14,9%)

3. Manque d'accessibilité des infrastructures sportives (10,4%)
4. Manque d'offre d'activités physiques adaptées (8,6%)
5. L'absence de personne pour pratiquer avec moi à égalité avec manque de motivation personnelle (8,1%)

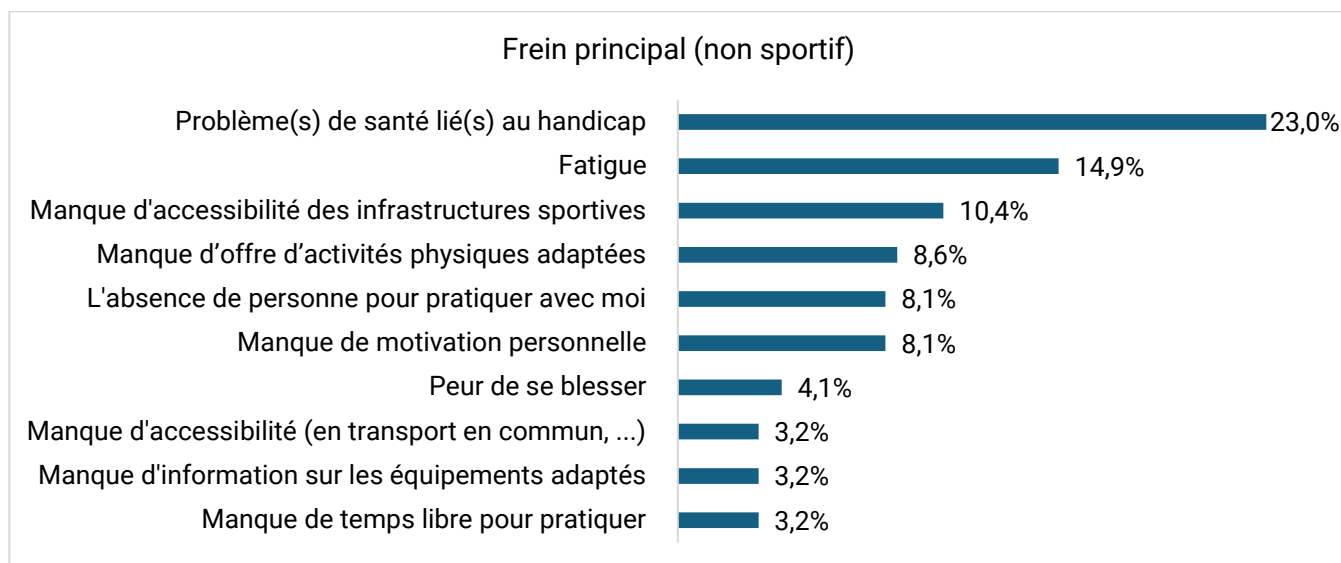


Figure 75 : Frein principal non-sportif

Les non-sportifs ayant répondu seuls (n=172 ou 38% d'entre eux) déclarent comme frein principal

1. Les problèmes de santé liés au handicap (24,4%),
2. La fatigue (18%),
3. Le manque d'offres d'activités physiques et sportives adaptées (11,6%),
4. Le manque de motivation (9,3%) et
5. Le coût trop élevé de la pratique (8,1%).

Tandis que pour les non-sportifs ayant répondu avec une aide (n = 50 ou 40% d'entre eux), on retrouve

1. Le manque d'offre d'activités physiques et sportives adaptées (22%),
2. Les problèmes de santé lié au handicap (18%),
3. Le manque d'accessibilité (10%),
4. L'absence de personne avec qui pratiquer (8%) et
5. La peur de se blesser (8%).

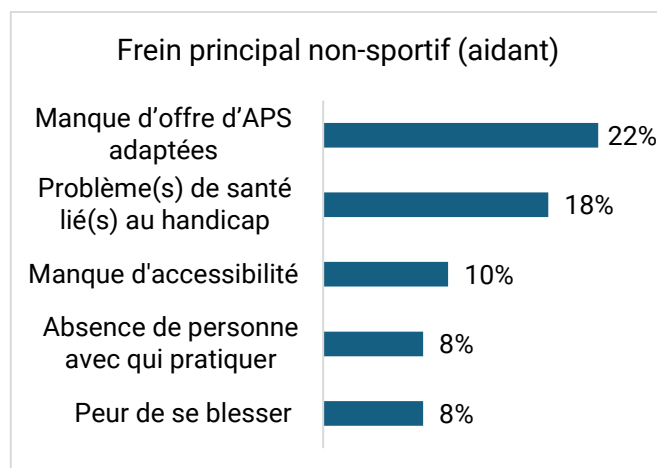
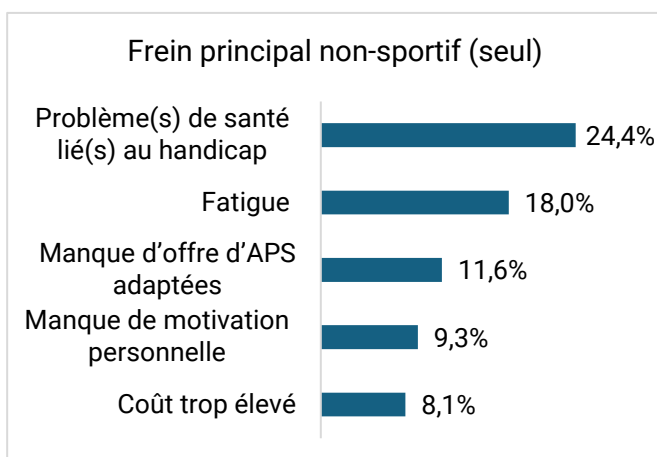


Figure 76 : Frein principal non sportif seul vs aidant

Freins dans l'échantillon global

Lorsqu'on observe le croisement entre le frein principal et le genre :

- Chez les femmes qui pratiquent une activité sportive, le frein principal est lié aux problèmes de santé dû au handicap (23%), suivi de la fatigue (16,8%). L'absence de frein n'arrive qu'en troisième position (8,9%), suivie du coût de la pratique (7,3%).

Chez les hommes, la situation est différente : le fait de ne rencontrer aucun frein arrive en première position (17,8%). Viennent ensuite les problèmes de santé liés au handicap (15,3%), puis la fatigue (11%). Le frein "autres" occupe la quatrième place (9,8%). Si les problèmes de santé et la fatigue figurent parmi les freins importants dans les deux genres, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à déclarer ne rencontrer aucun frein, tandis que les femmes évoquent davantage des obstacles liés à la santé, à l'énergie ou au coût.

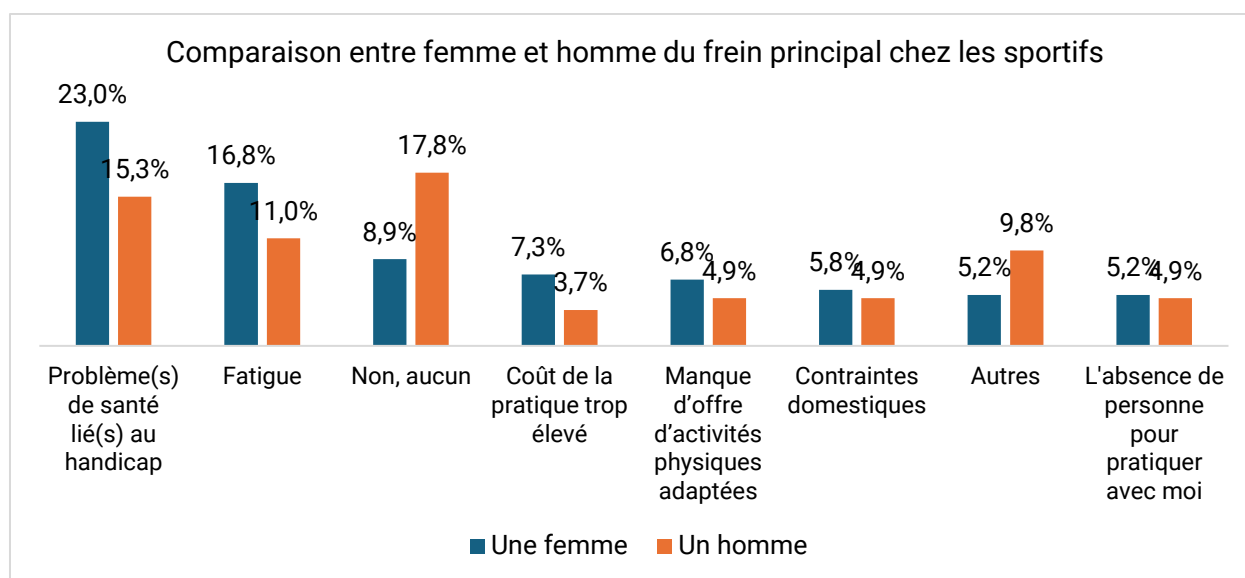


Figure 77 : Comparaison du frein principal par genre chez les sportifs

- Chez les non sportifs, les 2 principaux freins suivent le même ordre chez les hommes et chez les femmes.
 - Les problèmes de santé liés au handicap,
 - La fatigue et
 - Le manque d'offre adaptée

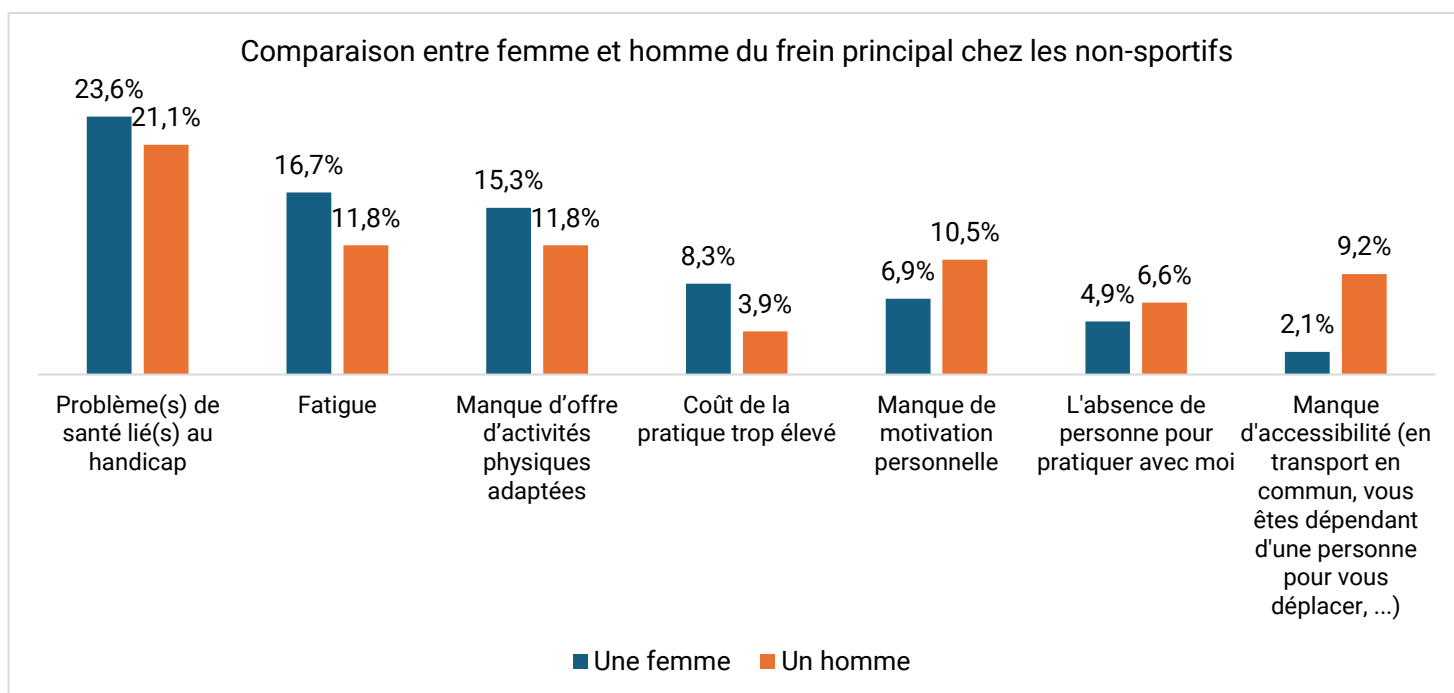
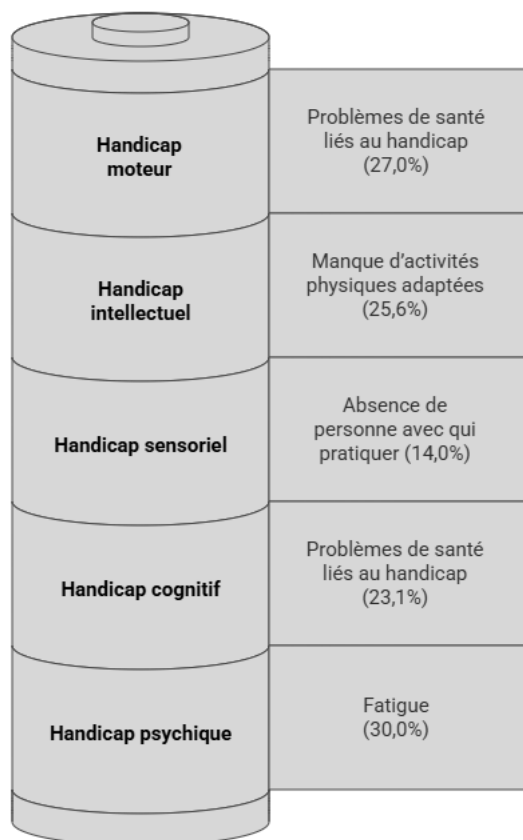


Figure 78 : Comparaison frein principal par genre chez les non-sportifs

Lorsqu'on croise les freins avec les types de handicap :

- Chez les personnes non sportives, les principaux freins du handicap moteur sont les problèmes de santé liés au handicap (28,3%), suivis de la fatigue (17,3%) et du manque d'offre d'activités physiques adaptées (10,2%). Un schéma similaire est observé pour le handicap cognitif, où les problèmes de santé liés au handicap et la fatigue arrivent en tête (20,5% chacun), devant le manque d'offre adaptée (15,9 %). Concernant le handicap sensoriel, c'est la fatigue qui constitue le principal frein (23,1%). Elle est suivie, à parts égales (11,5%), du manque d'offre d'activités adaptées, du manque d'accessibilité (notamment en matière de transport ou de dépendance pour les déplacements) et du manque de motivation personnelle. Les principaux freins pour le handicap intellectuel sont l'absence de personne avec qui pratiquer et le manque d'offre adaptée (16,7% chacun). Enfin, pour le handicap psychique, on retrouve en en tête ex aequo l'absence de personne avec qui pratiquer et les problèmes de santé liés au handicap (21,4%).
- Chez les personnes sportives, les principaux obstacles du handicap moteur restent les problèmes de santé liés au handicap (27,0%), suivis de la fatigue (12,3%). Le même constat s'observe pour le handicap cognitif, où les problèmes de santé liés au handicap arrivent en première position (23,1%), devant la fatigue (18,5%), tandis que le coût de la pratique apparaît comme troisième frein (10,8%). Concernant le handicap sensoriel, le principal obstacle est l'absence de personne avec qui pratiquer (14,0%). Pour le handicap intellectuel, c'est le manque d'offre d'activités physiques adaptées qui domine (25,6%). Enfin, pour le handicap psychique, la fatigue constitue de loin le principal frein (30,0%).

Les freins principaux chez les sportifs, classés par type de handicap.



Freins principaux chez les non sportifs, classés par type de handicap

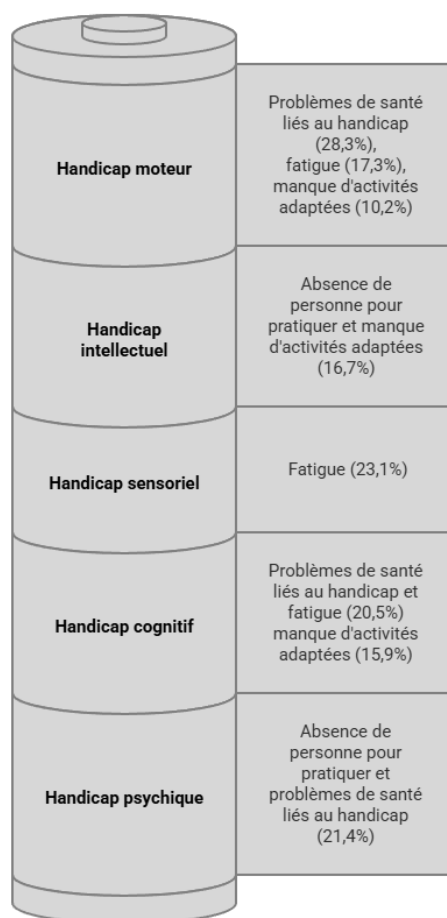


Figure 79 : Freins principaux par type de handicap (sportif et non-sportif)

Leviers

Concernant les leviers qui pourraient permettre de lever les freins à la pratique d'activité physique et sportive, le principal identifié par les répondants est l'accès à une offre d'activités physiques adaptées (33,7%), il est suivi par la nécessité d'un accompagnement adapté par un professionnel (23,1%) et par des aides financières (21,4%).

Il est intéressant de noter que 20% des répondants déclarent ne pas avoir besoin de levier particulier.

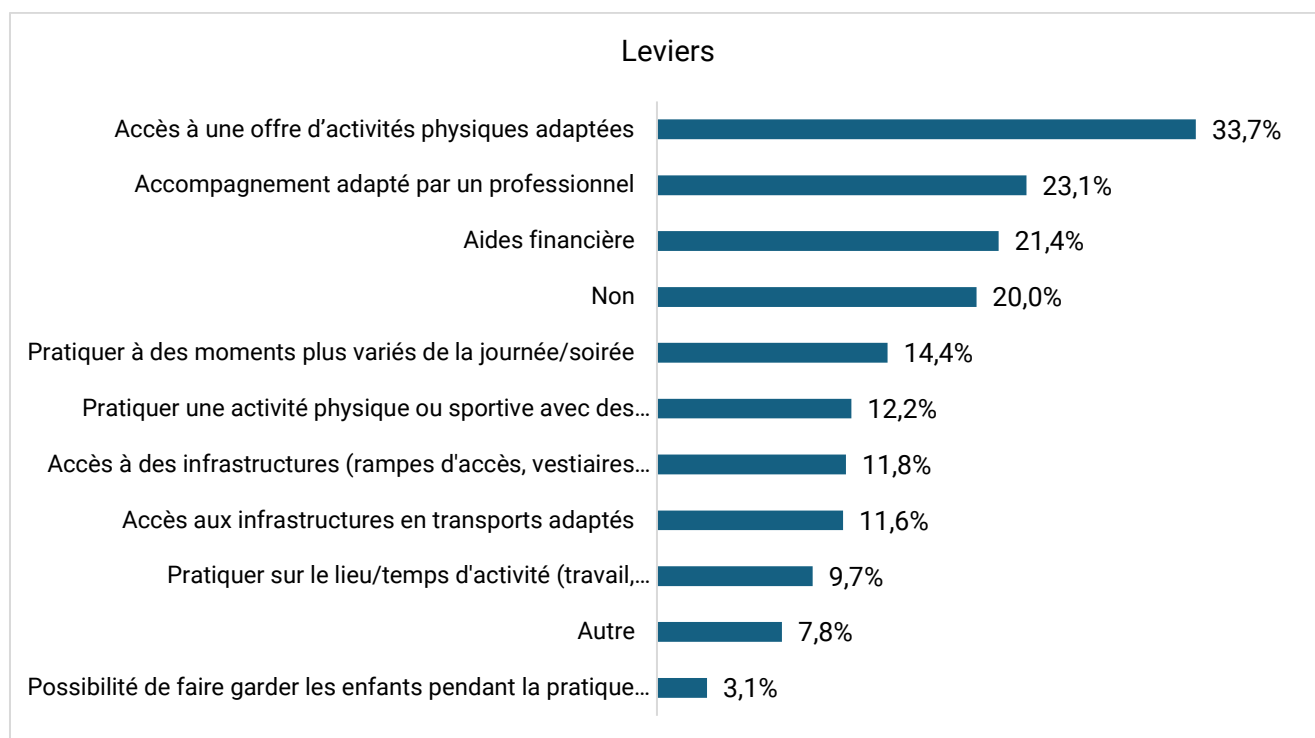


Figure 80 : Leviers pour la pratique d'une APS

Leviers chez les personnes pratiquant une activité sportive

Chez les sportifs, le levier le plus fréquemment cité est l'accès à une offre d'activités physiques adaptées (26,3%). En deuxième position, on retrouve le fait de ne pas avoir besoin de levier particulier (22,3%). Les autres leviers mentionnés concernent les aides financières (19,2%), la possibilité d'être accompagné de manière adaptée par un professionnel (17,8%), ou encore un meilleur accès aux infrastructures en transports adaptés à égalité avec le fait de pratiquer l'activité physique ou sportive avec des personnes « valides » (11,3%).

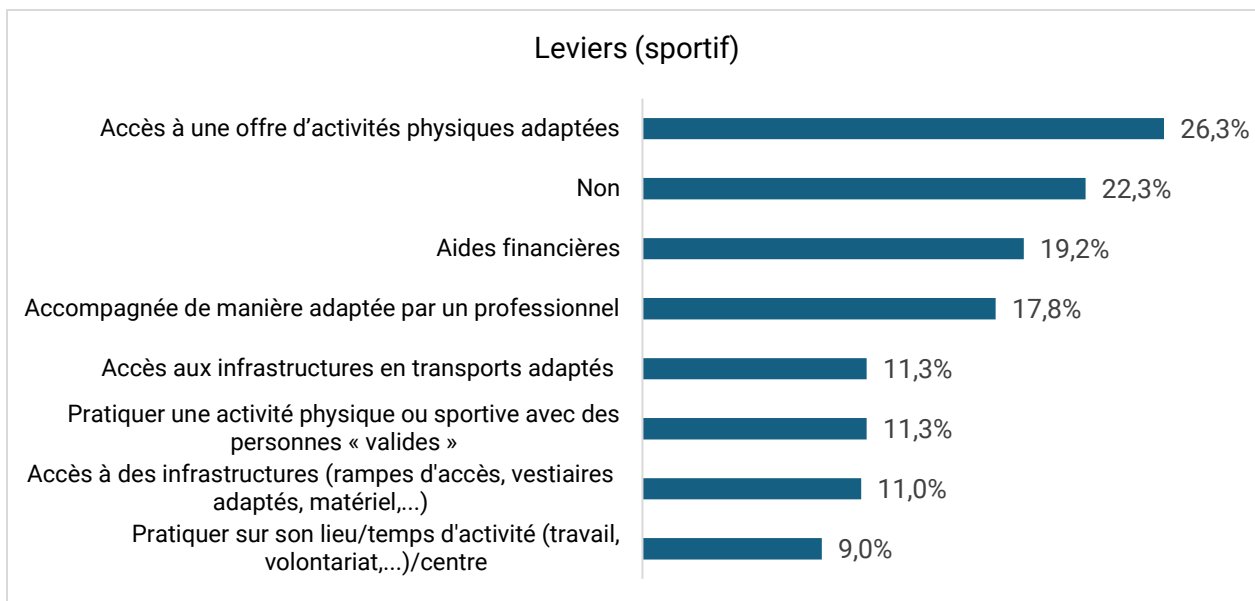


Figure 81 : Leviers chez les sportifs

Freins chez les personnes ne pratiquant pas d'activité sportive

Chez les personnes ne pratiquant pas d'activité sportive, le levier le plus important est également l'accès à une offre d'activités physiques adaptées (45,5%). L'accompagnement par un professionnel apparaît comme un second levier (31,5%), suivi par les aides financières (24,8%).

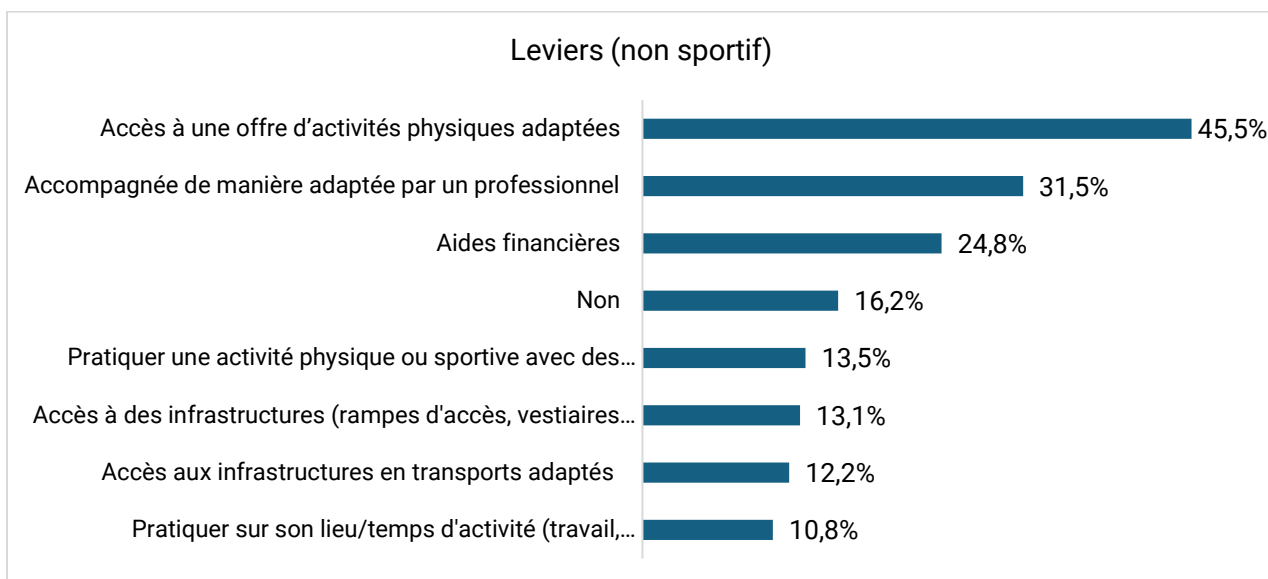


Figure 82 : Leviers (non-sportifs)

Freins dans l'échantillon global

L'accès à une offre d'activités physiques adaptées est davantage cité par les femmes que par les hommes. Les femmes mentionnent également plus fréquemment le besoin d'aides financières (qui arrive plutôt en 3^{ème} position chez les hommes) ainsi que l'accompagnement adapté par un professionnel.

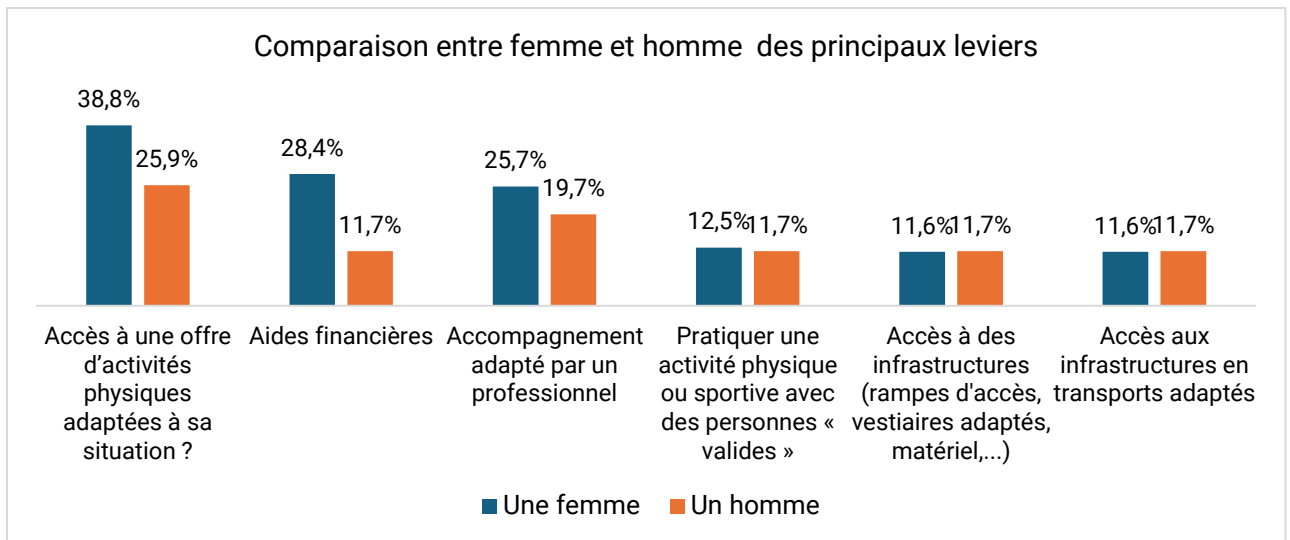


Figure 83 : Principaux leviers en fonction du genre

Discussion

Les résultats de cette enquête apportent un premier éclairage sur l'activité physique et sportive des personnes en situation de handicap en Fédération Wallonie-Bruxelles, mais ils doivent être nuancés suivant les limites méthodologiques identifiées. Bien que l'échantillon soit de taille suffisante (N= 576 répondants) pour dégager des tendances générales, sa composition révèle plusieurs déséquilibres importants.

Premièrement, la diffusion du questionnaire via les deux fédérations sportives reconnues (LHF et Sportéa) a vraisemblablement entraîné un biais de sélection en faveur des personnes déjà engagées dans une pratique sportive. Cela explique sans doute en partie le taux élevé de pratique sportive observé (61,5%).

L'analyse distincte des deux modes de réponse (répondants seuls vs répondants avec aide) révèle également deux profils nettement différenciés. Cette distinction est apparue intéressante du fait des différences identifiées entre le mode de réponse, leur type de handicap et leur pratique d'activité physique et sportive.

Les répondants seuls sont majoritairement des femmes, vivant hors institution, avec un niveau de diplôme plus élevé et des handicaps isolés principalement moteurs ou physiques acquis. Ces profils présentent une autonomie fonctionnelle plus élevée et une pratique d'activité physique, motivée principalement par la santé et le plaisir. Les freins relevés concernent les problèmes de santé liés au handicap, la fatigue et le manque d'offres adaptées, tandis que l'accès à des activités adaptées, un accompagnement personnalisé et des aides financières sont perçus comme des leviers favorables.

Les répondants ayant répondu avec l'aide d'un tiers sont majoritairement des hommes, vivant en institution ou dans un cadre familial structurant, avec un niveau de diplôme faible ou inexistant. Leurs handicaps sont le plus souvent intellectuels, cognitifs ou combinés, généralement innés, et s'accompagnent d'une autonomie partielle ou très limitée. Leur pratique d'activité physique est davantage centrée sur le plaisir et la socialisation. Les freins principaux concernent les problèmes de santé liés au handicap, le manque d'offres adaptées et le manque d'accessibilité.

Types de handicaps

La surreprésentation d'un des genres dans chacun de ces groupes peut s'expliquer par plusieurs hypothèses. Certaines études rapportent qu'il existe une légère surreprésentation masculine pour les handicaps intellectuels dans la population générale⁶ ⁷. Elles montrent également que les femmes présentent plus fréquemment des limitations fonctionnelles à l'âge adulte. Le biais de sélection, probablement lié au type de handicap, pour les deux groupes (seul ou avec aide) a pu contribuer à une surreprésentation genrée du fait de l'association entre genre et certaines formes de handicap.

⁶ Nair R, Chen M, Dutt AS, Hagopian L, Singh A, Du M. Significant regional inequalities in the prevalence of intellectual disability and trends from 1990 to 2019: a systematic analysis of GBD 2019. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2022 Dec 21;31:e91. doi: 10.1017/S2045796022000701. PMID: 36539341; PMCID: PMC9805697.

⁷ Saure E, Castrén M, Mikkola K, Salmi J. Intellectual disabilities moderate sex/gender differences in autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Intellect Disabil Res.* 2023 Jan;67(1):1-34. doi: 10.1111/jir.12989. Epub 2022 Nov 29. PMID: 36444668.

Cependant, ces facteurs ne suffisent probablement pas à expliquer l'ampleur des différences observées entre les deux sous-échantillons. La littérature suggère que les femmes présentant une déficience intellectuelle rencontrent plus de freins à l'engagement et à la pratique d'activité physique^{8 9 10 11}. Il serait donc pertinent d'évaluer dans quelle mesure ces facteurs pourraient également influencer la réponse au questionnaire d'enquête et pourrait participer à leur sous-représentation dans cette enquête. Une revue plus approfondie de la littérature permettrait d'identifier également d'autres hypothèses concernant les potentiels biais d'échantillonnage.

Enfin, comme indiqué dans les limites de l'enquête, le format de cette enquête a très probablement réduit l'accessibilité de cette enquête à l'ensemble des profils de personnes en situation de handicap.

Respect des recommandations et type d'activité physique

Le pourcentage respectant les recommandations de l'OMS correspond à un peu plus de la moitié de l'échantillon total (54,7%). La part d'activité physique liés aux déplacements, travail, loisir, domicile est systématiquement plus élevée chez les hommes. L'une des hypothèses qui pourrait expliquer en partie ces résultats consiste à la potentielle surestimation des hommes quant à leur volume d'activité physique et sportive. Une autre hypothèse envisagée consiste à supposer que cette population suit les mêmes tendances que dans la population sportive générale où l'on retrouve majoritairement des hommes au sein du sport organisé (deux tiers d'hommes et un tiers de femmes enregistrés aux seins des fédérations sportives reconnues en FWB).

Sédentarité

La moitié des répondants passe au moins cinq heures par jour sédentaire. Le caractère auto-rapporté et la formulation des questions a pu conduire à une sous-estimation du temps sédentaire. En effet, certaine étude rapporte un temps sédentaire généralement plus élevé que dans la population générale¹² chez les personnes en situations de handicap. Au sein de la population générale belge, un temps sédentaire de plus de 6 h par jour a été observé et elle était plus élevé chez les jeunes adultes que les adultes d'âge moyen. Une analyse future devrait mieux distinguer la sédentarité « imposée » par le handicap et la sédentarité due aux comportements de loisirs.

⁸ Covain S, Baillieul S, Nguyen TD, Guinot M, Doutreleau S, Bricout V-A. Gender Differences, Motor Skills and Physical Fitness Heterogeneity in Adults with Down's Syndrome. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 12(4):1367. <https://doi.org/10.3390/jcm12041367>

⁹ Covain S, Baillieul S, Nguyen TD, Guinot M, Doutreleau S, Bricout V-A. Gender Differences, Motor Skills and Physical Fitness Heterogeneity in Adults with Down's Syndrome. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 12(4):1367. <https://doi.org/10.3390/jcm12041367>

¹⁰ Orellano-Colón EM, Suárez-Pérez EL, Rivero-Méndez M, Boneu-Meléndez CX, Varas-Díaz N, Lizama-Troncoso M, Jiménez-Velázquez IZ, León-Astor A, Jutai JW. Sex disparities in the prevalence of physical function disabilities: a population-based study in a low-income community. *BMC Geriatr*. 2021 Jul 10;21(1):419. doi: 10.1186/s12877-021-02362-z. PMID: 34246238; PMCID: PMC827129 4

¹¹ Sex differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, recovery, and mortality, *The Journals of Gerontology: Series B*, Volume 55, Issue 1, 1 January 2000, Pages S41–S50, <https://doi.org/10.1093/geronb/55.1.S41>

¹² Participation of people living with disabilities in physical activity: a global perspective
Martin Ginis, Kathleen A et al.

The Lancet, Volume 398, Issue 10298, 443 - 455

Motivations

Globalement, les résultats montrent que la santé constitue la motivation centrale, quel que soit le genre et le niveau de pratique sportive, mais elle est systématiquement plus marquée chez les femmes, qu'elles pratiquent ou non une activité sportive.

Le fait que la motivation liée à la santé arrive en première position chez les femmes n'est pas surprenant et confirme les tendances observées dans des études antérieures. Dans l'enquête menée auprès des femmes en Fédération Wallonie Bruxelles, les motivations principales des femmes sont centrées sur l'apparence et l'entretien du corps, tandis que le plaisir émerge comme deuxième motivation chez les adolescentes. Au fil de la vie, ces priorités évoluent vers la recherche d'une amélioration de l'état de santé, avec un renforcement du rôle du bien-être psychologique et de l'évacuation du stress, notamment à l'âge adulte, puis à la périménopause et à la retraite, période où le plaisir redevient plus important. Ces résultats corroborent l'enquête sociologique commanditée par l'ADEPS en 2019, qui indiquait que, parmi les motivations principales citées par plus d'un répondant sur quatre, la santé et la forme physique étaient privilégiées par les femmes, tandis que les hommes mettaient davantage en avant l'aspect ludique et le plaisir.

Freins

Pour les sportifs, les freins principaux les plus souvent mentionnés sont les problèmes de santé liés au handicap puis la fatigue, le manque d'offres adaptées et enfin le coût de la pratique élevée. Bien que les fédérations handisports indiquent que la plupart de leurs activités sont gratuites ou peu coûteuses, beaucoup de coûts périphériques peuvent peser comme le transport adapté, l'essence /électricité, le matériel spécifique (attelles, chaussures, vêtements adaptés, prothèses sportives), la garde d'enfants, Une autre hypothèse qui pourrait expliquer ce frein est peut-être la forte proportion de répondants en incapacité ou en arrêt maladie et/ou les personnes vivant avec aide sociale avec un revenu globalement plus faible que la population générale. Enfin, certaines personnes en situation de handicap fréquentent des clubs "valides" sans le déclarer. Le levier financier n'est peut-être pas lié au handisport, mais au sport tout court. Il serait intéressant d'examiner plus finement la réalité des coûts dans les clubs « valides » qui accueillent parfois des personnes en situation de handicap sans identification spécifique.

Lorsqu'on croise les freins avec le genre, des différences apparaissent : chez les femmes sportives, ce sont les problèmes de santé liés au handicap. En revanche, les hommes sportifs sont proportionnellement plus nombreux à déclarer ne rencontrer aucun frein.

Les non-sportifs invoquent des freins similaires, auxquels s'ajoutent le manque d'accessibilité et l'absence de personnes avec qui pratiquer.

Le manque d'information semble jouer un rôle assez déterminant : 63,5% des non-sportifs déclarent ne pas connaître l'offre existante, et plus d'un tiers de ceux ayant sélectionné le frein « manque d'offre adaptée » déclarent également ne pas connaître l'offre disponible.

Leviers

En miroir des freins identifiés, l'accès à une offre adaptée d'activité physique et sportive constitue le premier levier (particulièrement chez les non-sportifs).

Ce résultat doit cependant être interprété avec prudence étant donné la forte proportion des non-sportifs déclarant ne pas connaître l'offre existante. Ce levier peut sans doute refléter

d'avantage une méconnaissance ou un manque d'information, plutôt qu'une absence effective d'offre.

Les répondants évoquent également l'importance d'un accompagnement adapté par un professionnel, perçu comme un soutien facilitant l'entrée ou la reprise de la pratique, ainsi que le besoin d'aides financières, en écho au frein lié au coût de la pratique. Un travail de promotion, de diffusion et de visibilité des initiatives / programmes handisport semble indispensable.

Recommandations

La diversité des situations de vie des personnes en situation de handicap rend la rédaction de recommandations complexe. En effet, selon le type de handicap, l'âge, la situation professionnelle, etc. certaines de ces propositions d'actions doivent être prises avec des pincettes.

Toutefois, les résultats récoltés dans cette enquête ont permis de mettre en avant quelques pistes d'actions pouvant agir sur les freins identifiés

Pour les services publics :

Il apparaît nécessaire de poursuivre et renforcer le développement de l'offre d'activités physiques et sportives adaptées, tout en veillant à améliorer sa visibilité. L'accès à une offre adaptée constitue en effet le levier le plus fréquemment cité, tant par les répondants seuls que par ceux ayant répondu avec une aide. Ces offres doivent être diversifiées pour répondre aux différents types de handicaps.

Il est également utile d'améliorer l'accessibilité physique et financière. L'accès aux infrastructures sportives et aux transports adaptés représentent un frein.

Comme mentionné dans le rapport, le volume global d'activité physique reste insuffisant pour près de la moitié des répondants. Ces données invitent à sensibiliser à la pratique d'activité physique auprès des personnes en situation de handicap et à encourager à cette pratique.

Pour les fédérations et les clubs :

Des opportunités d'accompagnement professionnel notamment via la pratique d'activité physique adaptée pourraient répondre à certains freins à la pratique. Le développement de créneaux adaptés ou inclusifs dans les clubs et fédérations, encadrés par des professionnels ou des encadrants formés, contribuerait à rendre visible cette population et pourrait entraîner un cercle vertueux de l'augmentation de la pratique.

Un renforcement des compétences en matière d'accueil des personnes en situation de handicap contribuerait également à améliorer l'accessibilité des clubs.

Les clubs accueillants déjà spontanément les personnes en situation de handicap gagneraient aussi à formaliser cette démarche, à structurer leur accueil et à encourager la pratique en groupe et la rencontre avec d'autres personnes pour répondre aux motivations sociales. Un soutien structurel, notamment en matière de coordination, d'accompagnement des clubs et de diffusion de bonnes pratiques, pourrait faciliter le développement d'un réseau plus large d'activités adaptées. Une affiliation à la LHF et/ou Sportéa peut être un outil parmi d'autres pour renforcer cette structuration, en bénéficiant d'un cadre de référence, d'outils d'accompagnement ou d'une meilleure visibilité auprès des publics.

À côté des dispositifs institutionnels, certaines initiatives de terrain illustrent des pratiques inspirantes en matière d'inclusion sportive. Le travail de fin d'année primé au TFE ADEPS 2025 sur la création d'un club de handifoot et l'élaboration d'un cycle de 6 séances pour l'enseignement spécialisé en est un exemple. Cette démarche, portée par un éducateur en formation, montre comment un projet concret, co-construit avec les bénéficiaires, peut contribuer à structurer une offre adaptée, accessible et centrée sur le plaisir de bouger. La création de l'ASBL L'Étoile Marchoise et le développement d'outils pédagogiques simples et adaptables démontrent qu'une

initiative locale peut soutenir l'autonomie, renforcer la confiance et offrir un cadre inclusif à des jeunes qui ne trouvent pas toujours leur place dans les structures sportives classiques. Ce type de projet illustre le potentiel d'actions menées au niveau local pour favoriser l'accès au sport, encourager l'innovation pédagogique et renforcer les collaborations entre écoles, clubs et fédérations (plus d'information sur le site de l'ADEPS : <https://www.sport-adepts.be/ladepts-vous-accompagne/etudes-recherches-developpement/prix-memoire-tfe/>)

Pour le citoyen :

Le citoyen a également un rôle clé à jouer. Il peut, en interpellant les fédérations et les services publics, apporter de la lumière sur ce public encore trop invisibilisé. De la même façon, parler de ce sujet autour de soi, questionner les clubs locaux et communes, permet d'aborder le sujet et de faire bouger les lignes.