

Manger et bouger au sein des institutions spécialisées

Carmen Page

Sous la direction de Jean-Pierre Bresciani
Co-conseillère : Valérie Gerbex Corminboeuf

Travail de Master pour l'obtention du titre Master of Science,
Unité « Science du Mouvement et du Sport »,
Département de médecine,
Université de Fribourg

Juin 2013

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
RESUME	4
1. INTRODUCTION	5
2. CADRE THEORIQUE	6
2.1 PROMOTION DE LA SANTE	6
2.2 DEFINITIONS D'UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP	8
2.3 MOUVEMENT	9
2.3.1 Bienfaits	9
2.3.2 Troubles physiques	12
2.3.3 Spécificités	17
2.4 ALIMENTATION	23
2.4.1 Bienfaits	23
2.4.2 Troubles de l'alimentation	27
2.4.3 Spécificités	32
3. RECUEIL ET ANALYSE DE DONNEES	34
3.1 Contexte et situation initiale	34
3.2 But et question de recherche	34
3.3 Méthodes	35
3.3.1 La population	35
3.3.2 Le matériel	36
3.3.3 Le déroulement	38
3.4 RESULTATS	38
3.4.1. L'alimentation et la santé	39
3.4.2. Le mouvement et la santé	42
3.4.3. La promotion de la santé	45
3.5 INTERPRETATIONS ET DISCUSSIONS	48
3.5.1. L'alimentation et la santé	48
3.5.2. Le mouvement et la santé	49
3.5.3. La promotion de la santé	50
3.6 CONCLUSION	53

4. BIBLIOGRAPHIE	54
4.1 Listes bibliographiques	54
4.2 Articles publiés dans une revue	54
4.3 Travaux non publiés	55
4.4 Références électroniques	55
4.4.1 Version électronique d'un article de revue imprimé	56
4.4.2 Document publié sur Internet sans mention de l'auteur	56
4.4.3 Document isolé sur Internet, sans mention de la date	57
4.4.4 Document/Script tiré du site internet d'une haute école	57
5. DECLARATION PERSONNELLE	58
6. DROITS D'AUTEUR	58
7. ANNEXE	59
7.1 Annexe 1 : Exemple vierge du questionnaire distribué	59

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Je remercie sincèrement Jean-Pierre Bresciani, tuteur de ce travail, pour son suivi et son temps mis à disposition. Je remercie également Valérie Gerbex Corminboeuf, co-conseillère, pour son suivi et sa disponibilité tout au long de la réalisation de ce travail.

Mes remerciements vont aussi à Jean-Christophe Loubier pour ses conseils durant le travail d'analyse ainsi qu'à Olivier Pillonel pour son soutien lors de l'élaboration des questionnaires.

J'exprime également ma gratitude envers tous les éducateurs qui ont pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Je remercie Inès Page qui a eu la gentillesse de lire et corriger ce travail.

Je tiens, pour finir, à remercier mes proches et amis qui m'ont toujours soutenue et encouragée au cours de la réalisation de ce travail.

RESUME

Ce travail de diplôme est consacré au thème de l'alimentation et du mouvement au sein des institutions du canton de Fribourg. La partie théorique développe les thématiques de la promotion de la santé, de l'alimentation et du mouvement. Ces deux derniers points sont divisés en trois sous-points qui sont : les bienfaits, les troubles et les spécificités. La question de recherche s'intéresse à l'importance de ces thématiques au sein des institutions. S'inquiètent-elles, dans leur quotidien, du bien-être des résidents, de leur alimentation et des activités que les résidents exercent ? Pour y répondre, des éducateurs ont rempli un questionnaire. Les principaux résultats de cette recherche indiquent que malgré une alimentation saine, le poids des résidents est souvent trop élevé. Ce résultat pourrait s'expliquer par un état de sédentarité particulièrement élevé.

1. Introduction

Manger et bouger sont des éléments essentiels dans la vie de chaque personne.

En effet, les média le clament haut et fort : « Mangez au moins 5 fruits et légumes par jour » ! Ceci est une nécessité afin de vivre sainement. Quand la personne doit-elle manger ? Que doit-elle manger ? Quelle quantité doit-elle manger ? Comment doit-elle manger ? Combien de temps doit-elle bouger ? Comment doit-elle bouger ? Quand doit-elle le faire ? Pour répondre à ces questions et ainsi vivre de manière équilibrée, l'être humain a besoin d'être aiguillé, conseillé et ce, dès son plus jeune âge.

Le sport, pour les personnes en situation de handicap, doit-il avoir obligatoirement une nature thérapeutique ou être de nature éducative ? Afin que les personnes l'apprécient au mieux et qu'ils le pratiquent avec plaisir, il devrait être, dans tous les cas, lié à la notion de loisir.

L'expression de Juvénal « un esprit sain dans un corps sain » est controversée. Qu'est-ce donc un esprit sain ou encore un corps sain ? Pourtant Vayer et Picq (1976) confirment: « ...qu'il y ait parallélisme entre les insuffisances motrices et psychiques, qu'il y ait des relations de cause à effet entre les premières et les secondes ou qu'il y ait simplement influence du comportement moteur sur le comportement général [...], la motricité reste étroitement lié au psychisme [...]» (Vayer & Picq, 1976, p.17).

Quoi qu'il en soit « enseignement et apprentissage en commun constituent la base pour des expériences et des découvertes personnelles dans le sport » (Häberli & Häusermann, 2008, p.9).

Ce travail s'articule en deux parties. Tout d'abord, une partie théorique traitant de la thématique du mouvement et de celle de l'alimentation. Chacune de ces parties développe les bienfaits, les troubles et les spécificités. La deuxième partie, pratique, est axée sur une recherche par le biais d'un questionnaire. Cette partie débute par la formulation des buts et des questions de recherche. Elle expose également les méthodes de la recherche et s'achève par les résultats et une conclusion.

2. Cadre théorique

Le cadre théorique permettra de prendre connaissance de la problématique de ce travail. Il va traiter de la promotion de la santé et de son importance. Il va également exposer deux définitions afin de comprendre la notion de personne en situation de handicap. Puis deux chapitres traiteront plus en détail les thématiques du mouvement et de l'alimentation.

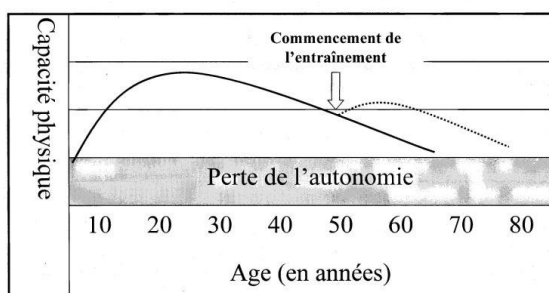
2.1 PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé est omniprésente dans notre société actuelle. Les jeunes adultes et les enfants sont constamment informés des bienfaits du sport et de l'importance d'une alimentation saine et équilibrée. Les personnes en situation de handicap sont-elles également informées de ces bienfaits? La question sera posée dans la partie pratique de ce travail. Il paraît évident que cette promotion serait tout aussi importante. En effet, les personnes handicapées sont davantage sujettes au surpoids ou à l'insuffisance pondérale. L'importance de ces informations pour ce groupe cible spécifique, prend là tout son sens. Gaillard et Andrieu (2010) exposent une hypothèse confirmée par de nombreux travaux et concluent : « toutes ces études ont mis en évidence un plus fort taux d'obésité chez les personnes handicapées mentales que chez leurs homologues non-handicapées » (p.304). Selon Horwitz (2000, cité par Grandisson, Tétreault et Freeman, 2010, p.55), plusieurs recherches internationales ont prouvé qu'entre 29-50% des personnes atteintes de déficiences intellectuelles souffrent de surcharge pondérale et d'obésité. Notons que le code civil suisse est doté d'une loi visant à éliminer les inégalités. Cette loi, entrée en vigueur en 2004, proclame que «Nul ne doit subir de discrimination du fait notamment de son origine, de sa race, de son sexe, de son âge, de sa langue, de sa situation sociale, de son mode de vie, de ses convictions religieuses, philosophiques ou politiques ni du fait d'une déficience corporelle, mentale ou psychique ».

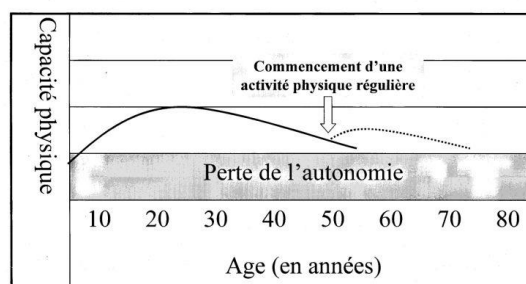
Dès lors, un souci davantage ciblé sur l'hygiène de vie de la personne en situation de handicap aurait une incidence positive sur son quotidien : réduction des pathologies telles que diabète, cholestérol, apnées du sommeil, surpoids, etc. Une meilleure hygiène de vie signifie donc une plus grande autonomie de la part d'une personne en situation de handicap.

Fig.1 : impact de l'activité physique sur une personne active et une personne sédentaire (plusport, p.2)

Exemple d'une personne active



Exemple d'une personne sédentaire



Une pratique sportive est d'autant plus importante avec l'avancée en âge. En effet, elle permet de réduire considérablement la perte d'autonomie. Plusieurs études démontrent ce bienfait. Selon Hawkins et Look (2006, cité par Grandisson et al., 2010, p.57), « le sport contribue, non seulement à améliorer leur santé physique et mentale, mais aussi leur qualité de vie, en facilitant l'acquisition de saines habitudes de vie. Les effets positifs de l'activité physique pourraient même être plus importants chez cette population compte tenu de son état santé plus fragile ». Selon Siperstein et Hardmann (2001, cité par Grandisson et al., 2010, p.57), « le sport permet aux personnes ayant une DI [déficience intellectuelle] de développer des habiletés qui les aideront à devenir plus autonomes dans leur quotidien ».

L'objectif principal de la promotion de la santé est donc la prise de conscience de l'importance de la balance énergétique et de modifier les comportements. L'accent sera alors mis sur une alimentation plus équilibrée ainsi qu'une pratique sportive augmentée. L'indice de masse corporelle des personnes avec handicap pourrait de cette manière, rester dans la norme et se stabiliser. Selon une recherche de Brunet, Bui-Xûan et Dejean (2001, cités par Brunet, Bui-Xûan et Bluteau, 2001, p.138), la fréquence des activités sportives des personnes en situation de handicap (moyenne d'âge de 35 ans) par rapport à des sujets non handicapés montrent que leur pratique correspond à celle d'une population dans une tranche d'âge entre 60 et 74 ans. Toutefois, le développement de la promotion de la santé prend du temps puisqu'elle demande un changement dans les habitudes des personnes. Selon Tempel, Frey et Stanish (2006, cités par Grandisson, Tétreault et Freeman, 2010, p.56), « seulement le tiers des adultes présentant une DI [déficience intellectuelle] sont suffisamment actifs pour que des bienfaits sur leur santé soient observés ». Les études effectuées par Grandisson, Tétreault et Freeman (2010, p.60) confirment que la pratique sportive chez les personnes souffrant de déficience intellectuelle permet d'améliorer leur santé, d'augmenter leur estime de soi et leur

capacité sociale. Pour finir, Whiteford (2004, cité par Grandisson, Tétreault et Freeman, 2010, p.59) conclut que la population est une barrière très importante à l'exclusion des personnes handicapées. En effet, de par leurs attitudes et leurs croyances, ils propagent des idées à connotation négative. De ce fait, la population dite normale exclut, la plupart du temps, les personnes qui ne font pas partie de la norme émise par la société. La conséquence directe étant que les personnes souffrant de handicap sont affublées, malgré elles, d'une étiquette souvent négative et se retrouvent ainsi jugées, voir discriminées par la société. Moro Ahmed (2003, p.34) le résume très bien par ses propos : « les populations handicapées subissent une forte stigmatisation dans la mesure où le handicap est considéré comme une amputation d'une partie ou de la totalité de l'identité ». Pourtant Losego explique (2012, p.4) que « loin d'être un cas particulier, le handicap n'est que l'expression de la diversité humaine. Et cette diversité devient un atout lorsque les capacités et le potentiel de chaque individu sont utilisés à bon escient ».

En effet, le changement se profile, les mentalités évoluent. Gaillard et Andrieu (2010, p.299) expliquent que « si les personnes en situation de handicap mental sont éducatibles, alors le sport doit pouvoir représenter un vecteur essentiel de cette éducation ». Gaillard et Andrieu (2010, p.315) ajoutent que « le sport au travers de sa pratique et de son organisation associative apparaît comme un révélateur de l'évolution des rapports concernant les personnes handicapées et non handicapées ».

Ainsi, nous pouvons observer que la promotion de la santé prend du temps. Cependant, elle est capitale pour maintenir et/ou améliorer le quotidien de ces personnes.

2.2 DEFINITIONS D'UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Dans cette partie, deux définitions seront traitées selon deux points de vue différents.

La première définition est d'ordre social. Les personnes en situation de handicap jugent elles-mêmes leur situation. Selon Gazareth (2011) « les personnes considérées comme handicapées sont celles qui déclarent avoir un problème de santé qui dure depuis longtemps et qui se disent limitées (faiblement ou fortement) dans les activités que les gens font habituellement » (p.3).

La deuxième définition est une définition médicale. Selon le petit Larousse (2002), une personne handicapée « se dit d'une personne atteinte d'un handicap ou défavorisée de façon quelconque » (p.500).

2.3 MOUVEMENT

Dans ce chapitre, trois thématiques différentes sur le mouvement seront traitées telles que les bienfaits, les troubles et les spécificités.

2.3.1 Bienfaits

L'éducation physique a des bienfaits qui se voient sur plusieurs plans.

Tab. 1: modèle de performance dans le concept de motricité sportive (Birrer et al., 2008, p.20)

	physis	psyché
énergie	potentiel de condition physique	potentiel émotionnel
régulation	capacité de coordination	capacité tactico-mentale

Ce tableau illustre l'origine des mouvements. Grâce à chacun de ces éléments, l'athlète va « savoir comment développer les prérequis pour favoriser une pratique sportive orientée santé » (Birrer et al., 2008, p.20). Le physis prend en compte tous les aspects corporels de l'athlète, alors que le psyché tient compte des émotions. L'énergie englobe le potentiel de condition physique et le potentiel émotionnel. La régulation, elle, regroupe la capacité de coordination et la capacité tactico-mentale.

Sur un plan physique, l'éducation sportive permet aux personnes de se défouler et donc d'évacuer le stress et les frustrations de la journée. Elle permet également de favoriser la gestion des mouvements, de l'adresse corporelle, de l'équilibre et de la coordination. La performance sportive est définie par des facteurs exogènes et des facteurs endogènes.

Contrairement aux composantes de la figure ci-dessus qui peuvent s'améliorer par l'entraînement, les facteurs exogènes, listés ci-dessous, sont difficiles à contrôler ou à modifier.

Tab.2 : Conditions cadres sociales et environnantes dans le sport (Hegner, 2006, p.3)

Environnement social	Famille, amis, coéquipiers, concurrents, entraîneurs, maître d'apprentissage, etc.
Autres conditions cadres	Saison, conditions météorologiques, température, organisation et infrastructures, matériel et équipement

Les facteurs endogènes sont liés à la personne et à ses qualités.

Tab.3 : Prédispositions personnelles à la performance sportive (Hegner, 2006, p.3)

Patrimoine génétique	Sexe, constitution, équilibre hormonal, etc.
Capacité psycho-émotionnelle	Motivation, capacité à se motiver, ambition, capacité de décision. Détermination, audace, résistance et tolérance à la frustration
Capacité intellectuello-cognitive	Perception, traitement, orientation et anticipation ; potentiel tactique, etc.
Qualité de coordination	Différenciation, équilibre, orientation, réaction, rythme
Facteurs de condition physique	Force, endurance, vitesse, souplesse

N'oublions pas que la pratique sportive permet surtout de faire partie d'un groupe social et de partager des moments conviviaux.

La performance sportive se base sur des systèmes physiologiques spécifiques. Certains de ces systèmes seront abordés plus bas.

Mais un système ne fonctionne pas seul. Pour que l'organisme vive, les systèmes doivent collaborer. En effet, les différents systèmes : nerveux, cardiovasculaire, digestif et locomoteur, sont corrélés. De ce fait, les handicaps touchent rarement un seul système.

Abordons en premier lieu, le système locomoteur. Il possède des structures actives et passives. Les structures passives sont l'ossature, le cartilage, les tendons et les ligaments. La structure active touche à la musculature. Cette musculature se compose des muscles phasiques pour l'exécution des mouvements et des muscles toniques pour la posture. La contraction musculaire est possible grâce à la fibre musculaire. Il faut également noter que la contraction musculaire est contrôlée par le système nerveux central, transmetteur des informations nécessaires via des fibres nerveuses motrices. Le système nerveux central est essentiel dans le fonctionnement de l'être humain. Un simple trouble à ce niveau peut mener à des mouvements mal dosés, raides, crispés mais aussi lents, trop énergiques, voire tremblants. Les réflexes sont alors perturbés et la tension musculaire n'arrive plus à être dosée correctement.

L'entraînement musculaire est très important. En effet, il permet d'améliorer mais aussi de prévenir les erreurs ou les faiblesses de posture. Ces déséquilibres ou tensions sont souvent liés à un handicap. Dès lors, il est important d'être très attentif aux différentes possibilités des personnes handicapées et éviter les erreurs de charge qui pourraient être encore plus néfastes que sur une population dite normale.

Un deuxième système est le système cardiovasculaire. Il va amener de l'oxygène et des substances nutritives dans tous les organes du corps, action essentielle de la croissance et de l'entretien des tissus. Les aliments sont d'abord dégradés grâce aux enzymes et les nutriments qui en résultent sont absorbés dans l'intestin grêle. Puis c'est le sang qui se chargera de transporter certains nutriments alors que d'autres vont être traités par les reins et donc filtrés et excrétés. Ainsi nous comprenons qu'il est très important pour les personnes souffrant d'un handicap de stimuler leur système cardiovasculaire au travers d'activités physiques. L'entraînement de l'endurance peut-être divisé en sous-catégorie :

- l'endurance générale dont le but est d'améliorer les capacités cardio-vasculaires
- l'endurance locale dont le but premier est d'améliorer la capacité musculaire

L'endurance aérobie fournit l'énergie nécessaire aux muscles grâce à l'oxygène. Selon la définition de Rouvenaz (2008-2009, chapitre 3), « la filière aérobie est le système le moins puissant mais le plus économique. Elle intervient dans les efforts de durée appelés endurance de moyenne durée et longue durée ». L'endurance aérobie locale utilise moins d'un sixième des muscles squelettiques. C'est la plus importante pour un sportif en situation de handicap. En effet, beaucoup de sportifs souffrant d'un handicap doivent solliciter davantage leur musculature afin de compenser la musculature non fonctionnelle, voir manquante. Il est primordial d'éviter les déséquilibres entre les muscles agonistes, qui produisent le mouvement, et antagonistes, qui s'opposent au mouvement du muscle agoniste. En effet, dans le sport handicap, il ne faut pas aggraver les déséquilibres spécifiques au handicap par des efforts excessifs ou mal exécutés.

Les effets de l'entraînement sont nombreux sur l'organisme.

Tab.4 : Adaptations à l'entraînement (Hegner, 2006, p.12)

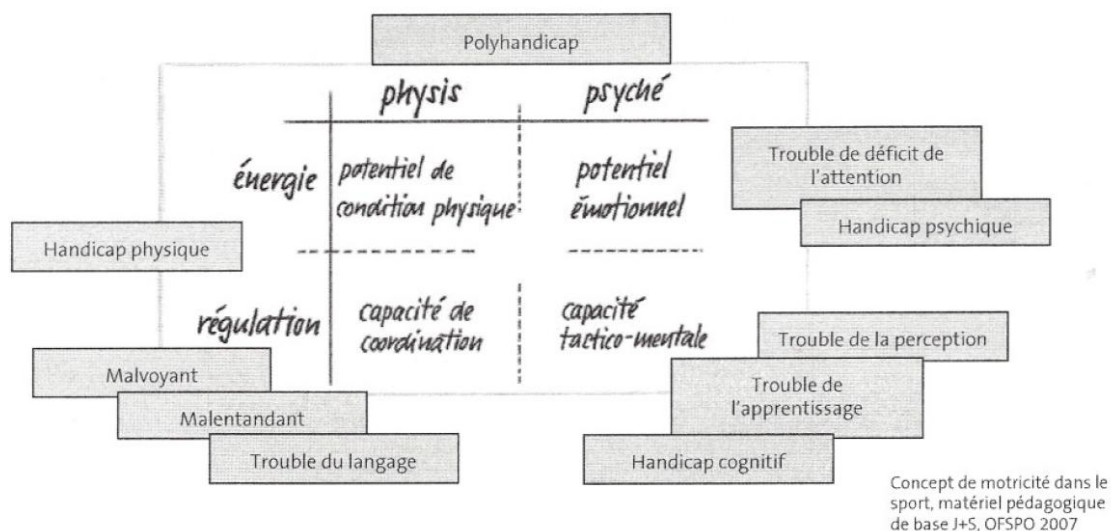
Adaptations structurelles	Augmentation de la masse et de la taille : augmentation du diamètre de la fibre musculaire, densification de la masse osseuse, grossissement du volume du cœur, multiplication des capillaires
Adaptations fonctionnelles	Optimisation de certaines fonctions : amélioration de certains processus métaboliques, accélération du transport des signaux nerveux, optimisation du traitement, de la mémorisation et du rappel de certaines informations, affinement de la coordination de l'activité musculaire favorisant une plus grande fluidité et expressivité motrice
Adaptations locales	Modifications structurelles et fonctionnelles dans les muscles particulièrement sollicités : multiplication des capillaires, augmentation des réserves de glycogènes et de lipides, augmentation de la production de mitochondries, activation enzymatique accrue
Adaptations systémiques	Modifications structurelles et fonctionnelles qui profitent à l'ensemble de l'organisme : augmentation de la capacité de transport de l'oxygène et des nutriments, amélioration de la régulation de certaines fonctions organiques par le système neurovégétatif et par le système hormonal

L'éducation physique va aussi agir sur un plan plus personnel. Elle peut, en effet, avoir une influence sur la gestion des émotions, le contrôle de l'agressivité, le développement de l'estime de soi et le respect des autres. Le côté social est un aspect important de la pratique sportive. Selon la brochure *procap bouge* « le mouvement est le moyen de contact et de communication le plus originel » et permet « souvent l'intégration sociale » (p.2). Ce propos est également repris par Grandisson et al. (p.60) : « Les écrits font ressortir le potentiel du sport pour améliorer l'intégration sociale des personnes ayant une DI [déficience intellectuelle]. Ils ajoutent également que « le sport peut contribuer à favoriser la participation sociale de ces personnes en leur permettant de jouer un rôle actif dans leur communauté ».

2.3.2 Troubles physiques

Selon le classeur de la mobilité créé par *plusport*, les points traités ci-dessous expliquent ce tableau. Celui-ci a déjà été étudié auparavant et permet de constater les paramètres de la motricité sportive chez les personnes handicapées.

Fig.2 : Concept de motricité dans le sport chez les personnes handicapées (Guélat & Häusermann, p.4)



Si les organes sensoriels ou le système nerveux sont touchés, il y aura des répercussions directes sur la perception et la capacité de traiter les informations. Ainsi des conséquences indirectes sur l'exécution des mouvements se feront ressentir.

Si l'appareil locomoteur ou le métabolisme sont touchés, il y aura des répercussions directes sur l'exécution des mouvements. Les conséquences indirectes atteindront la capacité de perception et de traitement de l'information.

Ce tableau permet donc de résumer les domaines auxquels le moniteur doit être extrêmement attentif et qui nécessitent une prévenance particulière.

a) Handicap visuel

Il y a plusieurs degrés de handicap visuel; la cécité étant le stade le plus grave. Les personnes qui ne distinguent que certains éléments sont appelées malvoyantes. Les causes de ce handicap visuel sont diverses :

-la cataracte, qui est, selon Le petit Larousse (2002), une « opacité du cristallin évoluant vers une cécité partielle ou totale » (p.186)

-une très forte myopie

-un décollement de la rétine qui est, selon le site santeweb (2009), « un décollement partiel ou total de la rétine [...]. Ce détachement provoque la destruction des cellules nerveuses rétiniennes. [...] Cette affection entraîne une détérioration progressive de la vision, pouvant aller jusqu'à la cécité complète »

-le glaucome qui est, selon le petit Larousse (2002), une «maladie de l'œil caractérisée par une augmentation de la pression intérieure entraînant soit des crises douloureuses aiguës, soit une diminution insidieuse du champ visuel » (p.478)

Les personnes souffrant d'un handicap visuel doivent, dans tous les cas, toujours être prêtes à réagir. Leur tonus musculaire est constamment sous tension. Elles se fatiguent donc plus rapidement. Pour pratiquer une activité sportive, l'athlète souffrant d'un handicap de la vue doit avoir une confiance totale en son accompagnateur. Plus il se sentira sécurisé et en confiance, plus la situation lui paraîtra accessible. Il pourra ainsi se concentrer sur la tâche sportive.

b) Trisomie 21

La trisomie 21, également appelée syndrome de Down, est une anomalie génétique. La personne qui en est atteinte, possède 47 chromosomes au lieu de 46. Les conséquences de ce chromosome supplémentaire sont une déficience intellectuelle, un développement physique caractéristique et une santé fragile. Les personnes atteintes de trisomie 21 ont une apparence physique atypique. Elles ont, en général, un visage rond, un nez aplati et des yeux légèrement bridés. Leurs doigts et leurs orteils sont plus courts que la moyenne. Leur peau est sèche et fragile. Elles ont une taille plutôt petite et sont trapues. Ces personnes sont également plus sensibles au surpoids. Leur comportement est généralement joyeux et affectueux et ont un plaisir particulier à jouer. La trisomie 21 est régulièrement associée à d'autres troubles. Un pourcentage de la population situé entre 20-30 % souffre également d'une malformation cardiaque. Ces personnes ont également un tissu conjonctif plutôt faible. Les cervicales sont instables chez 10-15% des trisomiques. Sur le plan physique, elles peuvent également rencontrer des troubles de l'équilibre ou orthopédique et/ou des problèmes du métabolisme tels que des problèmes intestinaux.

La diminution du tonus musculaire et la faiblesse du tissu conjonctif mènent à une souplesse exagérée. L'endurance et la force devraient donc être tout particulièrement travaillées durant la pratique sportive.

c) Troubles de la perception

Les troubles de la perception sont accompagnés de perceptions très diverses et propres à chaque individu. Ces troubles se manifestent par un comportement peu approprié vis-à-vis

d'une situation. Ils procèdent, en effet, à un traitement différent des informations provenant de l'environnement.

Les personnes souffrant de ce trouble auront des difficultés à capter et à traiter les informations. L'entraînement devrait donc être axé sur les capacités de coordination, sur l'adaptation des exigences et de leurs explications.

d) Trouble cérébral moteur

Les troubles moteurs cérébraux sont dus à une lésion cérébrale. Ce trouble va limiter la personne dans ses possibilités d'action et d'expérience. Ces personnes s'épuisent rapidement. En effet, elles peinent à contrôler leur mouvement et présentent donc un tonus musculaire plus élevé. Il faut sécuriser un maximum leurs pratiques sportives. Le moniteur peut mettre l'accent sur des formes de mouvements dynamiques, cycliques et symétriques tels que la natation, le cyclisme, le ski, [...]. Il faut également éviter les tensions psychiques et physiques durant un cours de sport. Le responsable devra travailler sur les facteurs de condition physique. Au niveau de la force, le moniteur favorisera l'exécution correcte des mouvements en évitant les efforts excessifs. Il mettra davantage l'accent sur les répétitions plutôt que sur l'intensité. Au niveau de l'endurance, le moniteur essaiera de maintenir une certaine endurance de base. Il évitera également une trop forte intensité et donc les compétitions et les jeux d'équipe. Lors de l'entraînement de la souplesse, le moniteur doit contrôler la position de base et la direction de l'étirement. L'entraînement de la vitesse, qui se veut intensif, développera l'automatisation de certains mouvements. Le moniteur doit aussi être conscient que l'activité sportive aura un impact direct sur la qualité de la motricité quotidienne du sportif et donc sur sa qualité de vie.

Toutefois, les participants ne sont pas toujours conscients des impacts positifs de la pratique sportive sur leur qualité de vie. Dans ce cas, un travail de sensibilisation doit être proposé et les mots d'ordre pour l'entraîneur sont patience et répétition.

e) Sclérose en plaque

La sclérose en plaque est une affection du système nerveux central. La gaine de myéline est détruite. Cette maladie évolue par alternance de phases de poussées et de phases dites de plateaux. Au niveau de l'apprentissage du mouvement, la personne doit réapprendre les actions qui permettent de réaliser un mouvement. Les grosses charges devraient être évitées au maximum. Une attention particulière doit être portée aux troubles de l'équilibre ainsi qu'à

ceux de la vue. Un état d'épuisement continu est à éviter et les priorités sont axées sur les aspects émotionnels et sociaux. Lors de l'entraînement, il est essentiel de privilégier l'autonomie du participant, les capacités de coordination, les étirements doux et la détente.

f) Poliomyélite

La poliomyélite est une maladie infectieuse des nerfs moteurs de la moelle. Elle est contagieuse. Elle se transmet par les aliments ou l'eau contaminée. Elle est également transmissible par la salive. Ce trouble provoque des mouvements non fluides et abrupts. La croissance osseuse est perturbée et il en découle souvent des déséquilibres musculaires. L'entraîneur doit axer le travail sur l'endurance et la mobilité active. Il doit, toutefois, veiller à ne pas rendre l'activité trop intensive.

g) Polyhandicap

Le polyhandicap est une atteinte du système nerveux, du métabolisme et de l'appareil locomoteur. Les conséquences sont une limitation du mouvement ou un flux de mouvement interrompu. Ces limitations peuvent toucher la motricité, la parole, la perception, la cognition ou la communication. Dès lors, l'entraîneur privilégiera la stimulation de la perception ainsi que la coordination. Les possibilités de ces personnes étant souvent considérablement réduites, il est donc nécessaire de porter une attention particulière aux échanges avec l'entourage. Ainsi, il sera possible de détecter des problèmes et de reconnaître des situations de stimulation excessive ou insuffisante.

h) Epilepsie

L'épilepsie est, selon le petit Larousse (2002), une « maladie caractérisée par des crises d'activité excessive des neurones dans le cortex cérébral, généralisées ou partielles, pouvant provoquer notamment une perte de conscience ou des convulsions » (p.390). Les symptômes pouvant être des rêvasseries, des oublis, des inattentions mais également des absences plus ou moins importantes. Les causes peuvent être le surmenage et donc lié au manque de sommeil, au stress ou aux conditions atmosphériques. Il existe différentes formes de crises. Il y a tout d'abord les crises généralisées convulsives (grand mal) et les crises généralisées non convulsives (absences). Les crises de type « grand mal » sont peu répandues et durent entre 1 minute 30 et 3 minutes. Les absences se caractérisent par un arrêt de l'activité durant quelques secondes. Les personnes souffrant d'épilepsie sont dans 10-35 % des cas, des personnes en situation de déficience intellectuelle.

Le mouvement et le sport peuvent être un facteur qui, selon *procap* (2012, p.7), favoriserait la diminution des crises. Cette information n'est pas prouvée à ce jour. Il est important que ces personnes soient accompagnées et suivies durant leur activité physique. Afin de réduire le déclenchement des crises, les pratiques sportives faisant appel à la peur et aux fortes émotions sont à bannir. Lors du choix de celles-ci, la fréquence, le moment des crises, le risque de blessure lié à la pratique sportive et le risque encouru lors d'une crise seront pris en considération. En principe, les crises s'arrêtent d'elles-mêmes et ne sont pas dangereuses à moins qu'elles ne se répètent sans que la personne ait repris conscience. L'entraînement doit donc proposer un rapport optimal entre la phase d'effort et celle de récupération.

2.3.3 Spécificités

Gaillard et Andrieu (2010) expliquent que « la pratique du sport permet d'avoir une visibilité sociale, une visibilité dans le social, ce qu'Hanna Arendt appelle la gloire, la manifestation de soi comme un humain qui a du poids » (p.39). D'après eux (2010), « le sport handicapé est un levier pour faire progresser l'idée d'intégration [...] » (p.41). Malgré ces idées, il ne faut pas oublier que la population de personnes handicapées souffre encore de la ségrégation de la population dite normale. Gaillard et Andrieu (2010) expliquent que l'objectif du sport est « de rendre visible, dans la réalité sportive, ce sport pour handicapé comme une figure de sport à la fois semblable au sport ordinaire mais aussi radicalement différente dans son approche sociale » (p.317). Ils ajoutent également que « le sport est perçu comme une activité sociale ayant une valeur quasi ontologique d'intégration » (p.320).

Le sport devrait être de nature polyvalente afin d'élargir les connaissances des participants. Mais ces rencontres sportives doivent être axées sur l'échange plutôt que sur la compétition. En effet, le sport ne doit pas provoquer une fatigue excessive susceptible de développer une dépression, des crises d'épilepsie ou même des troubles du comportement. L'éducation physique devrait donc être accompagnée d'une bonne hygiène, d'air frais et de massage. Cette complémentarité offre une réduction de la fatigue et de l'excitation des athlètes. Vayer et Picq (1976) citent: « Il faut éliminer les facteurs d'anxiété comme les motifs d'agitation, créer ou ramener progressivement la confiance [...]. Quand il sera confiant, il sera réceptif » (p.217). Cette attention particulière permettra au sportif d'intégrer les mouvements et aura un réel bénéfice pour l'athlète.

Les problèmes moteurs varient chez chaque individu. Selon Juhel (2012) « le système locomoteur peut être atteint de tous côtés, tant dans la formation et dans la physiologie de

l'ossature que dans celle de la musculature » (p.112). Le défi pour le moniteur est donc d'apprendre à connaître chacun des sportifs au travers de l'échange pour ainsi développer et varier au mieux les possibilités de mouvements. Selon Raufast A. et Raufast L. (2005, publiés par Marcellini, 2005, p.32), l'entraîneur doit veiller à « une adaptation intra-handicap liée au type de handicap, et une adaptation inter-handicap liée à la pluralité des situations handicapantes ». Dès lors, il est important de débiter par des tâches de base. L'athlète apprendra ainsi à se connaître, à connaître son propre corps. Vayer et Picq l'expliquent très bien (1976) : « L'exercice n'est pas une fin en soi, c'est un moyen » (p.216). La personne se sentira alors plus en confiance et capable surtout de différencier ses propres actions et de s'orienter. Les efforts physiques doivent en effet être dosés et adaptés selon l'état de santé de chacun. Cette pratique sportive peut, selon Picq et Vayer, se réaliser sur deux niveaux. Le premier étant celui de la conscience et de la connaissance de son propre corps et le second celui du contrôle de soi. L'acquisition de ces deux niveaux amène à l'autonomie des mouvements. Juhel (2012) développe très bien ce point en énonçant que la personne déficiente intellectuellement qui « à des difficultés à évaluer la distance entre chaque objet [...] doit apprendre à se repérer par rapport à la position de son corps dans l'espace, par rapport à des repères fixes et à reconnaître la notion de la droite et de la gauche sur lui et sur autrui » (p.251). De plus, la mémoire de l'apprenant est capitale dans l'apprentissage de nouveaux mouvements. Des informations sur la particularité du mouvement seront enregistrées et ainsi faciliteront son apprentissage. L'expérience de la pratique sportive et les émotions qu'elle génère faciliteront l'apprentissage. La pratique régulière d'exercices physiques aura un impact important sur le sportif.

Selon Juhel (2012, p.144), « la mémoire des personnes trisomiques est significativement plus déficitaire que celle de la population en général, surtout à long terme ». Ces individus « sont vite surchargés par un trop-plein d'informations, qu'ils n'arrivent pas à trier spontanément ». Grâce à l'anticipation et la comparaison, l'apprenant pourra réaliser le mouvement attendu.

Les personnes souffrant d'un handicap sont confrontées à de multiples barrières lors d'une pratique sportive. Selon Cervantes et Porretta (2010), 55% des adultes en situation de handicap ne pratiquent aucune activité physique durant leur temps de loisirs comparé à 37% chez les adultes sans handicap (p.173). Les jeunes en situation de handicap seraient, eux, moins actif physiquement, moins en forme et davantage sujet à l'obésité que leur paires non porteur de handicap (p.174). Cette faible participation aux activités sportives est multicausale. L'accès aux salles ou aux espaces dévolus à l'activité sportive n'est parfois possible que grâce

à des aides (élevateurs, rampes, etc.) ou simplement inaccessible. De plus, il n'est pas rare de devoir mettre à disposition des personnes externes pour les amener à l'endroit souhaité.

Les personnes en situation de handicap peuvent également avoir un besoin supplémentaire de repos et ont tendance à avoir moins de temps de loisirs que les personnes sans handicap. En effet, elles doivent prendre part à des thérapies et fournir plus d'efforts pour les travaux scolaires ou le travail demandé. Leur temps est alors précieux et la fatigue se fait d'autant plus ressentir. La surcharge de certains groupes musculaires nécessaires pour compenser une faiblesse peut provoquer des douleurs aiguës. Ces personnes ont également une moins bonne tenue du corps et donc leur équilibre et coordination sont réduits.

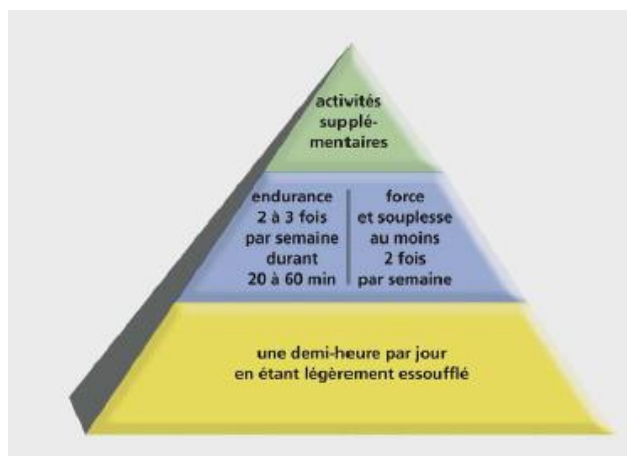
Le week-end se passe le plus souvent dans la famille de la personne concernée. A ces occasions, il n'y a aucun contrôle possible sur l'activité que pratique un résident et les équipes éducatives peuvent, tout au plus, recommander des activités sportives.

Notons aussi que la disponibilité des clubs sportifs proposant des activités adaptées, est réduite. En effet, la priorité n'est pas donnée à ces groupes sportifs et les plages disponibles restantes ne sont pas forcément libres pour certains résidents.

La pratique sportive de ces personnes dépend donc des infrastructures, de la disponibilité des moniteurs et des éducateurs, mais aussi de la motivation des parents ou des personnes responsables de celles-ci. Les parents ont souvent tendance à surprotéger leur enfant en situation de handicap. Ils devraient oser lui laisser plus d'autonomie afin de favoriser son apprentissage et lui permettre d'apprendre plus aisément.

Cependant, la pratique sportive ne passe pas forcément par la fréquentation d'un club sportif. Les activités pratiquées quotidiennement sont déjà un pas pour équilibrer les apports et les dépenses et donc, maintenir l'équilibre énergétique. Le transfert d'un endroit à un autre peut se faire en marchant ou à bicyclette. Il faut aussi privilégier les escaliers à l'ascenseur, si le handicap le permet. Ces simples adaptations permettent d'accélérer la respiration et amènent à transpirer. Notons que ces petits changements d'habitudes, une fois automatisés, peuvent devenir sources de récompenses (amélioration de la condition physique) et de fierté personnelle.

Fig. 3: pyramide du mouvement (Guélat & Häusermann, p.5)



Cette pyramide du mouvement recommande de bouger au moins 30 minutes par jour. En effet, ce léger essoufflement permet déjà d'avoir un impact positif sur la qualité de vie. Les tâches de la vie quotidienne comme marcher ou prendre les escaliers comptent dans cette recommandation des 30 minutes.

Cette figure illustre l'importance du sport pour les personnes en situation de handicap. Malheureusement ces personnes tendent à moins le pratiquer. Comme déjà expliqué ci-dessous, les barrières (infrastructures, temps, etc.) sont nombreuses.

De plus, les personnes rencontrent différents problèmes lors de l'apprentissage d'un mouvement.

Il y a tout d'abord la difficulté d'attention. Selon Juhel (2012), la capacité d'attention d'un individu ayant une déficience intellectuelle « est relativement faible parce qu'il éprouve de la difficulté à ajuster sa réaction d'orientation et de discrimination face aux stimuli nouveaux. Il a besoin d'un indice sonore contrastant pour le faire réagir, tous les sons étant pour lui des bruits de fond » (p.141). Il ajoute également que la personne ayant une déficience intellectuelle « éprouve des difficultés à se concentrer sur un seul sujet. Il lui est difficile de retenir une quantité d'images ou de consignes en même temps » (p.252). Les personnes souffrant de handicap seront donc davantage distraites par un environnement bruyant. Pour capter leur attention suffisamment longtemps, il est conseillé de leur offrir un environnement aussi calme que possible. Aussi pour augmenter cette source d'attention, il est important de rechercher un contact visuel ou tactile. La difficulté réside dans la réussite de l'identification des besoins et des motivations des sujets. Il est également important de leur donner des responsabilités afin qu'ils se sentent davantage concernés.

La compréhension des consignes peut également être source de difficultés. Il est donc primordial que le professeur d'éducation physique utilise un langage simple, concis et si nécessaire imagé. Il devra aussi être vigilant à ne transmettre qu'une consigne à la fois et vérifier sa compréhension (par exemple en demandant une reformulation) afin de palier au déficit du traitement de l'information. Juhel (2012) explique que l'individu ayant une déficience intellectuelle « a un problème de décodage, de classement séquentiel, visuel ou auditif. Le participant a du mal à suivre l'ordre chronologique des événements et de faire des déductions ou des comparaisons » (p.253).

Le moniteur doit également faire une démonstration de ce qui est attendu. Juhel (2012) explique que la personne ayant une déficience intellectuelle « apprend surtout par imitation » (p.142).

L'enseignant doit veiller à ne pas mettre de priorité sur des points techniques. L'éventail des possibilités motrices est en effet réduit. Santschi (cité par Guye, 2012, p.5) le résume très bien : « l'important n'est pas ce qu'il est impossible de faire mais d'exploiter le potentiel existant ». Le professeur se concentrera alors sur les encouragements et la valorisation des actions des participants. Cette attitude sera déterminante dans la croissance de la confiance en soi. Brunet (1999) le confirme : « Les effets de la pratique sportive portent principalement sur la confiance en soi qui, rehaussée, est à l'origine de tout changement. Il suffit d'avoir confiance pour réussir » (p.221).

Cependant, il faut éviter de sombrer dans l'extrême inverse, comme le souligne Juhel (2012), « Une manière subtile de surprotéger consiste parfois à survaloriser certaines performances de l'enfant ou de l'adolescent en situation de handicap. Cette attitude risque de développer chez lui la tendance à se faire une fausse image de lui-même, laquelle pourra l'amener dans l'avenir à être déçu de sa personne ou de la simplicité des apprentissages qu'on exigera de lui » (p.33). C'est au moniteur de trouver le juste milieu.

Un autre problème relevé est celui du choix de participer à une activité sportive. En effet, la personne concernée n'y pense souvent pas de manière spontanée. Dès lors, il est également nécessaire que l'éducateur ou les parents aient conscience de l'importance de la pratique sportive et incite leur résident à s'y adonner. Comme déjà mentionné ci-dessus, les parents ont malheureusement souvent tendance à surprotéger leur progéniture. Ce comportement est compréhensible. En effet, les dangers liés à une pratique sportive sont nombreux. Il y a tout d'abord les accidents et les chutes à prévenir au maximum. Le découragement et la frustration sont également sources de problèmes et le risque d'abandon est donc élevé.

Le plus grand danger à éviter est la sédentarité. La personne handicapée entrerait dans un cercle vicieux dont les conséquences seraient l'isolement social, la diminution des capacités physiques entraînant une réduction de l'autonomie.

2.4 ALIMENTATION

Dans ce chapitre, trois thématiques différentes sur l'alimentation seront traitées telles que les bienfaits, les troubles et les spécificités.

2.4.1 Bienfaits

Une alimentation équilibrée est primordiale chez tout un chacun pour une bonne hygiène de vie. Il est pour cela nécessaire de prendre en compte plusieurs aspects liés à la nutrition. Tout d'abord, notons que l'être humain peut manger de tout mais en quantités raisonnables. Le repas doit être un moment de détente, sans stress, où la personne prend le temps de mâcher. La personne doit manger pour se faire plaisir. C'est grâce à ce sentiment que la personne pourra se nourrir de manière équilibrée sur le long terme et ainsi lui éviter la frustration. Notons également qu'il faut éviter de grignoter entre les repas. En effet, les collations entre les repas sont réservées aux enfants et ne sont plus nécessaire à l'âge adulte.

Un élément essentiel à la survie de l'homme est l'eau. Elle a pour fonction, selon Dulloo (2008-2009), de transporter les nutriments et les déchets, et de lubrifier les articulations. Il faut s'hydrater suffisamment car l'homme élimine quotidiennement une partie de celle-ci. L'élimination se fait via la transpiration, l'urine et en petite quantité sous forme de selles. Pour équilibrer ces pertes, l'homme va devoir s'hydrater et donc boire de l'eau. Mais l'hydratation passe également par les aliments que l'on ingère et en petite quantité dans l'eau métabolique. L'eau métabolique est l'eau formée à l'intérieur du corps suite aux différentes réactions chimiques qui y ont lieu. La proportion d'eau à consommer par jour varie en fonction de plusieurs facteurs tels que l'âge, la température environnante, les maladies et lésions ainsi que la grossesse et l'allaitement (Dulloo, 2008-2009). Les maladies provoquant de la fièvre, des vomissements ou de la diarrhée accélèrent la déshydratation. De plus, une personne âgée a une diminution de la sensation de soif et a donc un plus grand risque de déshydratation. Il faut également noter que la température corporelle augmente lors d'une activité physique ce qui augmente le besoin d'apport en eau.

L'homme doit non seulement boire pour survivre, mais il doit également se nourrir. L'homme ressent alors une sensation de faim qu'il doit combler selon son appétit. Il doit non seulement manger selon son appétit, mais également selon son envie. Manger doit en effet procurer du plaisir à la personne.

Fig.4 : pyramide alimentaire (site internet de la société suisse de nutrition)



La pyramide de l'alimentation permet un apport équilibré et sain des substances à ingérer. Elle permet aux êtres humains en bonne santé d'apprendre à se nourrir de manière équilibrée. Elle désigne le type d'aliment et la quantité nécessaire afin de favoriser la santé et le bien-être de chaque personne. Les aliments d'un même groupe sont interchangeables. Ils contiennent en effet des quantités similaires de nutriments. Il faut tout de même noter qu'il est important de se nourrir de manière diversifiée afin de donner à son corps tous les aliments permettant de subvenir à ses besoins. Mais il convient surtout de privilégier ses préférences afin d'avoir du plaisir à manger. En effet, il est difficile de changer ses habitudes. C'est pourquoi une simple prise de conscience de certains détails tels qu'éviter de grignoter entre les repas, prendre le temps de manger, [etc.] peut déjà tendre vers un mode de vie plus sain.

La description ci-dessous détaillera chaque étage de la pyramide selon le site de la société suisse de nutrition:

La base de la pyramide contient les boissons non sucrées. Il faut quotidiennement en boire un à deux litre(s). Il est important de privilégier l'eau.

Il faut consommer 5 portions de fruits et légumes par jour. L'idéal serait 3 portions de légumes pour 2 portions de fruits. Une portion correspond environ à 120 grammes. Il est également important de varier les couleurs. Les fruits et légumes sont une source essentielle

de vitamines, de sels minéraux et de fibres alimentaires. Plus l'alimentation est diversifiée (variété, couleur, cuisson) et plus l'aliment peut fournir les substances nutritives favorables à l'homme.

Les produits céréaliers, les pommes de terre et les légumineuses apportent une grande quantité de glucides à l'organisme. Il faudrait en consommer 3 portions par jour. Ceci signifie 75-125 grammes de produits céréaliers, 60-100 grammes de légumineuses et 180-300 grammes de pommes de terre. Ils sont une source importante d'énergie pour l'organisme.

Les produits laitiers, la viande, le poisson et les œufs font partie du quatrième étage de la pyramide. Il faudrait en consommer 3 portions par jour. Une portion correspond environ à 2dl de lait, 150-200 grammes de yogourt, 30 grammes de fromage à pâte dure ou 60 grammes de fromage à pâte molle. Il faut également manger une portion de viande, de poisson ou d'œufs par jour. Ces aliments fournissent au corps une grande quantité de protéines. Elles sont utiles à la construction de l'organisme. Une portion équivaut à 100-120 grammes de viande ou poisson ou à 2-3 œufs.

Le consommateur devrait utiliser 2-3 cuillères à soupe (20-30 grammes) d'huile et seulement 1 cuillère à soupe de matière grasse. Ces aliments contiennent des lipides qui fournissent à l'organisme la plus grande quantité d'énergie. Ils sont indispensables à l'organisme mais doivent être consommés avec modération.

Le dernier étage de la pyramide est celui des sucreries, snacks salés et alcool. Cet étage n'est pas indispensable à l'organisme du point de vue nutritionnel. Mais ces aliments peuvent tout de même être consommés en petite quantité et l'alimentation peut continuer à être considérée comme saine.

Plus spécifiquement, selon Dulloo (2008-2009), l'alimentation se divise en deux sous-groupes : les macronutriments et les micronutriments. Les macronutriments sont les glucides, les lipides et les protéines.

Les protéines ont plusieurs rôles distincts tels qu'un rôle structural au niveau des muscles ou des organes, un rôle enzymatique, un rôle hormonal et un rôle moteur. Les protéines se trouvent dans les aliments d'origine animale, les légumineuses ainsi que les céréales et les produits laitiers. Une quantité journalière adéquate en protéine se situe aux environs de 50-100 grammes.

Le deuxième macronutriment : les glucides. Ils sont notre principale source d'énergie. Il existe deux types de glucides : les sucres simples et les sucres complexes. Les sucres simples entrent dans la composition des aliments tels que le sucre de table, le lait, les yaourts et les

fruits. Quant aux sucres complexes, on les trouve dans les céréales telles que le pain, le riz et aussi dans les pommes de terre et dans les légumes secs.

Le dernier type des macronutriments est les lipides. Ils favorisent l'absorption de certaines vitamines et augmentent également le goût des aliments. Les graisses et huiles alimentaires en contiennent.

Dans le deuxième sous-groupe de l'alimentation, on trouve les micronutriments. Il y a également plusieurs divisions pour les micronutriments qui sont les vitamines, les minéraux et les oligoéléments. Les vitamines sont, selon le petit Larousse (2002), une «substance organique indispensable, bien qu'en faible quantité, à la croissance et au bon fonctionnement de l'organisme, qui ne peut en effectuer lui-même la synthèse » (p.1071).

Il y a également différents sels-minéraux tels que le calcium, le phosphore, le potassium, le chlore, le sodium et le magnésium.

Les oligoéléments sont, selon le petit Larousse (2002), un «élément chimique nécessaire, à l'état de traces, à la croissance ou à la vie des animaux et des végétaux » (p.714). Selon Dulloo (2008-2009) leur besoin se situe à moins de 50 mg/jour. Il existe plusieurs oligo-éléments qui sont le fer, l'iode, le fluor, le zinc, le cuivre, le sélénium, le manganèse, le chrome et le molybdène.

L'homme a besoin de chacun de ces nutriments en certaine quantité par jour afin de manger équilibré.

L'utilisation de l'indice de masse corporelle (IMC) permet de vérifier l'adaptation du poids. La formule est la suivante : l'IMC (kg/m^2) est donc égal au poids (kg) divisé par le carré de la taille (m). Le résultat optimal, selon Dulloo (2008-2009), devrait se trouver entre 18.5 et 24.9. Au-dessous de ces valeurs, la personne est trop maigre et en-dessus de celles-ci, elle est en surcharge pondérale. Pour éviter de trop manger et de développer un problème de surcharge pondérale, la personne doit arrêter de manger lorsqu'elle ressent un sentiment de satiété. Un repas riche apporte ce sentiment plus longtemps qu'un repas léger. Ce sont donc ces repas complets qui permettent d'éviter le grignotage entre les repas et de réussir à attendre le repas suivant.

En institution, il est important de questionner les besoins et attentes des personnes handicapées qui y vivent. Les repas devraient se passer calmement. Ils doivent être un moment de détente et de convivialité où les résidents ont du plaisir à manger. Plus spécifiquement, les repas vont permettre de maintenir les fonctions de l'organisme et donner toutes les chances pour améliorer les effets des divers traitements.

2.4.2 Troubles de l'alimentation

Selon Juhel (2012), les personnes ayant une déficience intellectuelle présentent plus fréquemment des maladies telles que l'anorexie, la constipation ou les vomissements. « Les apports alimentaires doivent se rapprocher le plus possible d'une alimentation normale. Les déficiences vitaminiques, protéiniques et ferriques doivent aussi être corrigées médicalement. On trouve, de plus, des troubles de mauvaise assimilation intestinale, dont les causes sont multiples » (p.110). Il ajoute également que le métabolisme de la personne déficiente est ralenti et qu'une légère constipation peut mener à des complications. En effet, la personne handicapée « ayant un apport sensitif moindre s'hydrate moins et ses selles ont tendance à former des fécalomes, c'est-à-dire des masses solides plus difficiles à éliminer ». Juhel (2012) explique également que la personne utilise les vomissements comme une défense autonome. En effet, la personne ayant du mal à « doser sensitivement et qualitativement sa capacité stomacale » (p.111), utilisera le réflexe de vomissements comme réflexe de défense. Une sous-hydratation est également dangereuse. Juhel (2012) rappelle qu'une personne « ayant une déficience intellectuelle risque beaucoup plus de se déshydrater qu'un enfant dit normal, puisque son organisme fonctionne au ralenti » (p.111). Afin de prévenir au mieux ces maladies, les éducateurs doivent être attentifs aux résidents. En effet, il faut faire preuve de vigilance et d'observation régulière afin de détecter ces différents comportements liés à la nutrition (qualité de la nourriture, vomissement, etc.).

La liste ci-dessous énumère un certain nombre de troubles auxquels les personnes en situation de handicap sont plus sensibles. Elles ont en effet un risque plus important de développer certains problèmes de santé en lien avec l'alimentation.

a) L'obésité et le surpoids

Les facteurs de l'obésité sont liés à l'hygiène de vie, à l'éducation, à l'âge, au sexe et à la race. Ce trouble existe le plus souvent dans les pays industrialisés. Le sédentarisme et la publicité favorisent l'apparition de ce problème. En effet, la société nous pousse à la surconsommation de nourriture et à diminuer notre activité physique due au confort grandissant dans lequel nous évoluons.

Comme déjà cité auparavant, une personne est en surcharge pondérale lorsqu'elle a un IMC supérieur à 24.9. L'obésité apparaît entre 30-39.9. On parle d'obésité morbide lorsque cette valeur dépasse 40 kg/m². L'IMC est une bonne approximation mais reste tout de même limité et nécessite d'autres mesures, comme le tour de taille ou la mesure de l'épaisseur du pli

cutané, pour être validé avec plus de certitude. Les causes du surpoids sont liées à une alimentation trop riche et à une absence d'activité physique régulière. Il y a donc un déséquilibre entre l'apport et la dépense énergétique. L'obésité peut provenir d'une source génétique mais reprend également les causes du surpoids. L'obésité peut également être liée à des facteurs psychologiques tels que la dépression, le stress ou un quelconque traumatisme. Pour retrouver une hygiène de vie appropriée, il faut renouer avec de bonnes habitudes alimentaires et une activité physique régulière. Afin d'y parvenir, il est nécessaire de se faire aider. Un soutien est indispensable pour aider à fixer des objectifs accessibles, à maintenir la motivation d'atteindre son but et à garder son nouveau poids. La perte de poids n'est en effet pas le plus difficile. Il faut ensuite réussir à le stabiliser sur le long terme.

Les conséquences principales de ce trouble sont des problèmes cardio-vasculaires et métaboliques. Il existe d'autres conséquences telles que les problèmes respiratoires, psychologiques et orthopédiques. Si la perte de poids par le changement des habitudes de vie reste vaine, le patient devra utiliser la chirurgie bariatrique pour se faire aider.

b) L'anorexie

Le terme anorexie est tiré du grec et signifie « sans désir, sans appétit ». Cette maladie vient d'un problème comportemental qui consiste à se priver de nourriture. Selon Morhain et Ayotte (2003, p.111), la forme d'anorexie la plus connue est l'anorexie de l'adolescence féminine qui est d'origine psychologique. Ce trouble dont le stade ultime est la mort, ne sera pas considéré comme un suicide par la personne concernée mais plutôt comme une victoire face à la société. Le corps occupe une place primordiale dans la vie des personnes atteintes par ce trouble. Les deux symptômes principaux sont l'amaigrissement et l'anorexie. Ceux-ci sont également accompagnés de troubles de l'humeur et d'isolement social. L'amaigrissement est la forte diminution des masses graisseuses et musculaires. Le corps devient osseux et est le résultat de la difficulté à s'identifier à cette féminité. L'anorexie est la restriction alimentaire basée souvent sur des raisons banales telles que certaines rondeurs ou certains troubles digestifs. Cette maîtrise sur les aliments est source de fierté et de plaisir. L'anorexie peut prendre diverses formes. La patiente peut stocker une certaine quantité de nourriture dans la bouche afin de la recracher en cachette à la fin du repas. Un autre moyen est d'évacuer la nourriture ingérée par vomissements ou par la prise de laxatifs. En parallèle à ce trouble, l'hyperactivité physique est souvent constatée. La patiente s'impose un rythme élevé afin de ressentir l'ivresse de l'effort qui rejoint l'ivresse ressentie lors d'un jeûne de plusieurs jours.

L'amaigrissement de la personne lui procure un sentiment de bien-être. Elle ne se considérera pas comme malade. Pour s'en sortir, il faut une prise de conscience de la personne, une aide permanente de son entourage et aussi un suivi psychothérapeutique.

c) Le diabète

Le diabète est un trouble lié à l'augmentation du taux de sucre dans le sang. Pour le détecter, il faut mesurer la glycémie. Selon Cornillier et Korsia-Meffre (2006, p.236), on parle de glycémie normale lorsqu'elle est inférieure à 1.10 g/l à jeun. Lorsqu'elle est supérieure à 1.26 g/l, on parle de diabète. Il existe deux types de diabète.

i) le diabète de type 1 dit insulinodépendant

Ces personnes souffrent d'un manque de sécrétion d'insuline du pancréas. Pour garder un certain taux de sucre dans le sang, elles doivent s'injecter des doses d'insuline.

ii) le diabète de type 2 dit non insulinodépendant

Le diabète de type 2 peut provenir de certains facteurs héréditaires, du mode de vie ou alors d'un excès de poids et d'un manque d'activité physique. Les symptômes sont une urine abondante, une soif intense, une fatigue ou faiblesse. Ce type de diabète ne vient pas du manque d'insuline mais plutôt du manque d'efficacité de cette hormone sur l'organisme. Les cellules sont en effet insulinorésistantes. Pour réduire cette insulinorésistance, il faut privilégier l'activité physique, réduire la surcharge pondérale par une alimentation équilibrée et si besoin est, avoir recours à un traitement médical. Une alimentation équilibrée signifie un apport calorique adapté, un fractionnement de l'alimentation, une prédilection pour les graisses d'origine végétale, une faible consommation de protéines animales et surtout un apport important en eau.

Les diabétiques ont tendance à perdre du poids malgré leur besoin conséquent en boisson et en nourriture. Ils essaient en effet de compenser un manque d'énergie. Ils sont également plus sujets à une fatigue générale. Le moniteur veillera à ce que l'effort soit sous-maximal et à garder une période de repos suffisamment longue. Les composants nutritifs et la prise d'insuline doivent donc être adaptés à la charge de l'activité physique.

d) Maladies cardiovasculaires

Un problème cardiovasculaire provient dans la majorité des cas d'une alimentation mal équilibrée. Il est donc essentiel d'y être attentif. Il est indispensable d'informer les personnes handicapées des enjeux d'une bonne nutrition et les aider afin de modifier leurs habitudes, si besoin. Selon Dulloo (2008-2009), pour venir à bout de ces maladies cardiovasculaires, le but premier est de limiter la plaque d'athérome. Il s'agit d'un amoncellement de lipides dans les macrophages. Cet amas va obstruer les artères jusqu'à la thrombose. Comme déjà cité ci-dessus, pour diminuer les risques cardiovasculaires, il faut tout d'abord éviter les excès caloriques, ne pas fumer et restreindre la sédentarité.

e) Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Il existe différentes maladies inflammatoires chroniques. Selon Chevallier (2003, p.203), les causes qui en découlent sont l'inappétence liée le plus souvent à des nausées, des vomissements et à des douleurs digestives. La personne en arrivera à redouter la nutrition et donc elle se nourrira de moins en moins. La personne souffrira également de saignements réguliers et devra pour compenser ces pertes, combler son manque de micronutriments. Quel que soit le type de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, une probable rémission est possible à l'aide d'une alimentation variée et équilibrée, tout en augmentant la consommation de produits laitiers fermentés. Mais il faut tout de même noter que les régimes proposés sont différents selon la phase de la maladie.

f) Ostéoporose

L'ostéoporose désigne une fragilité excessive des os. Selon Cornillier et Korsia-Meffre (2006, p.249), la masse osseuse se réduit de manière anormale. Cette réduction amène à une ossature plus fragile et cassante. De ce fait, une fracture peut être le résultat d'une simple chute. En principe, l'ostéoporose débute à l'âge de 35 ans et augmente considérablement durant la ménopause chez les femmes. Les facteurs de risque sont liés à l'âge, aux antécédents familiaux, à la consommation de tabac ou d'alcool ainsi qu'à un très faible apport en calcium. L'ostéoporose peut être retardée par une bonne hygiène de vie. Il est tout d'abord raisonnable de pratiquer une activité physique qui a un faible impact sur les os, telle que la natation ou la randonnée. La pratique sportive va également favoriser l'équilibre de la personne et donc limiter les risques de chutes. Le calcium a une grande importance dans l'ostéoporose. Sa consommation doit être régulière et est estimée à 1000mg/jour. Le calcium se trouve non seulement dans les produits laitiers mais également dans certaines eaux et certains fruits secs

tels que les figues, les abricots, les dattes et les fruits oléagineux comme les amandes et les noix. Pour éviter au maximum la perte de calcium, il faut éviter la consommation excessive de sel (NaCl).

g) Hypertension artérielle

La pression artérielle désigne la pression que le sang exerce sur les parois des artères. Le diagnostic d'hypertension artérielle est établi lorsque cette pression est constamment trop élevée. Il est très difficile d'avoir conscience de ce problème, car il n'y a que très peu de symptômes. Si elle n'est pas traitée, l'hypertension artérielle peut mener à des accidents vasculaires cérébraux, des hémorragies intracrâniennes ou des lésions de la rétine (Cornillier et Korsia-Meffre, 2006, p.246). Son origine n'est que rarement établie. C'est pour cette raison que le traitement sera uniquement basé sur une diminution de la pression. Pour ce faire, les mesures hygiéniques et diététiques sont essentielles. Une réduction de la consommation de sel (NaCl) est également importante. Il faut aussi veiller à manger beaucoup de fruits et légumes qui s'opposent aux effets du sel. De même, il est conseillé de diminuer sa consommation de caféine et d'alcool qui sont réputés pour augmenter la pression artérielle.

h) Perturbation du comportement alimentaire

Le comportement alimentaire peut-être perturbé de différentes manières (Cornillier et Korsia-Meffre, 2006, p.222). Il y a la frénésie alimentaire. Ce trouble se manifeste par une consommation épisodique abusive durant une courte période. Cette consommation démesurée de nourriture ira jusqu'à « l'inconfort gastrique ». Il en découle une prise de poids, car la surconsommation n'est pas compensée par un exercice physique, un jeûne ou un vomissement volontaire.

Il existe également les troubles de l'alimentation nocturne. Ces personnes développent un décalage dans leur prise alimentaire. Elles consomment énormément de nourriture pendant le souper et surtout après celui-ci. Elles souffrent de troubles du sommeil et se relèvent la nuit pour manger.

Un autre trouble alimentaire porte le nom de somnambulisme alimentaire. Il s'agit d'un trouble du sommeil pendant lequel la personne mange mais n'en garde aucun souvenir. Ce trouble touche essentiellement les personnes anxieuses ou stressées. Elles développent une tendance à consommer de manière inconsciente les aliments qu'elles se refusent à consommer habituellement.

Le dernier trouble traité dans cette partie s'appelle l'orthorexie. Lorsqu'une personne est atteinte de ce trouble, elle va être obsédée par la qualité de son alimentation. Ce souci quotidien peut entraver la vie sociale et mener à un sentiment de supériorité émanant d'une meilleure qualité d'alimentation gustative, nutritionnelle et sanitaire.

i) Dysphagie

Selon Monzy et Bommelaer (2006, p.519), la dysphagie se définit par l'impression de gêne lors de la déglutition. La personne a un sentiment de blocage des aliments solides ou liquides au niveau de la gorge ou de la région thoracique. Deux causes expliquent cette gêne. Elles peuvent être d'ordre mécanique ou fonctionnel. Une gêne mécanique vient d'un obstacle quelconque ou d'un rétrécissement du diamètre de l'œsophage. Une gêne fonctionnelle provient, quant à elle, de spasmes ou crampes liées essentiellement à un trop grand stress et à la déglutition d'aliments trop gros. Il existe plusieurs traitements possibles suivant la cause de la maladie. Ce trouble peut être traité grâce à des médicaments ou à une intervention chirurgicale.

j) Troubles fonctionnels intestinaux

Afin de parvenir à diagnostiquer un tel trouble, il est nécessaire de faire des examens complémentaires. Selon Chevallier (2003, p.230), les symptômes sont, tout d'abord, les douleurs abdominales. Elles peuvent être d'une intensité très variable. Afin de soulager ce désagrément, les personnes atteintes utilisent la défécation et l'émission de gaz. Ces troubles sont gênants, mais ne se présentent pas pendant la nuit : le sommeil ne s'en trouve donc pas perturbé. Les troubles du transit font également partie des symptômes. La personne est atteinte soit de constipation, soit de diarrhée. Les flatulences font aussi parties de la symptomatologie. Les conséquences sont des ballonnements et donc des difficultés de digestion. Pour parer à ces désagréments, il est nécessaire de maintenir une flore digestive équilibrée.

2.4.3 Spécificités

Les personnes avec handicap moteur ont particulièrement besoin de se nourrir de manière équilibrée. Elles sont notamment plus sensibles à la prise de poids que les personnes sans handicap. Il est donc nécessaire que ces personnes aient du plaisir à manger avec des saveurs qu'elles apprécient. Selon Stommel (2010), ceci est d'autant plus important que le système des sens est souvent limité chez ces personnes. En effet, la vue, l'odorat ou le goût peuvent

être altérés et les sensations seront donc faussées. Ces personnes peuvent également avoir des problèmes de déglutition liés à de la toux et ceci peut développer une crainte de manger et donc, à terme, à la sous-nutrition. Dès lors, il est important de surveiller consciencieusement l'IMC. Les besoins en énergie et nutriments dépendent de plusieurs facteurs. L'évaluation de la quantité de calories est compliquée, d'autant plus que les médicaments ont une influence sur la prise de nutriments. Ils peuvent influencer l'appétit et la résorption de certaines vitamines et minéraux. Ils augmentent également le besoin d'hydratation. Le personnel qualifié devrait, selon Stommel (2010), rédiger une anamnèse alimentaire, être capable d'évaluer les besoins caloriques d'une personne, la quantité de nutriments adaptée à la tranche d'âge et consulter si nécessaire. Afin d'effectuer cette tâche de la meilleure manière qu'il soit, l'observation doit commencer le plus tôt possible. Pour se faire, le développement d'une relation de confiance est primordial, ainsi qu'une collaboration avec la famille. Elle pourra, le cas échéant, signaler au personnel d'éventuels problèmes. La difficulté principale réside souvent dans l'incapacité ou la difficulté de ces personnes à pouvoir communiquer clairement leur problème. L'importance de l'observation est alors primordiale afin de détecter tous symptômes de ces maladies et l'éventuel refus de manger.

Toujours selon Stommel (2010), ces symptômes peuvent apparaître sous forme d'inquiétude, de réflexe d'étranglement, de perte du plaisir de manger ou de l'appétit ou encore de problèmes de digestion jusqu'au refus complet de manger. Il faut également être conscient que les types de handicap et leurs conséquences sont très variables. Il en résulte des solutions ou des traitements spécifiques à chaque personne.

Certaines maladies telles que l'autisme perturbent en effet la perception de faim et de satiété. De ce fait, les personnes qui en sont atteintes mangent une grande quantité de nourriture sans jamais ressentir la satiété. L'équilibre n'est donc pas respecté et la personne aura tendance à prendre du poids. Les symptômes auxquels il faut être attentif sont, les fortes variations de poids, les reflux à la suite des repas, la nature des selles, la santé psychique et certains comportements liés à la nourriture comme les troubles énumérés au point ci-dessus. Le contrôle régulier du poids est un bon moyen de surveiller l'apparition d'une anomalie et la collaboration s'avère aussi porteuse de solutions.

Les difficultés liées à la digestion devraient être détectées par un médecin. En connaissant la médication des patients, il peut agir en conséquence.

3. Recueil et analyse de données

Ce chapitre comprend toute la partie pratique de ce travail. Les étapes de cette deuxième partie comportent la définition des buts, du contexte et de la méthode. La méthode se subdivise en trois parties : la population de la recherche, le matériel utilisé et une dernière sur le déroulement de la recherche. Les résultats seront ensuite exposés. Puis une dernière partie comprendra la discussion et la conclusion à tirer de ce travail.

3.1 Contexte et situation initiale

Les résultats d'une étude antérieure citée par Gaillard et Andrieu (2010, p.300) font état d'un phénomène paradoxal : « alors que son [sportif handicapé mental] temps d'activité physique déclaré est bien plus important que celui des populations ordinaires, et que son alimentation paraît mieux équilibrée, sa prévalence du surpoids et de l'obésité est également significativement plus importante ». En effet, les mêmes chercheurs affirment une partie de leur hypothèse, confirmée par de nombreux travaux, et concluent : « toutes ces études ont mis en évidence un plus fort taux d'obésité chez les personnes handicapées mentales que chez leurs homologues non-handicapées » (2010, p.304).

3.2 But et question de recherche

Etant donné que chaque institution établit ses propres critères, nous pouvons nous demander s'il existe des différences en matière de promotion de la santé. La question de recherche permettra de définir le degré d'importance que les institutions accordent à l'alimentation et au mouvement. Si ces thématiques ne sont pas suffisamment développées, le but de ce travail serait donc de sensibiliser les institutions concernées. La finalité étant le bien-être des résidents.

Comme exposé dans la partie théorique, l'alimentation et le mouvement sont des éléments incontournables pour le bien-être des résidents. Dans le cas précis de cette recherche, la question de base est la suivante : « les activités sportives et les besoins alimentaires sont-ils présents dans les institutions ? ».

Ces concepts de l'alimentation et du mouvement amènent à postuler qu'il existe, dans cet échantillon, une relation entre l'alimentation, la pratique d'une activité sportive, la promotion de la santé et le surpoids des résidents.

Afin de définir au mieux le postulat ci-dessus, voici les hypothèses qui en découlent.

1. Le surpoids des résidents est lié à la façon de se nourrir.
2. Le surpoids des résidents est lié à la durée de la pratique sportive.
3. La promotion de la santé est insuffisante dans les institutions.

Et sous leur forme opérationnalisée :

1. Plus les résidents s'alimentent mal, plus ils seront en surpoids.
2. Moins les résidents pratiquent une activité physique, plus ils seront en surpoids.

Afin de réaliser cette recherche dans les meilleures conditions, il est essentiel d'être au plus proche de la réalité. Pour y parvenir, l'objectivité est primordiale. Les éducateurs sont donc les personnes les mieux placées pour participer à cette recherche, car les plus impliqués dans la vie des résidents. Ils partagent leur quotidien et accumulent de l'expérience grâce aux situations vécues. Toutefois, une certaine part de subjectivité subsiste. Il s'agit de la perception d'éducateurs par rapport à leur groupe de résidents. En effet, pour des raisons de compréhension du questionnaire, ce ne sont pas les résidents qui répondent eux-mêmes à cette recherche.

3.3 Méthodes

Dans ce chapitre, trois différentes parties vont être traitées. Il s'agit d'une partie sur la population, d'une autre sur le matériel utilisé et d'une dernière sur le déroulement de la méthode.

3.3.1 La population

L'échantillon est composé de manière aléatoire. Il comprend 6 institutions du canton de Fribourg.

Tab. 5: Les institutions

Districts	Ville / Village	Noms
Sarine	Fribourg	Les Buissonnets
Sarine	Marly	Association St-Camille (Atelier de la Gérine)
Sarine	Fribourg	La Fara
Glâne	Romont	Atelier de la Glâne
Broye	Estavayer-le-lac	La Rosière
Gruyère	Bulle	Clos Fleuri

De ces institutions, 56 personnes ont répondu à ce questionnaire. Seuls 48 personnes ont rempli ce questionnaire entièrement. Ils sont répartis de la sorte :

Tab. 6: Le taux de participation

Institutions	Nombre d'hommes	Nombre de femmes
Les Buissonnets	5	4
Atelier de la Glâne	1	4
Clos-Fleuri	3	4
La Rosière	1	3
La Fara	3	8
Association St-Camille	8	2

Afin de pouvoir tester les différentes hypothèses, différents instruments ont été utilisés qui seront expliqués ci-dessous.

3.3.2 Le matériel

Le questionnaire est similaire pour chaque institution. Il dure 8 minutes et est destiné aux éducateurs. Ils avaient la possibilité d'y répondre à l'endroit de leur choix et en mon absence. En effet, il était important que les éducateurs puissent garder l'anonymat. Les réponses seront ainsi plus proches de la réalité. Toutefois, certains directeurs ont demandé que les questionnaires soient remplis à la main et ont tenu à les récolter eux-mêmes, avant de me les restituer.

Afin de développer ce questionnaire, une recherche importante de différents sondages a été effectuée. Les questions ont été inspirées, en grande majorité, d'un questionnaire d'origine intitulé « questionnaire sur les habitudes de vie ». Il a été créé par l'institut de recherches cliniques de Montréal en 2008. Il permet d'aider les intervenants à connaître leurs habitudes de vie dans le but d'améliorer leur santé. Mais certaines questions ont été adaptées au fait que ce sont les éducateurs qui répondent pour leurs résidents. Le choix de ce public cible s'est fait lors d'une formation afin d'obtenir un diplôme d'entraîneur de sport handicap. Les personnes rencontrées dans le cadre de cette formation m'ont fait part de leur souhait de mener une recherche dans ce domaine là. C'est grâce à leur soutien que je me suis lancée dans cette thématique. Malheureusement ce partenariat s'est, entre-temps, rompu. Mais l'envie de terminer cette recherche et d'en découvrir les résultats ont été tout de même plus forts.

Cet instrument est composé de questions ouvertes et fermées. L'ensemble du questionnaire est présenté de façon détaillée en annexe 1. La première partie touche à la thématique de l'alimentation. Elle est composée de questions concernant le type de nourriture consommée, le rapport à la nourriture, [...]. La deuxième partie traite du mouvement. Les questions permettent de déterminer si les résidents pratiquent une activité sportive régulière, s'ils aiment le faire, [...]. La dernière partie, plutôt générale, s'intéresse à l'âge, le sexe, le lieu de travail des éducateurs, [...]. Dans ces parties, la grande majorité des questions sont fermées. Elles permettent ainsi de classer les réponses et de les comparer aisément. Il s'agit d'un questionnaire à choix multiples. Il a donc l'avantage de donner des informations clés tout en obligeant les sujets à se limiter à des réponses préétablies. Les questions ouvertes sont au nombre de quatre. La première question ouverte se trouve être la question numéro trois. Elle s'intéresse au type de régime alimentaire suivi par les résidents. La deuxième se trouve à la fin de la première partie. Elle questionne les moyens existants pour sensibiliser les résidents à l'importance d'une alimentation équilibrée. La troisième se trouve en fin de deuxième partie et répond à la question « Sont-ils sensibilisés à l'importance d'une pratique sportive régulière ? ». La dernière se trouve dans la partie générale. Elle permet de préciser les moyens mis en œuvre si une grande fluctuation du poids des résidents est observée. Elles sont utiles à la compréhension ou à l'explication de certaines questions : elles apportent des compléments d'informations.

L'objectif principal est d'effectuer une étude empirique.

Le questionnaire est rédigé sur Limesurvey. Il a pu ainsi être envoyé par voie électronique. Les erreurs de retranscription ont ainsi été évitées.

L'analyse statistique des résultats a été effectuée avec le programme SPSS. Les analyses utilisées ont été le T-test, le test Khi-carré (test de Fisher lorsque nécessaire), les corrélations, les tableaux croisés et l'ANOVA.

Avant de commencer les passations, un éducateur a accepté de tester les questionnaires, afin de s'assurer qu'ils étaient adaptés aux réalités des institutions pour personnes en situation de handicap.

3.3.3 Le déroulement

Le directeur de chaque établissement a été informé de la recherche et de son objectif. Le contact a été fait par e-mail mais surtout par téléphone. Certains directeurs ont souhaité un entretien préalable afin d'être renseigné plus clairement sur le sujet et le but de la recherche, et dans quelle mesure cette requête concernait véritablement leur établissement. Ce sont les directeurs respectifs de chacune de ces institutions qui ont informé les éducateurs. Ceux-ci étaient libres d'y participer ou non. Les éducateurs avaient le choix du moment et du lieu afin de répondre au questionnaire, dans un délai de deux semaines. L'échantillon est donc aléatoire. La période de collecte s'est étalée entre le 7 janvier et le 19 avril. Il a été nécessaire de relancer chaque institution à plusieurs reprises afin de réunir un nombre minimal de réponses. Le travail a été considérablement ralenti par cette importante tâche de secrétariat.

L'intérêt de proposer un questionnaire restreint est de limiter les non-réponses et les réponses incomplètes. Malgré ce fait, 8 questionnaires n'ont été que partiellement remplis ou sont restés vierges. Plus précisément, 3 questionnaires sont restés totalement blancs et 5 n'ont été que partiellement remplis.

3.4 RESULTATS

Dans cette partie, les résultats des différentes analyses effectuées vont être exposés. Les résultats obtenus laissent apercevoir que des liens entre la nutrition et le sport pourraient éventuellement être établis. Toutefois, cela nécessiterait une étude plus approfondie pour le vérifier. L'interprétation de ces résultats se fera dans la partie suivante.

3.4.1. L'alimentation et la santé

Tableau 7				
Comparaison entre la consommation de desserts et le pourcentage de résidents en surpoids				
Test	ddl	F	Valeur de p	*<0.05
Anova	2	6.563	0.003	*

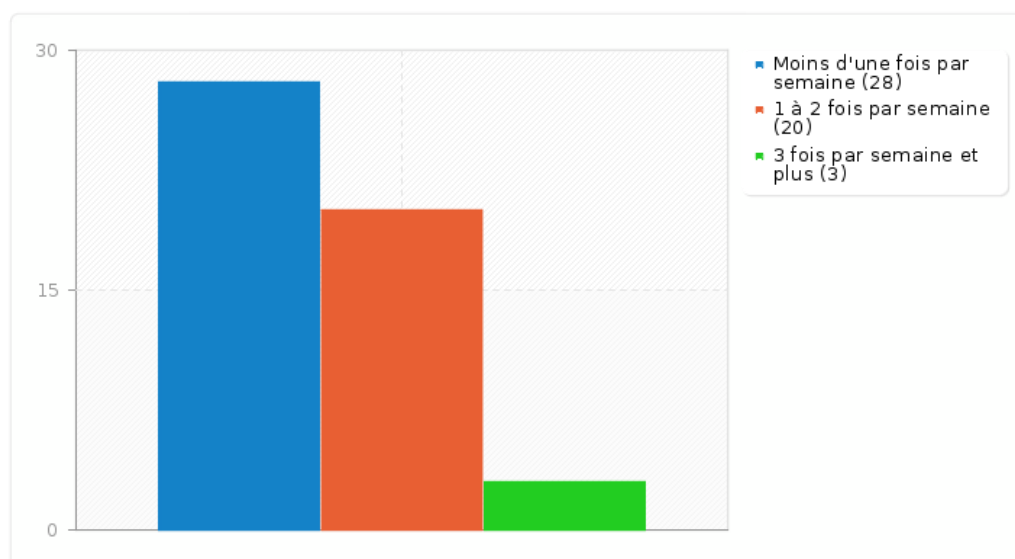
Le tableau 7 indique qu'il y a un lien significatif entre le pourcentage de résidents en surpoids et la consommation de desserts ($F = 6.563$, $ddl = 2$, $p = 0.003$). Ainsi nous apprenons que la quantité de desserts consommée influence le pourcentage de résidents en surpoids.

Les autres aliments testés tels que la consommation de poissons, de viandes, de charcuteries, de fromage, de féculents, de fruits ou de légumes n'influencent pas significativement le pourcentage de résidents en surpoids.

Etant donné que les aliments n'ont pas un effet significatif sur le poids des résidents, observons plus précisément la consommation des mets prêt-à-servir.

Fig.5: Consommation des mets prêt-à-servir

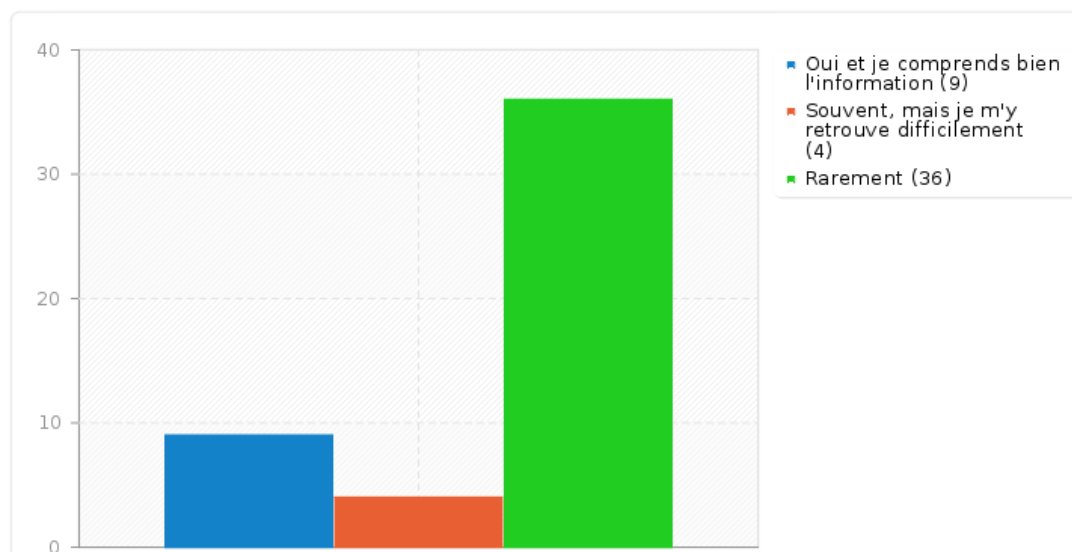
Nbre de
réponses



La figure 5 indique que 28 résidents (=50%) consomment moins d'une fois par semaine des mets prêt-à-servir. Mais 20 résidents (=36%) en consomment une à deux fois par semaine.

Fig.6 : Consultation du tableau de valeurs nutritives des étiquettes par les éducateurs

Nbre de
réponses



Les résultats présentés à la figure 6 montrent que pour l'échantillon (48 éducateurs), plus de la moitié (36 éducateurs = 65 %), ne consultent que rarement les étiquettes des tableaux de valeurs nutritives. Seuls 9 d'entre eux, consultent les tableaux et les comprennent.

Observons s'il y a un lien entre le fait de comprendre les étiquettes des valeurs nutritives des aliments et le fait de consommer des mets prêt-à-servir.

Tableau 8 Comparaison entre la consommation de mets prêt-à-servir et la consultation des tableaux de valeurs nutritives sur les étiquettes							
Indicateurs	Groupes	N=	Frarement	Khi-deux	Valeur de p	* <0.05	Coefficient de contingence
Question n°1	Moins d'une fois par semaine	28	22	1.2221	0.016	*	0.447
	1 à 2 fois par semaine	20	14				
	3 fois par semaine	1	0				

Le tableau 8 indique que 28 éducateurs ont répondu que leurs résidents consomment des mets prêt-à-servir moins d'une fois par semaine, et 22 éducateurs disent consulter rarement les étiquettes des aliments. Le tableau indique également que 20 éducateurs disent que leurs résidents consomment 1 à 2 fois par semaine des mets prêt-à-servir et que 14 éducateurs disent consulter rarement les étiquettes des aliments. La différence entre les deux groupes est

significative (khi-deux = 1.2221, ddl = 4, $p = 0.016$). Ce résultat permet d'établir une relation entre la consultation des étiquettes des tableaux de valeurs et la consommation des mets prêt-à-servir.

Le coefficient de contingence a une valeur de 0.447. Ceci signifie que le lien qui est significatif n'est pas absolu. En effet, comme déjà dit ci-dessus, l'échantillonnage réduit pourrait être une raison à ce faible coefficient. Une autre raison pourrait être que les réponses sont très hétérogènes. Ces causes mènent donc à émettre une tendance plutôt qu'une certitude.

L'alimentation n'a pas confirmé la première hypothèse. La qualité de la nourriture n'est pas la cause du surpoids des résidents.

Observons les conséquences des consommations d'eau et de boissons sucrées.

Tableau 9				
<i>Comparaison entre la consommation d'eau journalière et le pourcentage de résidents en surpoids</i>				
Test	ddl	F	Valeur de p	*<0.05
Anova	2	2.835	0.07	

L'analyse des données du tableau 9 indique que la consommation d'eau n'a pas un lien direct avec le pourcentage de résidents en surpoids.

Tableau 10				
<i>Comparaison entre la consommation de boissons sucrées journalière et le pourcentage de résidents en surpoids</i>				
Test	ddl	F	Valeur de p	*<0.05
Anova	2	2.553	0.09	

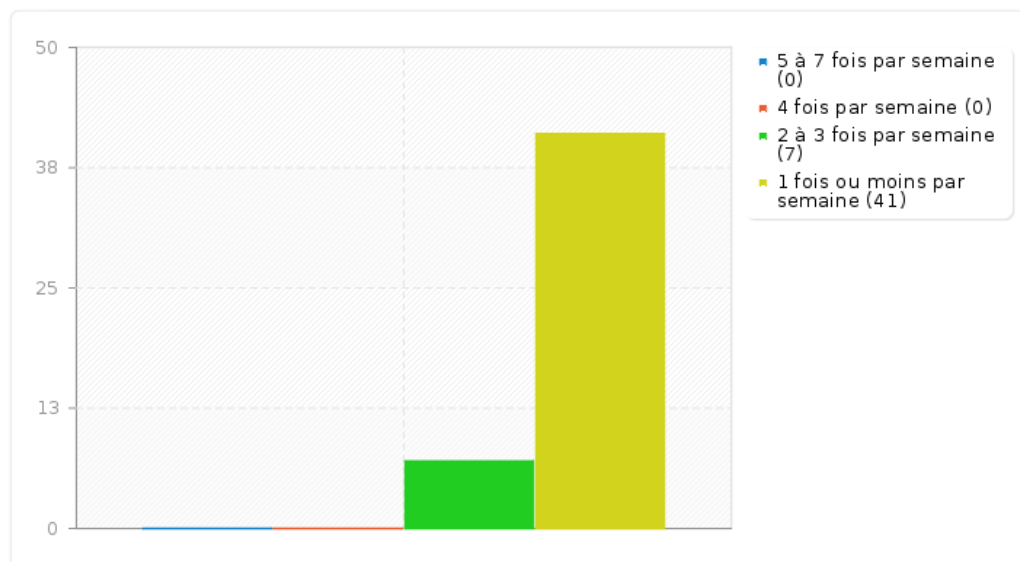
L'analyse du tableau 10 indique également que le résultat n'est pas significatif ($p=0.09$). La consommation de boissons sucrées n'influence pas le pourcentage de résidents en surpoids.

Il n'est finalement pas prouvé que la trop grande consommation de boissons sucrées ait une influence sur le poids des résidents. L'interprétation de ces conclusions se fera dans le chapitre suivant.

3.4.2. Le mouvement et la santé

Fig.7: pratique sportive hebdomadaire durant 30 minutes

Nbre de
réponses



La figure 7 illustre que 41 résidents soit 71% pratiquent une activité durant 30 minutes une fois par semaine ou moins.

Tableau 11 Comparaison entre la pratique d'un entraînement régulier et la fatigue avérée pour pratiquer une activité physique						
Indicateurs	Groupes	N=	Fsouvent	Khi-deux	Valeur de p	* <0.05
Question n°1	Entraînement régulier OUI	18	5	6.197	0.102	
	Entraînement régulier NON	30	16			

Le tableau 11 indique que dans le groupe « oui » (résidents pratiquant une activité physique régulière), 5 éducateurs ont répondu que les résidents se sentaient **souvent** trop fatigués pour pratiquer une activité physique. Dans le groupe, « non » (résidents ne pratiquant pas une activité physique régulière), 16 éducateurs ont répondu que les résidents se sentaient **souvent** trop fatigués pour faire du sport. La différence entre les deux groupes n'est pas significative (ddl = 3, p = 0.102). On ne peut donc pas parler d'un lien entre la fatigue et la pratique d'un sport.

<p align="center"><i>Tableau 12</i> <i>Comparaison entre la pratique d'un entraînement physique régulier et la motivation pour la pratique sportive</i></p>						
Indicateurs	Groupes	N=	Fjamais	Khi-deux	Valeur de p	* <0.05
Question n°1	Entraînement régulier OUI	18	1	6.069	0.048	*
	Entraînement régulier NON	30	10			

L'analyse des données du tableau 12 indique que dans le groupe « oui » (résidents pratiquant un entraînement physique régulier), 1 éducateur a répondu que les résidents ne se sentaient **jamais** motivés pour pratiquer une activité physique. Dans le groupe « non », 30 éducateurs ont répondu que les résidents ne pratiquent pas un entraînement physique régulier. Dans ce groupe, 10 d'entre eux ont répondu que les résidents n'étaient **jamais** motivés à faire du sport. La différence entre les deux groupes est significative (ddl = 2, p = 0.048). On peut donc observer une tendance entre la motivation et la pratique d'un entraînement physique régulier.

Si la motivation influence la pratique régulière d'un sport, on peut logiquement penser que le plaisir influence également la pratique sportive. Le tableau ci-dessous prouve le lien significatif entre le plaisir et l'entraînement physique régulier.

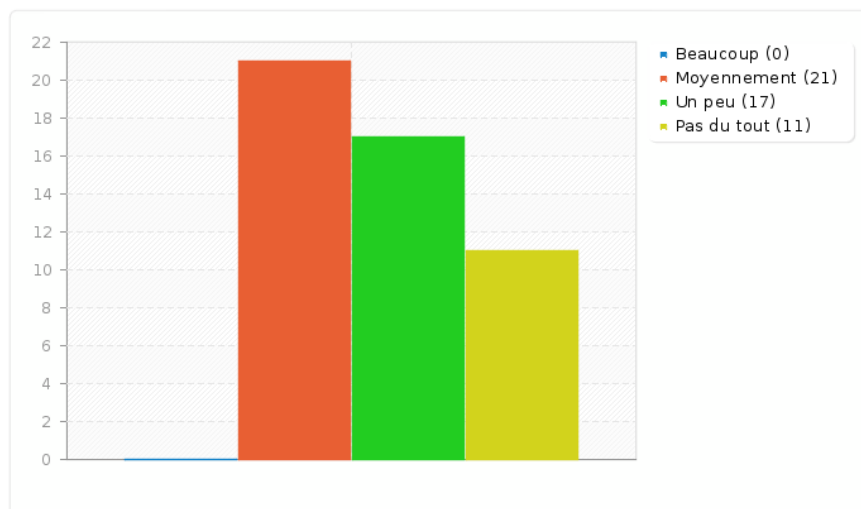
<p align="center"><i>Tableau 13</i> <i>Comparaison entre la pratique d'un entraînement physique régulier et le plaisir à la pratique sportive</i></p>						
Indicateurs	Groupes	N=	Fpeu	Khi-deux	Valeur de p	* <0.05
Question n°1	Entraînement régulier OUI	18	5	7.158	0.028	*
	Entraînement régulier NON	30	12			

Le tableau 13 illustre que dans le groupe « oui » (résidents s'entraînant régulièrement), 5 éducateurs ont répondu que les résidents avaient **peu** de plaisir à pratiquer un sport. Alors que sur 30 éducateurs du groupe « non » (résidents ne pratiquant pas un entraînement régulier), 12 ont répondu que les résidents avaient **peu** de plaisir à pratiquer une activité sportive. Ce résultat est significatif (p=0.028, ddl=2). Les résultats suggèrent donc un lien entre l'entraînement et le plaisir.

Ce constat se retrouve dans l'histogramme ci-dessous qui met en valeur le plaisir à pratiquer une activité sportive.

Fig.8: plaisir à pratiquer une activité sportive

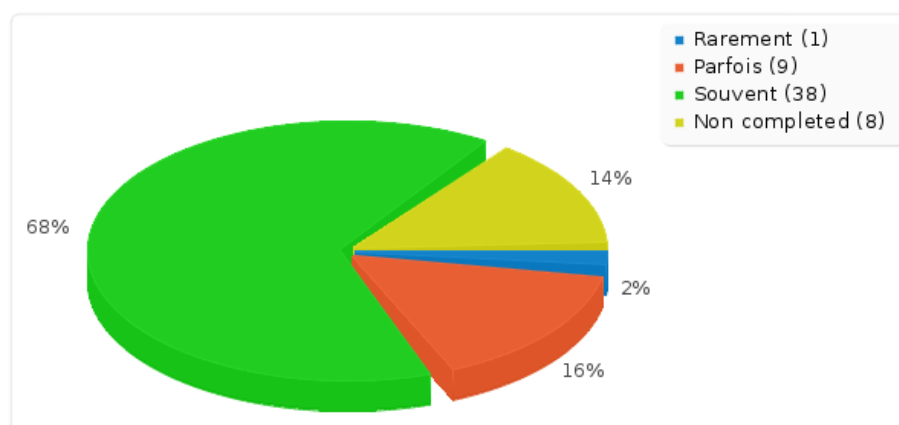
Nbre de
réponses



On constate donc que bon nombre des résidents n'aiment tout simplement pas pratiquer une activité sportive. En effet, 21 personnes (37.5%) aiment **moyennement** pratiquer une activité physique. Mais 17 d'entre elles (30.3%) n'aiment que **peu** faire du sport. Et 11 résidents (20%) disent ne **pas du tout** aimer pratiquer un sport.

Finalement, si les résidents n'aiment que peu pratiquer une activité sportive, on peut s'interroger sur leurs intérêts pendant leur temps libre.

Fig.9: temps passé devant un écran

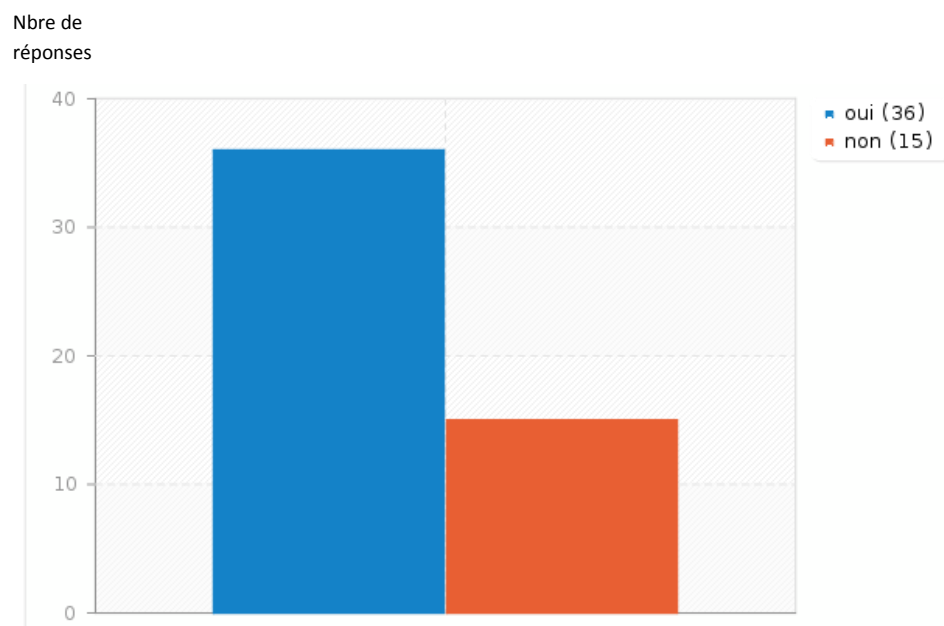


Sur la figure 9, nous pouvons observer le pourcentage des résidents qui regardent un écran de télévision, d'ordinateur [...]. Le nombre de résidents qui regardent souvent un écran est de 38 soit 68%.

Ces résultats démontrent que la faible pratique sportive des résidents influence leur poids. L'interprétation de ces conclusions se fera dans le chapitre suivant.

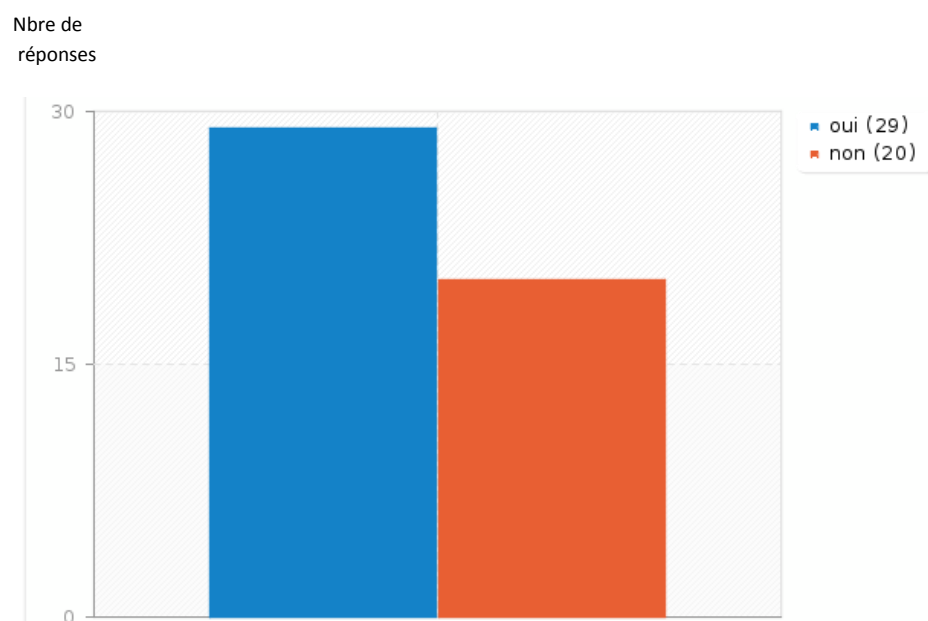
3.4.3. La promotion de la santé

Fig.10: Sensibilisation à l'importance d'une alimentation équilibrée



La figure 10 illustre que 36 éducateurs, soit 65%, disent sensibiliser les résidents à l'importance d'une alimentation équilibrée. 15 éducateurs, soit 27%, ne sensibilisent pas les résidents.

Fig.11: Sensibilisation à l'importance d'une pratique sportive régulière



La figure 11 illustre que 29 éducateurs (52%) répondent sensibiliser les résidents à l'importance d'une pratique sportive contre 20 éducateurs (36%) qui ne le font pas.

La sensibilisation est donc présente dans les institutions. Mais varie-t-elle selon les établissements ?

Tableau 14					
Comparaison entre la sensibilisation à l'importance d'une alimentation équilibrée et le lieu de travail des éducateurs					
Indicateurs	Groupes	N=	Khi-deux	Valeur de p	<0.05
Question n°1	Sensibiliser OUI	33	17.482	0.004	*
	Sensibiliser NON	13			

Tableau 15					
Comparaison entre la sensibilisation à l'importance d'une pratique sportive régulière et le lieu de travail des éducateurs					
Indicateurs	Groupes	N=	Khi-deux	Valeur de p	<0.05
Question n°1	Sensibiliser OUI	26	21.568	0.001	*
	Sensibiliser NON	20			

La différence est significative ($p=0.004$, $ddl=5$). On peut donc conclure qu'il existe un lien entre la sensibilisation des résidents à une alimentation équilibrée et l'institution. Il est également établi que le fait de sensibiliser les résidents à pratiquer une activité sportive régulière dépend de l'institution ($p=0.001$, $ddl=5$).

Analysons s'il existe une différence des moyens mis en œuvre afin de promouvoir la santé dans chacun des établissements.

Tableau 16					
Comparaison entre le lieu de travail des éducateurs et les moyens afin de promouvoir la santé					
Indicateurs	Groupes	N=	Khi-deux	Valeur de p	<0.05
Question n°1	Moyens OUI	36	6.939	0.225	
	Moyens NON	10			

L'analyse du tableau 16 indique que les moyens afin de promouvoir la santé sont indépendants des institutions. La différence entre les deux groupes n'est, en effet, pas significative ($p=0.225$, $ddl=5$). On peut donc conclure qu'il n'y a pas de lien entre le lieu de travail et les moyens mis en œuvre par les institutions afin de promouvoir la santé.

Ce lien étant inexistant, nous pouvons comparer les moyens à disposition avec le fait de sensibiliser les résidents à une alimentation équilibrée.

Tableau 17						
Comparaison entre les moyens afin de promouvoir la santé et le fait de sensibiliser les résidents à une alimentation équilibrée						
Indicateurs	Groupes	N=	Foui	Khi-deux	Valeur de p	<0.05
Question n°1	Oui	33	30	1.0980	0.001	*
	non	13	6			

Le tableau 17 révèle que dans le groupe « oui » (l'institution a les moyens de promouvoir la santé), 30 éducateurs disent sensibiliser les résidents à une alimentation équilibrée. Dans le groupe « non » (l'institution n'a pas les moyens de promouvoir la santé), 6 éducateurs ont affirmé sensibiliser les résidents à une alimentation équilibrée. La différence entre les deux groupes est significative (khi-deux = 1.0980, ddl = 1, p = 0.001). On peut donc conclure qu'il y a un lien significatif entre le fait d'avoir les moyens de promouvoir la santé et le fait de sensibiliser les résidents à une alimentation équilibrée.

Effectuons cette même analyse avec la sensibilisation à la pratique sportive régulière.

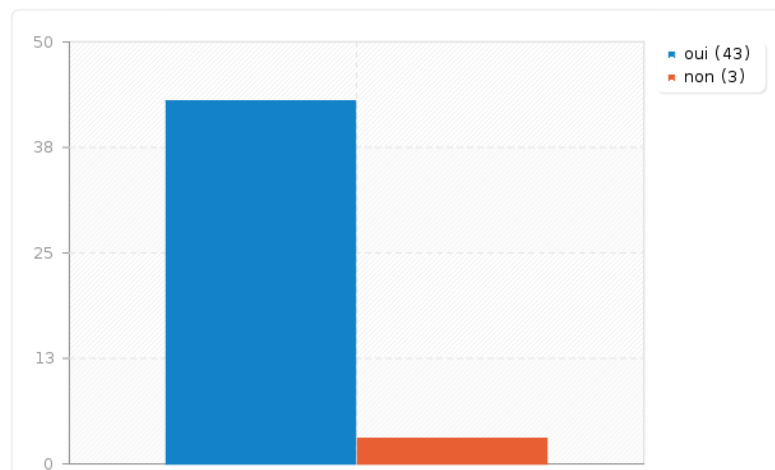
Tableau 18						
Comparaison entre les moyens de promouvoir la santé et la sensibilisation des résidents à la pratique sportive						
Indicateurs	Groupes	N=	Foui	Khi-deux	Valeur de p	*<0.05
Question n°1	Oui	26	24	0.6935	0.008	*
	Non	20	12			

Comme ci-dessus, le tableau 18 affirme qu'il y a un lien significatif (khi-deux = 0.6935, ddl = 1, p = 0.008) entre le fait d'avoir les moyens de promouvoir la santé et la sensibilisation des résidents à la pratique régulière d'un sport.

Terminons cette analyse afin de savoir si les institutions pèsent régulièrement les résidents.

Fig.12: peser régulièrement les résidents

Nbre de réponses



La figure 12 illustre que 43 éducateurs soit 77% pèsent régulièrement les résidents. En effet, seuls 5 % des éducateurs ne les pèsent pas régulièrement.

Les résultats de ce point 3.4.3, démontrent que la troisième hypothèse formulée est validée. En effet, la promotion de la santé n'est pas présente au sein de tous les établissements.

Reprenons ces résultats afin de les interpréter dans le chapitre suivant.

3.5 INTERPRETATIONS ET DISCUSSIONS

Cette partie permettra de reprendre les résultats listés ci-dessus et de les commenter.

3.5.1. *L'alimentation et la santé*

La première hypothèse s'intéressait au lien « surpoids-alimentation ». Le tableau 7 a mis en évidence une tendance entre la consommation de desserts et le pourcentage de résidents en surpoids. Les pâtisseries et viennoiseries sont, selon Montclar (2006), « addictives et profondément destructrices ». En effet, ces desserts sont mauvais pour l'organisme. Ils contiennent de nombreux produits toxiques tels que sucre, graisses saturées, beurre, margarine, colorant chimique, additifs [...].

Une autre tendance découverte, est la consommation des mets prêt-à-servir.

Cette attitude peut résulter d'un manque de temps de la part des éducateurs ou des résidents. Leur quantité de travail étant suffisamment importante, ils placent leurs priorités dans d'autres domaines. Nous pouvons dès lors faire le lien avec le point précédent : s'il y a un manque de temps, tout porte à croire que les desserts (pâtisseries, viennoiseries) sont achetés et non « faits maison », ce qui accroît la nocivité de la consommation de ces mets.

Les résultats démontrent également que les éducateurs consultent peu les étiquettes des valeurs nutritives des aliments. Ils ne sont peut-être pas suffisamment formés à comprendre ce genre d'informations. Le tableau 8 montre un lien entre la consommation des mets prêt-à-servir et le fait de peu consulter les étiquettes. Le fait de comprendre les étiquettes pourraient sensibiliser les éducateurs aux « poisons » contenus dans ces mets. En effet, la moitié des résidents consomment moins d'une fois par semaine des plats prêt-à-servir. Mais 36 % en consomment tout de même 1 à 2 portions par semaine. Ce chiffre reste malgré tout très élevé étant donné que ces plats contiennent une grande quantité de sel et souvent peu de substances nutritives telles que les protéines ou les vitamines. De ce fait, le nombre de ces repas devraient encore diminuer afin de laisser la place au menu sain et élaboré « fait maison ».

Au niveau des boissons, l'analyse relève le fait que le poids des résidents n'est pas influencé par la consommation d'eau. Ce lien n'est donc pas prouvé. Pourtant, la consommation d'eau est souvent liée au poids. Rousseau (2006) écrit sur son site e-santé, que l'eau est une alliée minceur. L'eau a de nombreux bénéfices. Elle ne contient aucune calorie. Elle aide à drainer les déchets métaboliques. Elle a des effets sur la satiété. En effet, elle remplace le grignotage et procure une sensation d'estomac plein et apporte des minéraux.

Le lien entre les boissons sucrées et le pourcentage de résidents en surpoids n'est également pas prouvé. Pourtant, il est important de savoir que diverses mesures sont mises en place dans certaines institutions, afin de réduire le poids des résidents, en diminuant la quantité de boissons sucrées et en augmentant la consommation d'eau. Selon le site doctissimo, le docteur Nancy Zenou écrit que « les boissons sucrées seraient même très néfastes pour la santé ». Une idée largement véhiculée dans la société, affirme que le fait de boire des boissons sucrées réduirait la quantité d'aliments ingérés. Mais selon le docteur Nancy Zenou, cette idée est fausse. Elle affirme que les boissons sucrées n'auraient aucun effet sur le rassasiement. D'après elle, « les calories des boissons s'ajoutent aux calories des repas et comptent toujours en plus ». Selon Apovian (2004, cité par Reymond, 2007, p.196), « de nombreuses études offrent des preuves scientifiquement fortes que l'excès de calories apportées par les sodas contribue directement à l'épidémie d'obésité et celle de diabète de type 2 [...]. Réduire la consommation de ces boissons sucrées est peut-être la seule et meilleure chance de stopper l'épidémie d'obésité ». Selon Hu, (2006, cité par Reymond, 20007, p.196), « l'absorption quotidienne d'une canette de soda se traduisait, au bout d'un an, par une prise de poids de sept kilos ».

Ces analyses suggèrent donc que notre première hypothèse est rejetée. Le surpoids des résidents n'est ni lié à la façon de se nourrir ni à la façon de se désaltérer. Une augmentation de la consommation d'eau et une diminution de la consommation de boissons sucrées pourraient tout de même être une première étape dans cette lutte contre le surpoids.

3.5.2. Le mouvement et la santé

La pratique sportive régulière se définit par un effort physique pratiqué 1 à 2 fois par semaine durant 30 minutes.

L'analyse des données (cf. tableau 12) annonce un lien entre la motivation et la pratique d'un entraînement physique régulier. En effet, selon Cox (2013, p.37), « la littérature sportive et l'histoire populaire regorgent d'exemples de sportifs parvenus au sommet non pas grâce à des qualités physiques [...] mais en raison d'un feu sacré plus fort que jamais ». Il est important de rappeler que la motivation naît d'un phénomène tel que vouloir ressembler à un certain modèle sportif. Si l'on part de ce qui a été exposé dans la partie théorique, à savoir que les familles (univers premier des personnes en situation de handicap) craignent qu'une activité sportive puisse les fragiliser davantage, difficile à l'âge adulte de les motiver aux bienfaits du sport.

Dans le chapitre 2.3.3, nous avons relevé que les résidents sont sensibles à la fatigue. En effet, leur travail, leurs tâches quotidiennes leur demandent davantage d'énergie. De ce fait, ils souffrent d'une plus grande fatigue et préfèrent souvent se reposer plutôt que de pratiquer une activité sportive. En effet, selon la figure 9, 38 résidents soit 68% regardent souvent un écran de télévision ou d'ordinateur. Ceci confirme donc l'envie de se reposer plutôt que de pratiquer une activité sportive. Mais le fait de regarder la télévision ne pourrait-il pas être un moyen de promouvoir la santé ? L'institution pourrait-elle diffuser un film ludique sur l'hygiène de vie afin de promouvoir le fait de manger sainement et bouger régulièrement ?

Selon Solano (2006) sur le site e-santé « la télévision a un important impact sur les comportements alimentaires ». Ce phénomène est, de plus, couplé à la diminution de l'activité physique. Solano explique que « chaque heure passée devant la télévision augmente la quantité de calories ingérées ». Elle souligne également le fait que « l'équilibre alimentaire est perturbé, puisque cette alimentation comprend alors plus d'aliments vantés par la publicité sur ce petit écran : il s'agit d'aliments très denses en calories et très pauvres en nutriments ».

Ces analyses prouvent que notre deuxième hypothèse est validée. Le surpoids des résidents est lié au manque de pratique sportive. Une utilisation accrue des escaliers et une préférence pour la marche plutôt que pour les transports publics, seraient une deuxième étape dans cette lutte contre le surpoids.

3.5.3. La promotion de la santé

Les résultats de la figure 10 et 11 illustrent un pourcentage plus important d'éducateurs qui sensibilisent les résidents à une alimentation équilibrée comparé à une pratique sportive régulière. Cette sensibilisation se fait de différentes manières telles que des entretiens, des échanges et un travail sur la responsabilisation. Les éducateurs accompagnent également les résidents dans le choix des aliments et l'élaboration de la liste des courses. Ils mettent en évidence les tableaux des fruits et légumes selon la saison ainsi que la pyramide alimentaire. Un éducateur a tout de même relevé le fait qu'il était « trop difficile » de les sensibiliser car ils ne comprendraient pas. D'après cette personne, le résident pense « si j'ai pas mal, c'est que je vais bien ». Cette dure réalité rend le travail de sensibilisation de l'éducateur très difficile. Un fossé, parfois énorme (lié à l'importance du handicap), nécessite des années de travail pour concilier : choix personnel, goût, compétence et valorisation du résident.

L'analyse des tableaux 14 et 15 montre un lien entre la sensibilisation et le lieu de travail. Il y a un lien entre les différentes institutions et le fait de sensibiliser les résidents à une alimentation équilibrée et à la pratique régulière d'un sport. Certaines institutions n'ont aucun programme de promotion de la santé. Il est intéressant de relever qu'au sein d'une même institution, certains disent sensibiliser les résidents à vivre de manière saine alors que d'autres disent ne pas les rendre attentifs à cet aspect. Il serait possible de lire dans ce résultat que la sensibilisation dépend de l'intérêt même de l'éducateur pour une alimentation saine et une pratique sportive. Il est possible de supposer qu'il utilise ses propres connaissances afin de sensibiliser les résidents. En effet, chaque éducateur formé ou non formé, s'engage dans la profession et apporte une part personnelle (manière de se nourrir, engagement sportif, etc.). Au travers des échanges avec les résidents, il va livrer certaines facettes de sa personne et, peut-être, proposer un partage de nouvelles découvertes. Notons aussi qu'il serait bénéfique que les institutions adoptent une ligne de conduite identique pour tous et forment les éducateurs en ce sens.

Il n'y a, par contre, aucun lien entre le lieu de travail et les moyens à disposition dans la promotion de la santé. On peut donc conclure qu'il n'y pas de différence notable entre les villes et les villages quant aux moyens mis à disposition afin de promouvoir la santé dans les institutions.

Les moyens mis à disposition afin de promouvoir la santé influencent, par contre, directement le fait de sensibiliser les résidents à une alimentation équilibrée ou à la sensibilisation d'une pratique sportive régulière. Ces informations nous mènent à la conclusion que toutes les institutions ont des moyens à disposition afin de promouvoir la santé. Pourtant, les résultats montrent également qu'au sein d'une même institution, certains éducateurs disent avoir les moyens de promouvoir la santé alors que d'autres disent ne pas avoir les moyens. Nous pouvons émettre l'hypothèse que le manque de promotion peut être dû à un manque de temps de la part des éducateurs, un manque de formation des éducateurs ou un manque d'intérêt et d'envie d'informer les résidents.

La promotion de la santé est avant tout du ressort de l'institution et des valeurs véhiculées par celle-ci. Il serait donc bénéfique, comme déjà dit ci-dessus, que les institutions adoptent une ligne de conduite identique pour tous.

Les éducateurs sont nombreux à peser les résidents. Ils sont en effet 75% à les peser contre seulement 5% à ne pas le faire. Comme nous l'avons précisé dans le chapitre 2.4.2, il est

important que les éducateurs demeurent attentifs aux résidents. Cette observation régulière permettra, en effet, de détecter différents comportements liés à la nutrition tels que les vomissements, la frénésie alimentaire, [etc.]. Les éducateurs ont notamment la possibilité de consulter des médecins, diététiciens, [etc.], afin de les conseiller lors d'importantes fluctuations de poids chez les résidents. Mais, il est clair que dans un premier temps, l'éducateur prendra du temps pour observer, questionner et discuter du problème avec le résident afin de le responsabiliser face à son problème.

Lors de grandes fluctuations de poids, les éducateurs disent peser les aliments, réduire les portions et limiter le service. Les éducateurs sensibilisent également les résidents à bouger davantage, comme augmenter la durée de la promenade ou préférer les escaliers à l'ascenseur.

Ces analyses prouvent donc que notre dernière hypothèse est validée. La promotion de la santé n'est pas présente dans toutes les institutions. Afin que la promotion se répande auprès de tous les éducateurs dans une même institution, un fil rouge commun entre tous les éducateurs serait un bon moyen.

3.6 CONCLUSION

Au début de ce travail, différents aspects théoriques autour de l'alimentation et du mouvement ont été développés. Ces thématiques ont permis de poser la problématique suivante : « les activités sportives et les besoins alimentaires font-ils partie des inquiétudes des institutions ? ». Afin de répondre à cette problématique, des questionnaires ont été développés et distribués.

Les résultats de cette recherche sont multiples.

En effet, ils mettent en évidence que la promotion de la santé n'est pas suffisamment présente dans toutes les institutions ni auprès de tous les éducateurs.

Il ressort également que le surpoids n'est pas lié à l'alimentation mais plutôt au manque de pratique sportive.

Mais la santé n'est pas seulement liée au bien-être physique. Selon Perera (1997, p.74) «Tous cherchent à satisfaire un besoin = se nourrir ! Mais de quoi ? Certains se nourrissent que d'aliments proprement dits alors que d'autres en plus ont besoin de se nourrir de relation, de contacts, d'affection ». Les résidents devraient donc accéder à un équilibre non seulement alimentaire, mais également social.

Selon Gaillard et Andrieu (2010, p.304), ils citent une étude faite par Fujiura et al. en 1997. Ils avaient conclu « que les relations sociales et la possibilité d'accès aux activités de loisirs peuvent avoir un effet plus important sur le poids des personnes trisomiques que l'alimentation et l'activité physique ».

En effet, les loisirs rimant souvent avec rencontre, il est facile d'imaginer que ces activités peuvent être source de réjouissance et, en cascade apporter son lot de bienfaits. C'est en effet ce que pourrait conclure ce travail. La simple participation sportive peut déjà avoir un impact positif sur la santé physique ou psychique de la personne. En effet, plusieurs études (Duvdevany et Arar, 2004 ; Eberhard, 2006 ; Hawkins et Look, 2006 ; cité par Grandisson et al., 2010, p.60) ont déjà mis en évidence «une amélioration de la santé, de l'estime de soi ainsi que des habiletés sociales et sportives grâce à la participation sportive ».

Comme nous l'avons déjà mentionné, le changement suit son cours, mais il faudra encore du temps pour que les mentalités évoluent.

4. Bibliographie

4.1 Listes bibliographiques

- Brunet F. & Bui-Xuân G. (1999). Handicap mental, troubles psychiques et sport. coédition FFSA-AFRAPS.
- Chevallier L. (2003). Nutrition : principes et conseils. Paris : MASSON.
- Cornet P. & Masseboeuf N. (2006). Le guide de nutrition et santé : [alimentation équilibrée et compléments alimentaires]. Vidal.
- Cornillier Y. & Korsia-Meffre S. (2008). Le guide des compléments alimentaires : [antioxydants, oméga 3, vitamines, minéraux...]. Vidal.
- Cox R. (2013). Psychologie du sport. De boeck.
- Gindre C. (2007). Le Vivant et l'Entraînement. édition Volodalen.
- Häberli R., Hager M., Häusermann S., Hehl M., Nell R., Schiltknecht S. (2008). Mouvement, jeux et sport avec des personnes handicapées. éd PLUSPORT.
- Jaquet Jeannet M. & Guélat N. (2010). Evaluation du questionnaire. éd Procap bouge.
- Javeau C. (1971). L'enquête par questionnaire. Edition de l'Institut de Sociologie.
- Juhel J-C. (2012). La personne ayant une déficience intellectuelle. Presse de l'université Laval. Quebec.
- Le Roy J. & Pierrette M. (2012). Petit manuel méthodologique du questionnaire de recherche. éd Enrick.
- Marcellini A. (2005). Dossier « Handicaper » Education corporelle et handicap. éd l'Harmattan.
- Picq L. & Vayer P. (1976). Education psycho-motrice et arriération mentale. Paris : DOIN.
- Ragi T., Gasparini W., Moro A. et all. (2003). Sports et intégration sociale. éd L'Harmattan.
- Reymond W. (2007). Toxic : obésité, malbouffe, maladie : enquête sur les vrais coupables. Paris : Flammarion
- Rullier B. (2004). L'hygiène alimentaire. Paris : NATHAN.

4.2 Articles publiés dans une revue

- Beudels W. (2010). Bewegung, Spiel und Sport: Wie aktivieren wir Kinder mit Behinderung?. *Praxis der Psychomotorik Jg, 35*, 124-131.
- Bilard J., Ninot G., Varray A. (2003). Enseigner et animer les activités physiques adaptées. *Dossier EP.S, N°55*, 135-137.
- Brunet F., Bui-Xuân G., Bluteau S. (2003). Enseigner et animer les activités physiques adaptées...aux personnes déficientes intellectuelles. *Dossier EPS, n°55*, 134-139.
- Burrows L. (2012). De la théorie à la pratique : APA et postructuralisme. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, n°58*, 16-23.
- Callède J-P. (2007). Être comme les autres, grâce à l'éducation physique et sportive. *Reliance : revue des situations de handicap, de l'éducation et des sociétés, 24*, ERES, 64-71.

- Cervantes C.M., Porretta D.L. (2010). Physical activity measurement among individuals with disabilities : a literature review. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 27, 173-190.
- Grandisson M., Tétreault S., Freeman A. (2010). Le sport : promoteur de la santé et de la participation sociale en déficience intellectuelle. *Revue Francophone de la déficience intellectuelle*, volume 21, 54-65.
- Guye A-M. (2012). Développement moteur : de la naissance à l'acquisition de la marche & l'importance de l'acquisition du contrôle de la tête. *Classeur Plusport*, 1-5.
- Hegner J. (2006). Théorie de l'entraînement Jeunesse+Sport. Office fédéral du sport Macolin.
- Lecocq G. (2012). Inclure grâce aux activités physiques adaptées : oui, mais à quel prix ?. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n°58, 51-61.
- Meynaud F. (2007). Education physique et sportive et situation de handicap. *Reliance : revue des situations de handicap, de l'éducation et des sociétés* 24, ERES, 32-35.
- Meynaud F. (2007). Vers une éducation physique et sportive incluse. *Reliance : revue des situations de handicap, de l'éducation et des sociétés* 24, ERES, 92-97.
- Morhain Y. & Ayotte R. (2003). Enseigner et animer les activités physiques adaptées... aux personnes présentant des troubles du comportement alimentaire : Anorexie et boulimie. *Dossier EP.S*, N°55, 111-120.
- Ramanantsoa M.-M. & Legros P. (1999). Activités Physiques Adaptées. *revue EP.S*, 135-152.
- Silva C. (2012). Qu'apporte aux activités physiques adaptées l'approche par le développement humain et les capacités ?. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n°58, 39-49.

4.3 Travaux non publiés

- Travail de diplôme non publié : Gerbex V. (2001). *La motivation au sein de trois équipes éducatives travaillant dans un home pour personnes handicapées mentales*. Trav. de dipl non publié. Faculté des Lettres. Université de Fribourg.
- Travail de diplôme non publié : Perera R. (1997). *Manger en institution ou l'importance de la nourriture et des repas pour des jeunes vivants en institution*. Trav. de dipl non publié. Ecole supérieure de travail social de Fribourg.

4.4 Références électroniques

- Global Physical Activity Questionnaire*. Surveillance and Population-Based Prevention. World Health Organization. Geneva. Consulté le 3.10.2012. Disponible sur : www.who.int/chp/steps
- La pyramide alimentaire*. Consulté le 9.11.2012. Disponible sur : www.sge-ssn.ch/pyramide-alimentaire
- L'égalité en Suisse*. Consulté le 26.10.2012. Disponible sur : <http://www.insieme.ch/fr/handicap-mental/droit-et-egalite/legalite-en-suisse/>

4.4.1 Version électronique d'un article de revue imprimé

Bommelaer, G. & Monzy, F., (2006). Bilan diagnostique d'une dysphagie. Acta Endoscopica, Volume 36, n°4. Consulté le 26.10.2012. Disponible sur :

http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/6959/actaend_2006_4_519-531.pdf

Gazareth, P., (2009). Visages du handicap : Personnes pouvant être considérées comme handicapées selon différentes définitions. Office fédéral de la statistique de Neuchâtel.

Consulté le 18.12.2012. Disponible sur :

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=3784>

Gazareth, P., (2011). Egalité pour les personnes handicapées. Office fédéral de la statistique de Neuchâtel. Consulté le 18.12.2012. Disponible sur :

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/20/22/publ.html?publicationID=4594>

Lamprecht, M., König, C., Stamm, H., (2006). Egalité des chances face à la santé. Promotion Santé Suisse. Consulté le 19.12.2012. Disponible sur :

http://www.hepa.ch/internet/hepa/fr/home/dokumentation/dokumente_gesundheit.parsys.15586.downloadList.59303.DownloadFile.tmp/chancengleichheitfr.pdf

Losego, S.V., (2012). L'égalité des personnes handicapées : culture. Bureau fédéral de l'égalité pour les personnes handicapées. Consulté le 12.12.2012. Disponible sur :

<http://www.edi.admin.ch/shop/00016/05314/05379/index.html?lang=fr>

Montclar, C., (2008). Aliments toxiques... Consulté le 19.05.2013. Disponible sur :

http://www.parolesvivantes.com/sante_aliments_toxiques.htm#patisseries

Rousseau, N., (2006). Eau et régime : mythes et réalités. Consulté le 18.5.2013. Disponible sur : <http://www.e-sante.be/eau-regime-mythes-realites/actualite/817>

Solano, C., (2006). Pourquoi la télévision fait grossir ?. Consulté le 18.5.2013. Disponible sur : <http://www.e-sante.fr/pourquoi-televison-fait-grossir/actualite/1173>

Stamm, H., Wiegend D., Lamprecht, M., (2011). Recueil de questions standards pour les enquêtes dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique. Consulté le 3.10.2012. Disponible sur :

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/11536/index.html?lang=fr

Szapiro, N., (2010). Ataxie. Consulté le 26.10.2012. Disponible sur :

<http://www.doctissimo.fr/html/sante/encyclopedie/ataxie.htm>

Van der Linde, F., (2006). Renforcer la promotion de la santé et la prévention. Promotion Santé Suisse. Consulté le 18.12.2012. Disponible sur :

http://www.hepa.ch/internet/hepa/fr/home/dokumentation/dokumente_gesundheit.parsys.15586.downloadList.13303.DownloadFile.tmp/praeventionstaerkenfr.pdf

Wiesli, R. & Simos, J., (2010). Promouvoir la santé et prévenir maladies et accidents.

Promotion Santé Suisse. Consulté le 19.12.2012. Disponible sur :

http://www.ne.ch/neat/documents/social/publique/public_6105/prevention_files/A4ArgumentairePromotionsant.pdf

4.4.2 Document publié sur Internet sans mention de l'auteur

Questionnaire sur les habitudes de vie, valable dès 2008. Institut de recherches cliniques de Montréal. Consulté le 3.10.2012. Disponible sur :

<http://www.ircm.qc.ca/CLINIQUE/educoeur/Documents/questionnaire.pdf>

Décollement de la rétine, valable dès le 1.07.2009. Mediscope. Consulté le 2.06.2013.
Disponible sur :
http://www.santeweb.ch/santeweb/Maladies/khb.php?Decollement_de_la_retine&khb_data_id=2&khb_lng_id=2&khb_content_id=18375

4.4.3 Document isolé sur Internet, sans mention de la date

Brombach C., Cholmakow-Bodechtel C., *Fragebogen nationale Verzehrsstudie II „Was esse ich“*. Consulté le 3.10.2012. Disponible sur : http://www.was-esse-ich.de/uploads/media/NVS_II_Fragebogen.pdf

Guélat N., Häusermann S., *Principes de base et recommandations : Mouvement – santé et handicap*. Consulté le 2 avril 2013. Disponible sur : http://www.procap-bewegt.ch/uploads/media/F_Empfehlung_Procap_bewegt_Bewegung_01.pdf
htm

Jaquet-Jeannet M., Zielmann I., *Principes de base et recommandation : Alimentation – santé et handicap*. Consulté le 2 avril 2013. Disponible sur : http://www.procap-bewegt.ch/uploads/media/F_Empfehlung_Procap_bewegt_Ernaehrung_03.pdf

Zenou N., *Buvez détox !*. Consulté le 18.5.2013. Disponible sur :
<http://www.doctissimo.fr/html/nutrition/dossiers/cure-detox/articles/11613-boire-detox.htm>

4.4.4 Document/Script tiré du site internet d'une haute école

Abdul D., (2008-2009). *Nutrition*. Consulté le 11.09.2012 depuis le site internet du domaine des sciences du sport et de la motricité de la faculté des sciences du sport de l'Université de Fribourg. Disponible sur moodle.

Classeur de l'Office fédéral du sport OFSP, Sport des adultes Suisse, Sport Handicap Suisse, plusport

Gembris-Nübel R., (2002). *Fragen zu Gesundheit und Behinderung*. Consulté le 3.10.2012 depuis le site internet de l'université de Bielefeld.

Rouvenaz A., (2008-2009). *Théorie des principes d'entraînement I*. Consulté le 21.09.2012 depuis le site internet du domaine des sciences du sport et de la motricité de la faculté des sciences du sport de l'Université de Fribourg. Disponible sur moodle.

Stommel P., (2010). *Ernährung bei Behinderung*. Consulté le 2.09.2012. Disponible sur :
http://www.spi.nrw.de/behiau3/papiere/ws7/ws7_vortrag%20stommel.pdf

5. DECLARATION PERSONNELLE

"Je sous-signé-e certifie avoir réalisé le présent travail de façon autonome, sans aide illicite quelconque. Tout élément emprunté littéralement ou mutatis mutandis à des publications ou à des sources inconnues, a été rendu reconnaissable comme tel."

Fribourg, le 5 juin 2013

Signature : Carmen Page

6. DROITS D'AUTEUR

"Je sous-signé-e reconnais que le présent travail est une partie constituante de la formation en Sciences du Mouvement et du Sport à l'Université de Fribourg. Je m'engage donc à céder entièrement les droits d'auteur - y compris les droits de publication et autres droits liés à des fins commerciales ou bénévoles - à l'Université de Fribourg.

La cession à tiers des droits d'auteur par l'Université est soumise à l'accord du (de la) sous-signé-e uniquement.

Cet accord ne peut faire l'objet d'aucune rétribution financière."

Fribourg, le 5 juin 2013

Signature : Carmen Page

7. Annexe

7.1 Annexe 1 : Exemple vierge du questionnaire distribué

12/02/13

LimeSurvey - Questionnaire travail de master

Questionnaire travail de master

Je travaille actuellement sur mon mémoire de fin d'étude avec le soutien de procap.
Mon projet s'intitule "manger et bouger au sein des institutions". Le but étant de définir le degré d'importance de la prévention accordé aux thématiques de l'alimentation et du mouvement au sein de certaines institutions du canton de Fribourg.

Merci à tous de prendre le temps de répondre à ce questionnaire jusqu'au bout. Il dure 8 minutes environ.

Merci d'y répondre au plus proche de votre pratique professionnelle. **Merci de répondre en prenant en compte la moyenne de votre groupe de résidents.**

Vos données seront traitées de manière confidentielle.

Ne prenez pas en compte les consignes rédigées en anglais !

There are 54 questions in this survey

Section alimentation

Voici une liste de questions qui tente d'évaluer le mode de vie des résidents.

Veuillez cocher la réponse qui représente le mieux les habitudes actuelles de votre groupe de résidents.

1 [1] Les résidents de votre groupe ont-ils déjà rencontré un(e) diététicien(ne) dans le passé ? *

Please choose all that apply:

- ☐ oui
☐ non

2 [2] Certains résidents suivent-ils actuellement un régime alimentaire particulier ? *

Please choose all that apply:

- ☐ oui
☐ non

3 [2A] Si oui, lequel ?

Please write your answer here:

4 [3] Combien de repas les résidents prennent-ils par jour ? *

Please choose all that apply:

- ☐ 3 repas / jour
- ☐ 4 repas / jour
- ☐ 1 ou 2 repas / jour

5 [4] Mangent-ils entre les repas ? *

Please choose all that apply:

- ☐ Non, ils mangent une collation si besoin est
- ☐ Ils mangent généralement en soirée
- ☐ Ils grignotent très souvent entre les repas

6 [5] Où chacun des repas principaux de la journée sont-ils pris le plus souvent ? *

Please choose the appropriate response for each item:

	à la maison / groupe de vie	à la cantine	snack sur place : sandwich, boulangerie, ...	restaurant
matin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
midi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
soir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7 [6] Lorsqu'ils prennent leur repas principaux dans la journée, ont-ils suffisamment de temps pour manger? *

Please choose the appropriate response for each item:

	Oui	Non
matin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
midi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
soir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

suffisamment = 35-40 minutes

8 [7] Consomment-ils des mets prêt-à-servir ? *

Please choose all that apply:

- ☐ Moins d'une fois par semaine
- ☐ 1 à 2 fois par semaine
- ☐ 3 fois par semaine et plus

9 [8] Combien de légumes consomment-ils ? *

Please choose all that apply:

- ☐ 4 portions et plus par jour
- ☐ 2 à 3 portions par jour
- ☐ 1 portion ou moins par jour

1 portion = 1 légume moyen, 1/2 tasse de légumes frais ou surgelés

10 [9] Combien de fruits consomment-ils ? *

Please choose all that apply:

- ☐ 3 portions ou plus par jour
- ☐ 2 portions par jour
- ☐ 1 portion ou moins par jour

1 portion = 1 fruit moyen , 1/2 tasse fruits frais ou surgelés ou 1/2 tasse de jus de fruits frais

11 [10] Quelle est leur portion de viande par repas ? *

Please choose all that apply:

- ☐ 1 portion ou moins par repas
- ☐ 1 ou 2 portion(s) par repas
- ☐ 2 portions ou plus par repas

1 portion = 100g

12 [11] Mangent-ils des charcuteries ou des viandes grasses ? *

Please choose all that apply:

- ☐ Moins d'une fois par semaine
- ☐ 1 à 2 fois par semaine
- ☐ 3 fois et plus par semaine

ex. lard, saucisse, saucisson, salami, pâté,...

13 [12] Mangent-ils du poisson non pané ? *

Please choose all that apply:

- ☐ 1 fois ou plus par semaine
- ☐ occasionnellement
- ☐ jamais

14 [13] Mangent-ils du fromage ? *

Please choose all that apply:

- ☐ 2 fois ou moins par semaine
- ☐ 3 à 4 fois par semaine
- ☐ 5 fois et plus par semaine

1 portion = 30g ou 30ml

15 [14] Quelle proportion les produits céréaliers ou les féculents occupent-ils dans leur assiette à midi? *

Please choose all that apply:

- ☐ 1/4 de l'assiette
- ☐ 1/2 de l'assiette
- ☐ plus de la moitié de l'assiette

ex. pâtes alimentaires, riz, couscous, pomme de terre, ...

16 [15] Quelle proportion les produits céréaliers ou les féculents occupent-ils dans leur assiette le soir? *

Please choose all that apply:

- ☐ 1/4 de l'assiette
- ☐ 1/2 de l'assiette
- ☐ plus de la moitié de l'assiette

ex. pâtes alimentaires, riz, couscous, pomme de terre, ...

17 [16] Choisisent-ils des produits céréaliers faits de grains entiers ? *

Please choose all that apply:

- ☐ toujours
- ☐ à l'occasion
- ☐ jamais

ex. pain de blé entier, céréales riches en fibres, riz brun...

18 [17] A quelle fréquence consomment-ils des produits de boulangerie ? *

Please choose all that apply:

- ☐ 1 fois ou moins par semaine
- ☐ 2 à 3 fois par semaine
- ☐ 4 fois ou plus par semaine

ex. brioches, croissants, ...

19 [18] A quelle fréquence consomment-ils des desserts commerciaux ou sucreries? *

Please choose all that apply:

- ☐ 2 fois ou moins par semaine
- ☐ 3 ou 4 fois par semaine
- ☐ 5 fois ou plus par semaine

ex. barres tendres, biscuits, crème glacée, gâteaux, pâtisseries, tartes, bonbons, chocolat, ..

20 [19] Quelle est leur consommation journalière d'eau ? *

Please choose all that apply:

- ☐ moins de 240 ml par jour
- ☐ entre 240 et 500 ml par jour
- ☐ plus de 500 ml par jour

21 [20] Boivent-ils des boissons sucrées? *

Please choose all that apply:

- ☐ moins de 240 ml par jour
- ☐ entre 240 et 500 ml par jour
- ☐ plus de 500 ml par jour

ex. jus ou boisson aux fruits, boisson gazeuse sucrée ou boisson énergisante, thé glacé,...

22 [21] Consomment-ils de l'alcool ? *

Please choose all that apply:

- ☐ jamais
- ☐ 1 consommation par semaine
- ☐ 2 consommations ou plus par semaine

1 consommation = 1 bière, 150 ml de vin

23 [22] Consomment-ils des aliments enrobés de sel? *

Please choose all that apply:

- ☐ 1 fois ou moins par semaine
- ☐ 2 à 3 fois par semaine
- ☐ 4 fois ou plus par semaine

ex. pop corn, bretzels, noix ou graines salées...

24 [23] Ajoutent-ils du sel à leurs aliments ? *

Please choose all that apply:

- ☐ Jamais
- ☐ Occasionnellement/ avec certains aliments
- ☐ La plupart du temps

25 [24] Consultez-vous le tableau de valeur nutritive des étiquettes ? *

Please choose all that apply:

- ☐ Oui et je comprends bien l'information
- ☐ Souvent, mais je m'y retrouve difficilement
- ☐ Rarement

26 [25] Sont-ils sensibilisés à l'importance d'une alimentation équilibrée ? *

Please choose all that apply:

- ☐ oui
- ☐ non

27 [26] Si oui, par quels moyens ?

Please write your answer here:

Section activité physique

Voici une liste de questions qui tente d'évaluer le mode de vie de votre groupe de résidents.

Veuillez cocher la réponse qui représente le mieux leurs habitudes actuelles en tenant compte de la moyenne de votre groupe de résidents.

Merci de ne pas tenir compte des consignes en anglais.

28 [1] Font-ils un entraînement physique régulier ? (au sein de l'institution et à l'extérieur de celle-ci) *

Please choose all that apply.

- ☐ oui
- ☐ non

régulier = 1 à 2 fois par semaine

entraînement physique = activité qui les mène à transpirer

29 [2] A quelle fréquence se déplacent-ils à pied ou à vélo ? *

Please choose all that apply.

- ☐ La plupart du temps
- ☐ 3 fois et plus par semaine
- ☐ 1 à 2 fois par semaine
- ☐ Jamais

30 [3] A quelle fréquence choisissent-ils d'emprunter les escaliers plutôt que l'ascenseur ? *

Please choose all that apply.

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ A l'occasion
- ☐ Jamais

31 [4] Combien de fois par semaine font-ils de l'activité physique durant au moins 30 minutes? *

Please choose all that apply:

- ☐ 5 à 7 fois par semaine
- ☐ 4 fois par semaine
- ☐ 2 à 3 fois par semaine
- ☐ 1 fois ou moins par semaine

32 [5] Habituellement, se sentent-ils motivés pour faire de l'activité physique? *

Please choose all that apply:

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ A l'occasion
- ☐ Jamais

33 [6] Se sentent-ils trop fatigués pour faire de l'activité physique ? *

Please choose all that apply:

- ☐ Jamais
- ☐ A l'occasion
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

34 [7] Aiment-ils faire de l'activité physique? *

Please choose all that apply:

- ☐ Beaucoup
- ☐ Moyennement
- ☐ Un peu
- ☐ Pas du tout

35 [8] Organisez-vous leur emploi du temps de façon à y inclure des périodes d'activité physique ? *

Please choose all that apply:

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ A l'occasion
- ☐ Jamais

36 [9] Fument-ils ? *

Please choose all that apply:

- ☐ Ils fument tous les jours
- ☐ Ils fument mais pas tous les jours
- ☐ Ils ne fument plus mais ont déjà fumé
- ☐ Ils n'ont jamais fumé

37 [9A] Combien de fumeurs avez-vous dans votre groupe de résidents ?

Please write your answer here:

38 [10] A quelle fréquence pratiquent-ils ces différentes activités ?

Please choose the appropriate response for each item:

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
faire les courses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisiner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nettoyer la maison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
faire du jardinage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
travailler debout, en mouvement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se promener	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
regarder la télévision, ordinateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39 [11] Trouvez-vous des alternatives pour que les résidents demeurent actifs lorsque la météo n'est pas clémente et qu'ils ne désirent pas sortir faire une activité physique ? *

Please choose all that apply:

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ A l'occasion
- ☐ Jamais

40 [12] Les résidents ont-ils la possibilité de pratiquer des activités sportives au sein de l'institution ? *

Please choose all that apply:

- ☐ oui
- ☐ non

41 [13] Les résidents ont-ils la possibilité de pratiquer des activités sportives à l'extérieur de l'institution ? *

Please choose all that apply:

- ☐ oui
- ☐ non

**42 [14] Reconnaissez-vous certains participants de votre groupe de résidents dans cette affirmation :
"Je ne fais pas d'activité physique par crainte de me blesser". ***

Please choose all that apply:

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Beaucoup
- ☐ Tout à fait

43 [15] S'hydratent-ils suffisamment pendant et/ou après une séance d'exercices? *

Please choose all that apply.

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ A l'occasion
- ☐ Jamais

44 [16] Sont-ils sensibilisés à l'importance d'une pratique sportive régulière ? *

Please choose all that apply.

- ☐ oui
- ☐ non

45 [17] Si oui, par quels moyens ?

Please write your answer here:

Section générale

Le questionnaire est presque terminé...

46 [1] Quel est votre sexe ? *

Please choose all that apply:

- ☐ femme
- ☐ homme

47 [2] Quel est votre âge ? *

Please choose all that apply:

- ☐ 18-25
- ☐ 26-33
- ☐ 34-41
- ☐ 42-49
- ☐ 50 et plus

48 [3] Dans quelle institution travaillez-vous ? *

Please choose all that apply:

- ☐ Les Buissonnets
- ☐ Atelier de la Glâne
- ☐ Clos Fleuri
- ☐ La Rosière
- ☐ La Fara
- ☐ Atelier de la Gérine

49 [4] Avez-vous les moyens de promouvoir la santé dans votre institution ? *

Please choose all that apply:

- ☐ oui
- ☐ non

50 [5] Quel est le type majoritaire de handicap dans votre groupe de résidents ? *

Please choose all that apply.

- ☐ mental
- ☐ sensoriel
- ☐ physique

51 [6] De combien de résidents vous occupez-vous ? *

Please write your answer here:

52 [7] Combien de résidents estimez-vous en surpoids dans votre groupe ? *

Please choose all that apply.

- ☐ 0-2
- ☐ 3-5
- ☐ 6-8
- ☐ 9-11
- ☐ 12 et plus

53 [8] Pesez-vous les résidents ? *

Please choose all that apply.

- ☐ oui
- ☐ non

54 [9]Quels moyens mettez-vous en place si vous observez une grande fluctuation du poids des résidents ?

Please write your answer here:

