

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**L'EXPLORATION DES LIENS ENTRE LA FORMATION PAR LE SPORT INCLUSIF
D'ÉTUDIANTS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET LEUR PRATIQUE
PROFESSIONNELLE AUPRÈS DES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE
INTELLECTUELLE**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
ÉLISABETH RUFIANGE**

FÉVRIER 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Martin Caouette

Directeur de recherche

Jury d'évaluation :

Martin Caouette

Directeur de recherche

Marie Grandisson

Évaluatrice

Caroline Couture

Évaluatrice

Sommaire

Entre 1% et 3% de la population présente une déficience intellectuelle (DI). Ces personnes sont plus à risque de vivre différents problèmes de santé. La capacité des professionnels de la santé à interagir avec ces personnes et de répondre à leurs besoins réels dépend des connaissances, des compétences cliniques et de l'attitude qu'ils ont à l'égard de cette population. Or, il semble que la formation de certains professionnels de la santé soit insuffisante en ce qui concerne les besoins spécifiques de cette population. Cela constitue un enjeu dans l'accessibilité aux soins. Il est donc pertinent d'explorer les liens entre une activité de formation par le sport inclusif de futurs professionnels de la santé, dans le cadre de leur parcours universitaire et leur pratique professionnelle auprès des personnes ayant une DI. Cette pratique professionnelle nécessite une combinaison des savoirs, savoir-faire et savoir-être. La pratique d'activités sportives inclusives rassemble des personnes avec et sans DI au sein d'une même activité sportive. Par le biais d'entretiens de recherche, nous avons tenté de mieux comprendre les liens entre de telles activités et la réponse aux besoins en matière de soins de santé des personnes ayant une DI. Ce type de formation permet notamment l'acquisition de connaissances théoriques, pratiques et relationnelles. Vivre de telles activités contribuerait à l'avènement d'attitudes plus positives envers les personnes ayant une DI. La théorie du contact d'Allport a permis de comprendre et de discuter ce phénomène. Des recommandations pour la recherche et la pratique complètent ce mémoire.

Table des matières

Sommaire.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux et de figures.....	vi
Remerciements.....	vii
Introduction.....	1
Contexte, problématique et cadre conceptuel.....	3
La déficience intellectuelle.....	4
État de santé des personnes présentant une DI.....	6
Enjeu face à l’accessibilité aux soins.....	7
Le manque de formation des professionnels de la santé quant aux besoins des personnes présentant une DI.....	8
Le sport inclusif et les sports unifiés.....	9
Les bienfaits des sports inclusifs pour les participants ayant une DI.....	10
Les effets du sport inclusif sur les participants sans DI.....	11
Théorie du contact.....	13
Les concepts en lien avec la psychoéducation.....	16
Le savoir.....	17
Le savoir-faire.....	17
Le savoir-être et les attitudes.....	17
Sensibiliser les futurs professionnels de la santé aux besoins des personnes ayant une DI par l’activité sportive inclusive.....	15
Méthode.....	21
Objectif de recherche.....	22
Devis de recherche.....	22
Participants et recrutement.....	23
Critère d’inclusion.....	24
Critère d’exclusion.....	24
Entretiens individuels semi-structurés.....	27

Stratégie d'analyse de données	28
Considérations éthiques	28
Résultats	29
Appréhension et inconfort avant l'activité.....	30
Soutien d'un professionnel mentor	32
État des connaissances « savoir ».....	33
Savoir-faire.....	34
Influence de l'activité sur la future pratique clinique	34
Exemples pratiques d'adaptation de la tâche	37
Interaction avec les accompagnateurs.....	38
Savoir-être	39
Impact sur les attitudes affectives des professionnels, savoir-être.....	40
Enjeux sur le plan de la communication	43
La formation par le sport inclusif.....	44
Les retombées perçues de l'ajout du sport inclusif à la formation.....	44
L'appréciation de la formation par le sport inclusif.....	47
Perspective professionnelle	48
Enjeu monétaire pour les professionnels.....	48
Discussion	51
Les savoirs.....	52
Le savoir.....	53
Le savoir-faire	54
Le savoir-être et les attitudes	55
Les enjeux concernant la communication.....	58
La théorie du contact.....	58
Statut égal.....	59
Coopération.....	60
But commun.....	60
Présence d'un soutien institutionnel	61

L'importance du contact direct	61
La reconduite de la formation par le sport inclusif suivi d'un soin.....	62
Une meilleure accessibilité aux soins.....	63
Utilisation des ressources de l'environnement.....	64
Utiliser les technologies de l'information	65
Limites de l'étude.....	66
Conclusion.....	68
Références	71
Appendice A.....	84
Guide d'entretien semi-dirigé.....	84
Appendice B.....	86
Certificat éthique.....	86

Liste des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1 : Les contextes dans lesquels les participants ont eu l'occasion de vivre l'activité de sport inclusif.....	25
Tableau 2 : Inconfort avant l'activité.....	31
Tableau 3 : Soutien d'un professionnel et mentor	32
Tableau 4 : Le savoir.....	33
Tableau 5 : Influence sur la future pratique clinique.....	35
Tableau 6 : Exemples pratiques.....	37
Tableau 7 : Interaction avec les accompagnateurs.....	39
Tableau 8 : Attitudes professionnelles.....	40
Tableau 9 : Les enjeux de la communication.....	43
Tableau 10 : Les retombées de la formation par le sport inclusif pour les futurs professionnels.....	45
Tableau 11 : L'appréciation de la formation par le sport inclusif.....	48
Tableau 12 : Enjeux monétaires.....	49

Figure

Figure 1 : L'interprétation des résultats de l'activité sur la pratique professionnelle en considérant les trois savoirs	64
--	----

Remerciements

Quelle fierté de déposer enfin mon mémoire de maîtrise en psychoéducation ! Plusieurs heures de travail et des montagnes russes d'émotions ont été au rendez-vous tout au long de mon parcours académique.

Merci à Martin Caouette, mon directeur de recherche et Professeur titulaire de la Chaire Autodétermination et Handicap (CAH), de m'avoir soutenu, même à distance, lors de la pandémie quand plus rien ne semblait possible. Nous avons maintenu le cap ensemble. Je suis contente d'avoir travaillé avec toi. Aussi, je tiens à remercier Sarah Pellerin pour sa disponibilité, elle qui a su répondre à plusieurs de mes questions et m'accompagner avec le logiciel NVivo. Ça a été très apprécié. J'ai également eu la chance de pouvoir recevoir la *Bourse soutien à la recherche- 2^e cycle*, d'un montant de 2500\$, accordée par la CAH de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Merci à Tristan Delmas, notre partenaire chez Olympiques spéciaux Québec d'avoir contribué au recrutement des participants. Merci d'ailleurs à tous les participants qui ont fait le choix de s'ouvrir à moi avec sensibilité et honnêteté. J'ai découvert sept professionnels de la santé ô combien bienveillants !

Enfin, je ne peux passer sous silence le support, les encouragements et l'amour de mes parents, ma sœur et mon conjoint, mes piliers, qui m'ont appuyée inconditionnellement.

Merci à mes parents de m'avoir permis de faire des études supérieures. Merci maman d'amour de t'être assise avec moi durant de longues heures, parfois simplement pour me tenir compagnie dans les moments où j'avais moins d'énergie. Mes études sont enfin terminées ! Merci de ton éternel soutien. Tu m'as appris, concernant l'énergie que : « quand il n'y en a plus, il y en a encore ! ». Cela m'a permis et me permettra de toujours continuer à avancer. Tu es un modèle exemplaire de résilience. Une femme inspirante qui me pousse à me dépasser. Merci mon papa de ne jamais avoir arrêté de m'encourager et de me motiver à réussir.

Merci mon bébé sœur, ma meilleure amie de ton soutien éternel et de m'avoir permis de partager ta belle maison pour finir mes études.

Merci mon Alexis d'amour de ta compréhension face aux heures travaillées et investies dans ce mémoire. Merci d'avoir travaillé si fort sur notre projet de conversion de van. Merci pour les petits cafés du matin, le petit verre de vin le soir lors des jours de rédaction et surtout de m'aimer et m'accepter comme je suis, avec toute l'anxiété que le contexte des études universitaires a pu amener au fil des années. Tes bras sont une source de réconfort infini pour moi. Maintenant, à nous la vie !

Je vous aime. Je partage avec vous ma réussite.

Introduction

Comme tous les citoyens, les personnes ayant une déficience intellectuelle DI peuvent bénéficier de services de professionnels de la santé au cours de leur vie. Or, il appert qu'elles présentent un moins bon état de santé que le reste de la population tout en connaissant des inégalités en matière de soins de santé par rapport à la population générale (Brolan et al., 2012). Cela s'observe notamment en raison de difficultés d'accès à des professionnels de la santé en temps opportun, par un manque de pratiques efficaces (Reichard et al., 2011), par la difficulté pour ces personnes de se faire comprendre quant à leur besoin en matière de soins (Gibson et Mykitiuk, 2012) et par des attitudes mésadaptées de la part de certains professionnels de la santé à leur endroit (Pelleboer-Gunnink et al., 2017 ; Morin et al., 2018). Dans le cadre de ce mémoire, les activités sportives inclusives sont étudiées comme stratégies afin d'influencer le développement de pratiques adaptées et d'attitudes positives de la part de futurs professionnels de la santé à l'endroit des personnes ayant une DI. La population ayant une DI a de grands besoins en matière de soins de santé et de services psychosociaux. Les professionnels peuvent alors devenir des acteurs clés dans le processus d'adaptation de ces personnes à leur environnement et surtout, de l'environnement à ces personnes (Tuffrey-Wijne et al., 2014). En premier lieu, le contexte et la problématique qui justifient cette recherche exploratoire sont présentés. En deuxième lieu, il est question du cadre de référence, plus précisément de la définition de la DI, des sports inclusifs et unifiés, de la théorie du contact, du savoir, du savoir-faire et du savoir-être (attitudes). Ensuite, nous retrouvons la méthode expliquant le déroulement de la recherche, la présentation, l'interprétation et l'analyse des résultats obtenus par les entretiens semi-dirigés, et enfin la discussion.

Contexte, problématique et cadre conceptuel

Cette section présente le contexte, la problématique et le cadre conceptuel associés à la réalisation de ce mémoire. Il est d'abord question de décrire les concepts utilisés : la DI, l'état de santé des personnes ayant une DI, les enjeux concernant l'accessibilité aux soins, le manque de formation des professionnels de la santé quant aux besoins des personnes présentant une DI, le sport inclusif et le sport unifié, les retombés sur les populations avec et sans DI, la théorie du contact, le savoir, le savoir-faire ainsi que le savoir-être et les attitudes.

La déficience intellectuelle

Entre 1 % et 3 % de la population présenterait une DI (Maulik et Harbour, 2011 ; Tassé et Morin, 2003). La DI est une condition neurocognitive se manifestant avant l'âge de 22 ans. Il s'agit d'un état qui est manifesté par la personne et non un qualificatif de la personne ni une souffrance physique ou psychologique (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [AAIDD], 2021). Elle se caractérise par un retard de développement et du fonctionnement adaptatif (Poulin, 2023) et intellectuel par rapport à des sujets comparables en âge (Toth et al., 2022), en genre et de même niveau socioculturel (Barlow et Durand, 2016). La notion de DI s'en remet désormais à perspectives biomédicales, psychoéducatives et socioculturelles (Poulin, 2023). Il existe différentes manifestations de la DI. Les personnes ayant une DI éprouvent des difficultés à accomplir des tâches de la vie quotidienne à un niveau reflétant la sévérité de leur déficience cognitive et le type et l'importance de l'assistance ou du soutien dont ils ont besoin (Barlow et Durand, 2016). Les individus ayant une déficience légère ou moyenne, s'ils sont bien accompagnés, peuvent accomplir la plupart des tâches quotidiennes. Les difficultés sur le plan du fonctionnement adaptatif se manifestent par des besoins de soutien dans trois domaines : conceptuel, social et pratique (American Psychology Association [APA], 2013 ; AAIDD, 2021 ; Organisation mondiale de la santé [OMS], 2019). En ce qui concerne le domaine conceptuel, il s'agit des compétences dans des domaines tels que le langage, le raisonnement, la connaissance et la mémoire. Sur le plan social, on parle des habiletés nécessaires pour fonctionner en société comme entrer en contact, respecter les règles, interpréter les signes non verbaux, entretenir des amitiés, etc. Finalement, les habiletés pratiques concernent les activités de la vie quotidienne et domestique comme des difficultés à prendre soin de soi, s'alimenter, faire le ménage, faire des achats, assumer des responsabilités professionnelles, etc. (APA, 2013 ;

Schalock et al., 2021). Selon Juhel (2012), « 80 % des personnes ayant une DI ont une DI légère ; elles peuvent donc fonctionner convenablement dans la communauté sans exiger une intervention particulière de l'État » (p. 47). En ce qui concerne les causes de la DI, des centaines peuvent être identifiées. On peut compter des causes génétiques, prénatales, périnatales, postnatales et environnementales (Barlow et Durand, 2016). Toutefois, près de 75 % des cas ne peuvent être attribués à une cause connue.

L'évaluation menant à un diagnostic de DI doit tenir compte de la diversité culturelle et linguistique des sujets ainsi que des différences dans leurs modes de communication et leur comportement. Le diagnostic doit être confirmé par une évaluation clinique et des tests d'intelligence individuels standardisés (APA, 2013), montrant un déficit des fonctions adaptatives se traduisant par un échec dans l'accession aux normes habituelles de développement socioculturel permettant l'autonomie et la responsabilité sociale, et ce, dans des environnements variés comme la maison, l'école, le travail et la collectivité (APA, 2013). Les critères du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition [DSM-V]* (APA, 2013) ne comprennent plus de seuils numériques pour les scores du QI, l'objectif étant de minimiser l'impact de ces chiffres et de les remplacer par une évaluation globale du fonctionnement de la personne. Enfin, dans l'optique de mieux refléter l'aspect développemental, le DSM-V a introduit la terminologie « trouble du développement intellectuel ». Depuis quelques années, l'approche biopsychosociale est favorisée par rapport à une approche biomédicale (Nuber et al., 2022). En ce sens, la DI n'est plus considérée comme seulement une incapacité personnelle, mais plutôt comme une situation engendrée par l'interaction entre l'individu et son environnement qui, si non approprié, va mener la personne à se retrouver en situation de handicap. À contrario, l'adaptation de l'environnement peut contribuer au bon fonctionnement de la personne dans la société, et ce dans plusieurs sphères (Tremblay et Hudon, 2014) et pallier le handicap.

Heureusement, les connaissances sur la DI et sur les différents modèles d'intervention ont beaucoup évolué depuis les dernières années. La 5^e édition du DSM tient compte d'ailleurs des ajouts pertinents quant aux habiletés adaptatives, tout en continuant de souligner les aspects neurodéveloppementaux (APA, 2013). Les individus ayant une DI et ceux les appuyant revendiquent leurs droits et leur intégration à une société inclusive et

ouverte à la différence (Sarrazin, 2020). D'ailleurs, il est maintenant connu qu'un environnement favorable aux personnes ayant une DI et un soutien adéquat et prolongé peuvent pallier certaines difficultés de fonctionnement générales. L'OMS (2019) appuie le fait que les facteurs environnementaux jouent un rôle important dans l'intégration et la participation sociale des personnes ayant une DI. Les interventions comportementales focalisées sur la communication, la socialisation, les compétences et l'intégration scolaire (Barlow et Durand, 2016) demeurent efficaces pour favoriser leur inclusion.

État de santé des personnes présentant une DI

La littérature indique que les personnes de tous âges ayant une DI présentent une vulnérabilité accrue sur le plan de la santé globale (Caine et Hatton, 1998 ; Ilett et al., 2005 ; Hawkins et Look, 2006; Horwitz et al., 2000). Les personnes ayant une DI sont susceptibles de rencontrer les mêmes problèmes de santé que le reste de la population (Reichard et al., 2011), mais la prévalence de certains d'entre eux est plus importante. C'est notamment le cas des troubles neurologiques, des déficiences sensorielles, de la constipation, des malformations congénitales et de l'obésité (Robertson et al., 2015 ; Cocks et al., 2016 ; Kinnear et al., 2018 ; Goddard et al., 2008 ; Capone et al., 2018). La forte prévalence de surpoids et d'obésité chez cette population est un des principaux problèmes de santé (Maiano, 2011). D'ailleurs, selon une étude française de Bégarie et al. (2009) menée auprès de 420 sujets âgés de 11 à 21 ans présentant une DI, la prévalence de surpoids était de 30,2 % et celle de l'obésité de 9,5 %. La problématique de surpoids est préoccupante chez les personnes vivant avec une DI (Horwitz et al., 2000). Malheureusement, Temple et al. (2006), soulignent que moins d'un tiers des adultes ayant une DI seraient suffisamment actifs pour bénéficier des effets positifs de l'augmentation de l'activité physique sur ces problèmes de santé. Conséquemment, ces individus peuvent être exposés à des troubles cardiovasculaires (Pitetti et Yarmer 2002 ; Morin et al., 2012). Certains problèmes de santé sont concomitants à des syndromes particuliers liés à la DI. Par exemple, les personnes ayant le syndrome de Down, également connu sous le nom de « trisomie 21 », présentent une musculature hypotonique, une variété d'altérations neurobiologiques et de nombreuses maladies respiratoires et cardiovasculaires (Goud et al., 2021). De plus, elles présentent un risque significativement plus élevé de développer une infection avec diverses anomalies dentaires et orofaciales. Les maladies

parodontales sont les maladies bucco-dentaires les plus répandues chez les personnes ayant une DI dont celles diagnostiquées avec une trisomie 21 (Owens et al., 2006 ; Morin et al. 2012 ; Goud et al., 2021).

Dans cet ordre d'idées, les personnes ayant une DI sont utilisatrices des services de santé et de services sociaux et doivent consulter une variété de professionnels, comme des dentistes, des physiothérapeutes, des podiatres, des médecins, des ergothérapeutes, des infirmiers, etc. L'accès à des services de santé, à des services d'intervention précoce et d'adaptation au sein des différents milieux de vie est nécessaire, voire primordial (Julien-Gauthier et al., 2009) pour les personnes ayant une DI. Cependant, malgré la forte prévalence de certains problèmes de santé, dont ceux liés à la dentition, il est connu que cette population a moins tendance à consulter les professionnels de la santé adaptés à leurs besoins (Owens et al., 2006 ; Morin et al. 2012). La prévention des problèmes de santé ainsi que la promotion de la santé des personnes ayant une DI est une préoccupation importante (Office des personnes handicapées du Québec [OPHQ], 2009), tout comme l'accès aux services de santé et de services sociaux, qui représente un enjeu chez cette population.

Enjeux d'accessibilité aux soins

Un grand nombre de personnes ayant une DI vivent encore des discriminations dans plusieurs secteurs d'activité (Gascon, 2004 ; Mercier et Bazier, 2004), dont celui de la santé. Cela peut se manifester notamment par des enjeux d'accessibilité aux soins, par la présence de préjugés à leur égard, par le manque d'aide ou de ressources, par l'absence d'accessibilité du domicile ou de l'école, par la difficulté à obtenir de l'information adaptée sur la santé, etc. (Réseau international sur la Processus de production du handicap [RIPPH], 2022). Ainsi, divers problèmes de santé des personnes ayant une DI sont encore sous-diagnostiqués et non traités (Matson et Cervantes, 2019). Selon le modèle de développement humain et du processus de production du handicap (MDH-PPH), ces enjeux d'accessibilité aux soins peuvent représenter des obstacles entravant l'inclusion et la participation sociale de l'individu ayant une DI (Bégarie et al., 2009 ; RIPPH, 2022). Ces disparités en matière de soins de santé (Rinaldi et al., 2020) constituent donc un problème de santé publique considérable. À cet effet, l'un des principaux défis est de diminuer l'impact des obstacles pour la personne ayant

une DI en adoptant des stratégies adaptées à ses besoins (Lachapelle et al., 2017). Toujours selon le modèle MDH-PPH (2022), un obstacle est défini comme un facteur environnemental comprenant des facteurs sociaux et physiques de l'environnement qui, combiné aux facteurs personnels, contraint la réalisation des habitudes de vie. Dans cet ordre d'idée, dans le domaine de la santé, les professionnels ont notamment avantage à travailler sur leurs perceptions et leurs croyances stéréotypées, qui représentent des obstacles, afin de favoriser des expériences de soins adaptées et positives pour les personnes ayant une DI (Bastien et Haelewyck, 2017).

Le manque de formation des professionnels de la santé quant aux besoins des personnes présentant une DI

Il semble que les professionnels de la santé ne soient pas suffisamment outillés pour reconnaître les besoins des personnes ayant une DI et ils ont davantage tendance à se fier aux proches pour les décisions quant aux soins (Brolan et al., 2012). Peu de professionnels et de futurs professionnels du domaine de la santé considèrent avoir une formation suffisante pour offrir des services adaptés à cette population (Morin et al. 2023). Quelle que soit la spécialisation, peu ont reçu une formation en DI (Burge et al., 2002, Weiss et al., 2010) et, même s'ils l'ont reçue, la formation était de courte durée et ne constituait généralement qu'un survol. Il apparaît donc y avoir une problématique en ce qui concerne l'utilisation du contenu appris dans la pratique professionnelle. L'expérience clinique avec des personnes ayant une DI serait limitée (Morin et al., 2023). Par exemple, la formation des optométristes pourrait aborder les besoins spécifiques en optométrie des personnes ayant une DI, sans que cela mène à une interaction avec elles, à une intervention pratique sur le terrain. Les croyances erronées sur les personnes présentant certaines limitations (par exemple, ils ne sont pas compétents ; nous n'avons rien en commun avec eux) peuvent former les attitudes négatives (Fishbein et Ajzen, 1975). La réduction de l'inconfort peut-être un élément essentiel d'une intervention pour améliorer les attitudes (Fishbein et Ajzen, 2010). Il est possible de réduire l'inconfort en fournissant des informations précises et positives sur les individus vivant avec une DI et en renforçant cela par les interactions supplémentaires sur le terrain. De plus, cela peut contribuer à réduire l'anxiété de ne pas savoir comment se comporter et la peur de commettre des erreurs dans les interactions sociales, de part et d'autre (Fishbein et Ajzen, 2010).

Le sport inclusif et les sports unifiés

De manière générale, le sport inclusif implique de faire en sorte que les personnes ayant une DI participent à des activités sportives aux côtés de leurs pairs sans DI (Comité paralympique canadien, 2023). Le but est que chacun sente qu'il a sa place et évolue dans un environnement sécuritaire. Le programme de Sports unifiés sera défini dans les prochaines lignes.

Le Sport unifié de *Special Olympics* © est un programme breveté de sport inclusif. Son utilisation est possible par les différents franchisés *Special Olympics* / Olympiques spéciaux, dont les Olympiques spéciaux Québec. Ce programme combine à parts égales des athlètes avec et sans DI au sein d'activités sportives et de remise en forme. Ces activités peuvent notamment s'effectuer dans un cadre récréatif, compétitif ou de développement d'habiletés sportives. Les athlètes ayant une DI sont désignés comme les « athlètes » tandis que les athlètes sans DI sont désignés comme des « partenaires unifiés ». Les Olympiques spéciaux (2023) se consacrent à la promotion de l'inclusion sociale des individus ayant une DI à travers l'expérience partagée de l'entraînement sportif et de la compétition. Il est offert aux élèves ayant des incapacités, la possibilité de pratiquer un sport dans le cadre scolaire notamment dans des équipes qui mélangent des personnes avec et sans DI, tout en favorisant les amitiés et la compréhension des différences (Olympiques spéciaux, 2014). Cela favorise donc le plaisir et contribue à la création de liens sociaux entre les étudiants.

En plus des expériences positives et des avantages de l'inclusion pour les personnes en situation de handicap, la recherche montre que tous les athlètes avec et sans DI peuvent bénéficier d'un environnement qui encourage le développement des amitiés et l'acceptation des différences (Berg, 2004). Le sport sert alors de pont entre les personnes avec et sans DI, pour promouvoir l'inclusion sociale. L'étude de Grandisson et al. (2019) a aussi identifié le développement du sport inclusif et la sensibilisation par la participation à des sports comme moyen de favoriser l'inclusion sociale des personnes ayant une DI. L'amélioration des habiletés sociales est également documentée dans les études de Duvdevany et Arar (2004), Dykens et Cohen (1996), Gencoz (1997) et de Siperstein et Hardman (2006) notamment dans l'optique où le sport permet à la personne vivant avec une DI d'apprendre à respecter l'autorité et ses pairs, à échanger de l'information sur le jeu, à écouter les consignes et à

demander de l'aide. Dans ce mémoire, toutes les activités impliquant les personnes avec et sans DI seront regroupées sous le terme des activités de sport inclusives.

Les bienfaits des sports inclusifs pour les participants ayant une DI

Les recherches menées pour découvrir les effets psychosociaux des programmes des Olympiques spéciaux ont commencé dans les années 1980. L'offre d'un programme de sport unifié serait un outil ayant beaucoup de potentiel pour faire la promotion de la santé et de la participation sociale des personnes ayant une DI (Grandisson et al., 2010). Cela contribuerait aussi à réduire les comportements problématiques chez les jeunes ayant une DI et augmenter leur niveau d'activité (Ozer et al., 2012 ; Clément-Guillotin, 2018). L'étude de Gibbons et Byshakra (1989) a d'ailleurs signalé des améliorations significatives entre les résultats de tests effectués avant et après une compétition d'athlétisme unifiée d'une journée et demie. En effet, les chercheurs ont utilisé une échelle picturale pour mesurer le niveau de compétence de soi perçue chez les enfants ayant une DI et ont enregistré une amélioration après la compétition comparativement à des témoins choisis au hasard. Il a aussi été démontré une augmentation de 30 % du degré perçu de l'acceptation par les pairs et de la compétence physique (Gibbons et Bushakra, 1989). Ainsi, plusieurs estiment que les activités des Olympiques spéciaux et même les activités sportives inclusives non brevetées permettent aux personnes ayant une DI de mettre en pratique leurs compétences sociales, d'apprendre les normes du groupe de pairs, de créer des liens significatifs et d'ainsi améliorer leurs compétences sociales (Ozer et al., 2011).

Puisque l'inactivité est un facteur majeur contribuant à des problèmes de santé chez les personnes vivant avec une DI (Bondár et al., 2020), il est généralement admis que les interventions basées sur le sport puissent devenir un facteur de changement de comportement et d'habitudes de vie pour les personnes vivant avec un DI (Bondár et al., 2020). Non seulement l'activité physique améliore la forme physique, l'agilité, la puissance, la mobilité, la vitesse et le temps de réaction des personnes (Bartlo et Klein, 2011; Jeng et al., 2017), mais elle permet aussi d'augmenter le sentiment de bien-être général et la qualité de vie des personnes ayant une DI (Bartlo et Klein, 2011). Dans cet ordre d'idées, les programmes de sport unifié, notamment les entraînements de natation des Olympiques spéciaux (Wright et Cowden, 1986), peuvent avoir des effets positifs sur l'endurance cardiovasculaire des jeunes,

les comportements et les attitudes. De plus, les revues systématiques existantes ont révélé une amélioration dans les niveaux d'activités physiques (par exemple, la durée et l'intensité) et l'endurance musculaire et cardiovasculaire (Chanas et al., 1998 ; Brooker et al., 2015; Dairo et al., 2016). Les chercheurs ont signalé que les activités liées au sport semblent aussi améliorer le bien-être psychologique (Hutzler et Korsensky, 2010), les compétences sociales, le fonctionnement cognitif (Andriolo et al., 2010 ; Houwen et al., 2014), le concept de soi, l'estime de soi, les compétences sociales (Wright et Cowden, 1986) et la qualité de vie (Bartlo et Klein 2011, Bondar et al., 2020) en plus de diminuer les comportements difficiles (Ogg-Groenendaal et al., 2014) chez les adultes avec une DI. L'étude de Bondar et al. (2020) qui s'est intéressée aux effets de l'activité physique sur la variable de la qualité de vie a pu faire ressortir des résultats similaires à l'étude de Hutzler et Korensky (2010), montrant que les interventions basées sur le sport et l'activité physique peuvent améliorer le sentiment de compétence perçu ainsi que les compétences sociales de personnes avec DI, conduisant à une meilleure qualité de vie.

Les effets du sport inclusif sur les participants sans DI

En ce qui concerne les effets sur les personnes ne présentant pas de DI, des effets positifs concernant les rapports sociaux entre les personnes avec et sans DI ont été rapportés, en plus de l'avènement de changements sur le plan personnel. Castagno (2001) a réalisé une étude sur un programme de basket-ball unifié, où un changement positif sur le plan personnel a été observé chez des jeunes au développement typique et leurs pairs ayant une DI. Selon cette étude, l'activité aurait un impact positif sur l'estime de soi de tous les participants, menant à de meilleurs rapports sociaux avec les pairs sans DI. Un autre exemple d'effet positif a été signalé dans des activités coopératives mettant l'accent sur le développement de compétences personnelles et interpersonnelles, comme le sentiment de réussite, le travail d'équipe et le plaisir (Siperstein et al., 2009). Dans ce contexte de loisirs, les participants avec et sans DI étaient traités sur un pied d'égalité et avaient des amitiés réciproques (Devine et Wilhite, 2000). Sullivan et Gilden (2014) ont démontré qu'à l'aide d'une intervention basée sur une activité de natation inclusive, qu'il est possible d'améliorer les attitudes des collégiens envers les personnes ayant une DI. Les commentaires recueillis auprès des participants, à la suite de l'activité, ont corroboré cette amélioration. Un élément clé de l'amélioration des

attitudes était l'augmentation du niveau de confort ressenti par les nageurs du collège. Toujours selon Sullivan et Gilden (2014), la prise de conscience de leurs attitudes et du changement de celles-ci semble nécessaire à l'intégration des pairs avec une DI et s'est avéré la composante la plus significative. Deux critères ont permis ce changement d'attitudes, notamment les contacts à statut égal et la poursuite d'un objectif commun au sein de l'activité.

D'autres études ont corroboré ces constats. Une étude menée en Californie en 2019 (Matsunaga, 2019) auprès d'entraîneurs d'équipes sportives unifiées d'écoles publiques a suggéré, au cours de huit entretiens, les effets positifs d'un programme de sport unifié dans les écoles. Les auteurs ont conclu que les activités parascolaires accessibles aux étudiants ayant une DI influenceraient les relations et l'acceptation des différences entre les personnes avec et sans déficience physique ou intellectuelle, notamment grâce à la camaraderie et à l'esprit d'équipe. Pour aller plus loin, l'attitude d'inclusion d'étudiants participants aux activités de sports unifiés a également été étudiée par Hassal et Townsend (2007) en Nouvelle-Zélande. Les résultats de leur étude ont montré que les élèves avaient des attitudes plus positives envers les étudiants ayant une DI à la suite de leur implication aux côtés de ces derniers, dans les sports unifiés. L'étude exprime donc que l'inclusion par le biais de sports inclusifs aurait probablement des effets positifs sur l'acceptation sociale des pairs ayant une DI, pour cet échantillon d'étudiants de la Nouvelle-Zélande. Le sport a renforcé l'inclusion sociale. Somme toute, comme le démontrent les contextes de ces activités sportives inclusives, il faut souligner l'importance du contact par le biais d'activités de coopération qui sont significatives pour les participants (Dovidio et al. 2003).

D'autres études ont étudié la présence de professionnels de la santé lors d'une activité de sport inclusif. La présence et la participation de professionnels de la santé lors d'activité de sport inclusif a pu aider à développer une perception plus positive de l'exercice pour les personnes ayant une DI (Marks et al., 2013). Certaines études ont noté une amélioration du sentiment d'efficacité des personnes ayant une DI par rapport à la pratique d'activité physique et ont pu évaluer les avantages de la présence d'un professionnel de la santé. Par exemple, Marks et al. (2013) ont utilisé des modalités d'exercice personnalisées dans lesquelles les professionnels de la santé ont veillé à ce que chaque personne pratique une activité physique adaptée. En somme, ces contributions sont susceptibles d'être utiles pour améliorer le

sentiment d'efficacité perçue chez les adultes ayant une DI (Marks et al., 2013). Dans la même étude, un autre élément d'intervention utile était l'implication de pairs dans le rôle de mentors. Par exemple, les pairs mentors soutenant les participants présentant une DI dans la prise de décisions lors de l'activité physique, ont contribué à l'augmentation de leur confiance et en leur capacité à faire de l'exercice. Ce sont les rétroactions positives des pairs et mentors qui sont présentées comme les éléments amenant un changement positif. (Heller et al., 2011 ; Marks et al., 2013). Selon ces études, le jumelage de personnes ayant une DI et de professionnels de la santé dans un contexte d'activité physique semble être une composante non négligeable pour le succès de l'activité. Cette étude a montré qu'avec le soutien de mentors, notamment des professionnels de la santé, et une communication appropriée, même les personnes ayant des limitations cognitives peuvent être impliquées dans la conception et le maintien des interventions de santé (Marks et al., 2013).

Théorie du contact

L'une des théories pour expliquer le succès d'activités inclusives, particulièrement les sports inclusifs, est la théorie du contact intergroupe de Gordon Allport (Allport, 1954 ; Tripp, French, & Sherrill, 1995). Cette théorie, susceptible de faire évoluer les attitudes des futurs professionnels, s'inscrit dans le champ de l'étude des préjugés en psychologie sociale. Les préjugés sont des attitudes négatives ou des prédispositions à adopter un comportement négatif envers les membres d'un exogroupe (Azzi et Klein, 1998), c'est-à-dire un membre d'un autre groupe que le groupe d'appartenance. Normalement, les attitudes négatives reposent sur une généralisation erronée et rigide (Bourhis, 2007). Des preuves théoriques suggèrent que les concepts de préjugés et de stigmatisation se chevauchent et se complètent (Phelan et al., 2008). Selon la théorie du contact, la qualité des contacts sociaux est un moyen efficace pour améliorer la compréhension et l'acceptation mutuelles entre deux groupes différents. L'hypothèse de la théorie du contact intergroupe (Allport, 1954, Pettigrew, 1998) postule que l'interaction directe intergroupe peut améliorer les attitudes préjudiciables. Notamment, l'étude de Rillotta et Nettelbeck (2007) a trouvé un effet positif du contact direct sur les attitudes envers les personnes ayant une DI.

Allport (1954) a nommé à l'origine quatre conditions (voir tableau 1) soutenant un changement positif d'attitude, à savoir (a) un statut égal entre les membres de différents groupes lors de l'interaction; (b) travailler en coopération; (c) travailler sur un objectif commun; et (d) la perception que l'interaction reçoit un appui social, un soutien institutionnel. Il semble que ces quatre conditions d'Allport amènent une tendance positive dans le changement d'attitudes. Il existe aussi des preuves suggérant que ces quatre conditions sont dissociables et qu'un contact significatif ponctuel peut être un moyen de changer d'attitude (Pettigrew, 1998 ; Pettigrew et Tropp, 2006). Par exemple, dans les études qui ne répondaient pas aux conditions d'Allport, les préjugés restaient réduits, ce qui suggère que les conditions d'Allport améliorent les relations entre les groupes, mais qu'elles ne sont pas indissociables. Dans cet ordre d'idée, la raison pour laquelle le contact direct significatif fonctionne, selon l'analyse de DeAngelis (2001), est l'apport socioémotionnel de la rencontre, du contact. Les chercheurs ont suggéré que le contact entre les groupes peut réduire les préjugés, car il réduit les sentiments d'anxiété vis-à-vis la rencontre de l'autre groupe (Pettigrew et Tropp, 2011). En effet, les gens peuvent être anxieux à l'idée d'interagir avec les membres d'un groupe avec lequel ils ont eu peu de contacts. En outre, les résultats d'une revue systématique (Seewooruttun et Scior, 2014) ont montré que les activités favorisant les contacts directs entre les personnes avec et sans DI sont plus susceptibles d'améliorer les attitudes des personnes sans DI que celles basées uniquement sur l'acquisition de connaissances théoriques. Cette recension a regroupé 22 études entre 1990 et 2014, dont 10 sur 22 concernaient des professionnels de la santé et des étudiants du domaine psychosocial ou de la santé. De plus, le contact peut également réduire les préjugés, car il augmente l'empathie et aide les gens à voir les choses du point de vue de l'autre groupe (Pettigrew, Thomas et Tropp, 2011). En 2006, Pettigrew et Tropp ont mené une méta-analyse : ils ont examiné les résultats de plus de 500 études comportant un total d'environ 250 000 participants et ont trouvé des éléments étayant l'hypothèse du contact d'Allport. Les chercheurs ont constaté un effet plus important sur la réduction des préjugés lorsqu'au moins une des conditions d'Allport était remplie. Autrement dit, plus il y a de conditions d'Allport remplies, plus le contact aura tendance à réduire les préjugés et favoriser une amélioration des attitudes, car il modifie la façon dont nous catégorisons les autres (Dovido, 2017).

Pour résumer, la qualité de la rencontre est très importante. Par exemple, le simple fait de croiser dans la rue, une personne d'un groupe différent, même s'il s'agit à proprement parler d'une forme de contact, n'est pas suffisant. Dans cet ordre d'idées, Morin et al. (2023) soulignent que la qualité des contacts est plus importante que leur fréquence pour améliorer les attitudes envers les personnes ayant une DI. Depuis les premiers travaux d'Allport, on constate que plusieurs recherches ont mis en évidence l'importance du contact dans la réduction des préjugés (Pettigrew et al., 2011; Vezzali & Stathi, 2020). Par exemple, les résultats montrent que les expériences de contact positives réduisent les préjugés à l'égard des minorités (personnes de différentes nationalités, personnes âgées, communauté LGBTQ+, personnes en situation de handicap, etc.) (Everett, 2013).

Sensibiliser les futurs professionnels de la santé aux besoins des personnes ayant une DI par l'activité sportive inclusive

Bien que des équipes de sport inclusives puissent être initiées à partir de n'importe quel groupe communautaire, les écoles, dont les universités, sont particulièrement bien placées pour agir en tant qu'agents de changement s'ils mettent déjà en valeur les principes de normalisation et d'inclusion, et que le sport organisé fait partie de la vie scolaire normale. Dans cette perspective, il semble pertinent de créer des occasions de participer à des activités de sport inclusif lors des études supérieures, car à mesure que l'individu vieillit, il augmente sa sensibilité et son empathie, sa capacité de mettre les choses en perspective, élargit ses connaissances des normes culturelles, accroît sa responsabilité sociale et développe des capacités de raisonnement moral (Bondar et al., 2020).

C'est dans cet ordre d'idée qu'il devient intéressant d'explorer l'avenue de la formation et de la sensibilisation des futurs professionnels aux spécificités des personnes ayant une DI, par l'entremise d'une activité sportive suivie d'un soin, dans le cadre de leur formation universitaire. Le fait de vivre une expérience sportive permettant un contact significatif avec des personnes ayant une DI, serait susceptible d'influencer les représentations que le professionnel peut avoir de leur santé et de leur capacité d'inclusion sociale. Ce type d'expérience pourrait aussi influencer leur capacité à interagir avec elles, notamment en ayant des attitudes plus positives en ce qui concerne l'interaction et la

sensibilité (Freudenthal et al., 2010 ; Morin et al. 2022). De plus, les professionnels de la santé ayant davantage de connaissances quant aux personnes ayant une DI, sur les soins à leur prodiguer et sur les différents enjeux qui y sont reliés ont une attitude favorable à leur inclusion sociale (Morin et al., 2018) et peuvent contribuer à créer un environnement de santé plus adapté pour elles. À cet égard, en plus des connaissances générales sur les soins à donner aux personnes avec une DI, les activités favorisant les interactions avec elles seraient à promouvoir pour favoriser des attitudes positives, notamment d'inclusion et d'empathie (Pettigrew et al., 2011).

Les concepts en lien avec la psychoéducation

D'entrée en jeu, la psychoéducation est une discipline qui se spécialise en prévention et en intervention dans le domaine de l'adaptation psychosociale. Ainsi, cette discipline apporte un éclairage pertinent pour évaluer les capacités adaptatives et les déficits adaptatifs des personnes. L'humain est en recherche constante d'équilibre pour satisfaire ses besoins et maintenir son intégrité individuelle (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec [OPPQ], 2023). La personne neurotypique, comme la personne ayant une DI, doit se réguler en réponse aux stimulus et agents stressants qui la sollicitent dans les systèmes auxquels elle appartient, c'est-à-dire, dans son environnement, pour atteindre un niveau de fonctionnement optimal. Deux dimensions sont donc intimement reliées dans ce concept, soit l'individu et son environnement (OPPQ, 2014).

Pour ce qui est de la notion des trois savoirs : savoir, savoir-faire et savoir-être, qui inclus notamment les attitudes professionnelles, ce sont des concepts utilisés en psychoéducation pour encadrer rigoureusement la pratique professionnelle et définir une certaine ligne de conduite. C'est un ensemble de connaissances théoriques, d'habiletés et d'attitudes (Gopee, 2018 ; Falander et Shafranske, 2017). Dans le cadre de ce mémoire, les trois savoirs seront utilisés comme outils d'analyse des résultats de l'étude en ce qui concerne le développement des compétences personnelles et professionnelles des futurs professionnels de la santé. Ces savoirs constitueront une lunette d'analyse des résultats obtenus.

Le savoir

En premier lieu, le savoir regroupe l'ensemble des connaissances que doit posséder le professionnel dans l'exercice de ses fonctions. Ce sont les connaissances théoriques, des faits provenant des sciences fondamentales. Par exemple, il peut s'agir de connaissances relatives à chaque clientèle, les connaissances en ce qui concerne diverses pathologies, les signes et symptômes d'une maladie, etc. (Renou, 2005 ; Consortium national de formation en santé [CNFS], 2020). Les connaissances peuvent aussi être procédurales, connaissances relatives aux procédures, aux techniques, aux règles appliquées dans un cas clinique spécifique (CNFS). Par exemple, comment effectuer un examen de la vue.

Le savoir-faire

En second lieu, le savoir-faire est l'ensemble des actions, manœuvres ou méthodes, etc., à exercer dans la pratique professionnelle. On fait référence notamment aux habiletés psychomotrices dans la réalisation d'une tâche (CNFS, 2020). Il s'agit d'opérations professionnelles précises à réaliser en fonction du champ de compétences relatives à une profession. Il peut y avoir différents types de savoir-faire. Le savoir-faire cognitif comprend les habiletés à analyser la situation ou à faire preuve de raisonnement clinique. Le savoir-faire structurel comprend les habiletés à planifier l'intervention, à prioriser des tâches, etc. Finalement, le savoir-faire technique comprend les habiletés du professionnel à poser une action et à faire une intervention (CNFS, 2020). Cela fait aussi référence à la mise en pratique des différents savoirs, l'utilisation adéquate des connaissances et des ressources disponibles dans différents contextes (Renou, 2005).

Le savoir-être et les attitudes

En troisième lieu, le savoir-être regroupe un ensemble de *schèmes relationnels* (Gendreau, 2001) ou d'*attitudes professionnelles* (Renou, 2005) permettant à un individu, le professionnel, de vivre des relations satisfaisantes et aidantes avec les autres dans un contexte d'échange relationnel. Le savoir-être renvoie à un ensemble d'attitudes et de savoirs comportementaux spécifiques en situation sociale et affective (Gendreau, 2001). En ce qui concerne le sens du concept *schème relationnel*, le *schème* fait référence à une action organisée, structurée et généralisable dans différentes situations (Piaget et Inhelder, 2004). Il

permet à une personne de s'adapter à une situation donnée (Renou, 2005). Ensuite, le terme *relationnel* réfère aux interactions interpersonnelles, aux relations humaines (Piaget et Inhelder, 2004). Dans cet ordre d'idée, le concept de schème relationnel (Gendreau, 2001), c'est-à-dire les *attitudes professionnelles* (Renou, 2005) fait donc référence aux attitudes relationnelles personnelles (motivation, capacité d'introspection), interpersonnelle (établir des relations, capacité à communiquer), et professionnelle (déontologie et éthique) (CNFS, 2020). Pour faire référence au savoir-être et aux schèmes relationnels, le terme *attitudes professionnelles* sera utilisé dans le présent mémoire.

Les attitudes

Le concept d'attitude est capital dans le champ de la psychologie sociale. De plus, il est un concept central dans ce mémoire en psychoéducation. Les attitudes sont importantes, car elles exercent une influence notable sur la perspective que l'être humain a de l'autre, du monde qui l'entoure, de ce qu'il en pense et enfin comment il agit (Girandola et Fointiat, 2016). En ce qui concerne le terme « attitude », il n'existe pas de définition unique (Girandola et Fointiat, 2016). Historiquement, l'origine du mot, il est dérivé du latin *aptus qui* signifie, d'une part de « forme physique » et d'autre part « adaptation » (Allport, 1935). Cela évoque notamment une attitude subjective ou un état mental en préparation à l'action, référant ainsi aux « attitudes mentales » et aux « attitudes motrices ». En ce sens, selon Allport (1935), une attitude est un état mental et neuropsychologique organisé à partir d'expériences et exerçant une influence dynamique sur la réponse d'un individu à tous objets avec lesquels il est lié. Nous entendons par objet, tout stimulus, que ce soit un autre individu, un événement, une situation, une action, une relation, etc. De nos jours, Maio et Haddock (2015) ont évoqué quatre principales variantes de la définition des attitudes. Premièrement, on compte celle de Eagly et Chaiken (2007), soit la disposition à évaluer favorablement ou défavorablement, négativement ou positivement, un objet particulier. À cet égard, Petty et Cacioppo (1981) avaient déjà dans leur définition la nature soit positive ou négative de l'attitude ou du sentiment à l'égard d'un objet. Ensuite, Zanna et Rempel (8) parlent d'une dimension évaluative de l'objet, en catégorisant cet objet stimulus selon trois composantes. L'attitude s'articule alors ici autour des trois composantes suivantes : cognitive, affective et conative. La composante cognitive fait référence aux connaissances antérieures que possède l'individu

concernant l'objet, la composante affective renvoie aux affects, à l'état, aux sentiments et à l'humeur que cet objet suscite puis la composante conative consiste en la disposition à agir de façon favorable ou défavorable vis-à-vis celui-ci (Zanna et Rempel, 1988). Finalement, Fazio (1995) ajoute la composante de mémorisation et définit l'attitude comme une association mémorisée entre un objet donné et une évaluation de cet objet. Toutes les définitions précédentes sont considérables dans notre contexte.

Les attitudes professionnelles

En ce qui concerne la sémantique d'« attitude » pour les psychoéducateurs et les psychoéducatrices, le savoir-être et les attitudes professionnelles constituent un ensemble de qualités personnelles et interpersonnelles. Ce savoir-être se manifestant par l'emploi de six attitudes professionnelles (Renou 2005), soit la considération, l'empathie, la disponibilité, la congruence, la confiance et la sécurité, lors de l'exercice des opérations professionnelles. Ces attitudes professionnelles (Renou, 2005, 2014) sont interreliées et interdépendantes et deviennent des compétences professionnelles dans la création d'un lien significatif entre le professionnel et la clientèle. Toujours du point de vue psychoéducatif, ces attitudes se développent en fonction de l'adaptation du professionnel. Ils sont donc dynamiques, en évolution selon la personne, le milieu et l'interaction entre les deux (Renou, 2005). Plus précisément, on explique les attitudes professionnelles comme suit.

La considération positive. Il s'agit d'une attitude de respect mutuel, de la conviction que chaque individu, dans son unicité, possède en lui le potentiel et les ressources nécessaires pour générer un changement (Gendreau, 2001), tout en demeurant conscient et critique des défis, actions déviantes ou handicaps que peuvent rencontrer les personnes (Renou, 2005).

L'empathie. Selon Renou (2005), l'empathie est basée sur une conscience de ses propres compétences et vulnérabilités dans diverses situations, permettant au professionnel de comprendre le vécu de la personne et de lui communiquer cette compréhension. Cela renvoie ainsi à l'attitude que démontre le professionnel face à sa compréhension de ce que vit l'autre (Renou, 2005). On retrouve trois aspects (Nasello et Triffaux, 2023), l'aspect affectif, l'aspect cognitif et l'aspect motivationnel. L'aspect affectif renvoie à la capacité de ressentir ce que l'autre ressent. L'aspect cognitif, à comprendre les émotions et les états mentaux de l'autre. Le troisième aspect, motivationnel, concerne la préoccupation du bien-être d'autrui.

La disponibilité. Il s'agit de s'ouvrir, de se mettre à la disposition de l'autre afin de l'aider. En plus d'adopter une attitude d'écoute vraie (Gendreau, 2001), la disponibilité se traduit aussi sur le plan personnel, où le professionnel tient compte de ses propres besoins selon les contextes (Renou, 2005).

La congruence. La congruence réfère à une attitude d'honnêteté, à un souci d'authenticité personnelle dans l'intervention. Il s'agit d'agir conformément à ses valeurs et ses croyances avec l'autre (Gendreau, 2001) en acceptant les tensions inhérentes à son exercice (Renou, 2005).

La confiance. La confiance renvoie à la croyance que le professionnel a lui-même les ressources, le sentiment de compétence pour intervenir (Gendreau, 2001). De plus cette attitude permet la confiance mutuelle, de l'aidé et l'aidant, en les capacités de l'autre (Renou, 2005).

La sécurité. La sécurité englobe l'ensemble des attitudes qui permettent de composer avec des situations anxiogènes. La personne ayant confiance en ses capacités, sachant comment réagir. (Gendreau, 2001). Cette attitude permet d'adopter les comportements appropriés visant à rassurer l'autre personne avec qui elle est en interaction, tout en préservant la qualité de la relation établie (Renou, 2005).

Méthode

La section suivante présente les éléments liés à la méthode de cette étude, à savoir : l'objectif, le devis de recherche, la description de l'étude, les méthodes de cueillette des données, la stratégie d'analyse de celles-ci et les aspects éthiques.

Objectif de recherche

Il s'avère important que les professionnels de la santé puissent desservir les personnes ayant une DI. Relativement au constat du manque de connaissances théoriques, pratiques et des enjeux relationnels à l'égard de la clientèle ayant une DI, l'étude réalisée a comme objectif d'explorer les liens entre la participation à une activité de formation par le sport inclusif suivi d'un soin et les effets sur la pratique de futurs professionnels de la santé auprès des personnes ayant une DI. Plus spécifiquement, on s'intéresse aux effets sur le plan des connaissances théoriques (savoir), de l'adaptation des soins (savoir-faire) et des attitudes (savoir-être). Dans cet ordre d'idées, une initiative de formation incluant, dans un premier temps, un partage d'information sur la DI et le sport inclusif, dans un deuxième temps une activité ponctuelle de sport inclusif puis enfin, une expérience d'offre de soin de santé en optométrie ou en dentisterie ont été étudiés. Les activités sportives conjointes ont été l'occasion de créer un temps de rencontre structurée et de qualité autour de la pratique d'un sport. Ces activités sportives ont eu pour objectif de développer une complicité et une meilleure connaissance mutuelle en vue de réaliser un examen de la vue ou un dépistage dentaire.

Devis de recherche

Cette étude s'inscrit dans un devis de recherche qualitatif et descriptif de type exploratoire. Le but de la recherche qualitative est de développer des hypothèses qui nous aident à comprendre des phénomènes sociaux dans des contextes naturels sans mise en situation artificielle, expérimentale (Paillé et Mucchielli, 2012). L'accent est mis sur les significations, les expériences, les points de vue des participants plutôt que sur l'obtention de statistiques mathématiques. Le chercheur doit en extraire le sens (Paillé et Mucchielli, 2012). La recherche qualitative peut donc être utile à une meilleure compréhension de situations cliniques rencontrées par les professionnels de la santé. Son approche holistique peut être

utilisée dans beaucoup de domaines en sciences sociales comme la psychoéducation. De type exploratoire, celle-ci peut permettre l'émergence de l'innovation, la formulation de pistes de réflexion et d'hypothèse d'action dans le domaine de la DI et de la formation des futurs professionnels de la santé. L'étude exploratoire est réalisée sur un petit groupe de participants, le but est d'obtenir des données de fond. Les croyances et les expériences des individus servent de contribution à ce processus (Holden et al., 2009).

Participants et recrutement

Initialement, la chercheuse devait être sur le terrain, lors d'une activité de sport unifié en 2020 ou en 2021 pour observer le déroulement de l'activité et recruter des participants. Toutefois, en raison de la pandémie mondiale, les tournois et les sports collectifs furent mis sur pause. Un appel à la participation a alors été effectué par un partenaire chez Olympiques spéciaux, d'abord chez les étudiants au doctorat en médecine dentaire de l'UdeM qui avaient pu réaliser une demi-journée d'activité de sport unifié en juin 2022. Malheureusement, puisque le taux de participation de la cohorte était insuffisant et le nombre de participants insatisfaisant, il a fallu élargir l'appel aux étudiants qui avaient participé à une activité de sport inclusif ou unifié de 2019 à aujourd'hui. C'est dans cette optique que les participants dans le domaine de la santé, plus précisément en médecine dentaire et en optométrie ayant participé à des activités de sport inclusif par l'intermédiaire d'Olympiques spéciaux entre 2019 et aujourd'hui ont été interpellés par notre partenaire afin de participer à l'étude.

Sept participants ont participé à l'étude. Il y a eu six femmes et un homme. Trois participants étaient étudiants à l'Université Laval à Québec et quatre participants provenaient de l'Université de Montréal. Le tableau 1 montre la distribution des participants selon le contexte de l'activité à laquelle ils ont participé, en plus de présenter leur université et le déroulement de leur activité. Les participants 1 et 2 sont présentés ensemble dans le tableau 1 puisqu'ils ont eu la même exposition. Certains étudiants ont eu l'occasion de s'impliquer à nouveau auprès d'Olympiques spéciaux entre la participation décrite et l'entretien. Tous les entretiens concernaient cependant leur première expérience.

Critère d'inclusion

Des critères d'inclusions et d'exclusions ont été déterminés afin d'encadrer le choix des participants à l'étude. Ces critères étaient les suivants. Tout d'abord, les étudiants devaient être inscrits dans un programme relié à la dispensation de soins de santé. Ensuite, ceux-ci devaient avoir vécu une activité de sport unifié en présentiel ou virtuellement 2019 à aujourd'hui et être étudiants de premier cycle (formation initiale). Enfin, afin de faciliter le processus d'entrevue, l'étudiant devait avoir une bonne maîtrise du français parlé.

Critère d'exclusion

Les critères d'exclusion pour leur part étaient, en premier lieu, d'être un professionnel déjà en fonction au moment de la participation à l'initiation de formation par le sport. En second lieu, être un étudiant de programmes reliés à l'aide psychosociale (psychoéducation, travail social, etc.) et aux sciences humaines ou un étudiant d'un programme spécialisé associé à ce type de population.

Tableau 1

Contextes dans lesquels les participants ont eu l'occasion de vivre l'activité de sport inclusif

Participants	Université	Domaine d'études	Contexte de l'activité	Déroulement de l'activité de sport inclusif
1 et 2	Laval	Médecine dentaire	Au sein de la clinique <i>Accès de l'université</i> . Les étudiants volontaires traitent gratuitement les clientèles vulnérables qui ont moins accès à des soins bucco-dentaires durant l'été. Événement ponctuel d'une demi-journée	1. Rencontre entre la classe et un représentant des Olympiques spéciaux (OS), présentation de l'activité et présentation d'une dentiste qui travaille avec les athlètes des OS. 2. Sur le terrain de soccer, deux par deux, un étudiant et un athlète ayant une DI se font des passes avec un ballon et disputent une partie informelle avec les autres binômes. 3. Examen dentaire de l'athlète des OS par son partenaire de jeux dans un cubicule.
3	de Montréal	Optométrie	Dans le cadre du cours d'optométrie « Pédiatrie en optométrie et clientèle particulière ». Un avant-midi a été organisé en collaboration avec Olympique spéciaux pour faire des activités de sport inclusif au Centre d'éducation physique de l'Université de Montréal [<i>CEPSUM</i>] combiné à un examen de la vue. Événement ponctuel d'une demi-journée	1. Présentation du professeur, donnant le cours « Pédiatrie en optométrie et clientèle particulière », sur l'adaptation de l'examen de la vue à la clientèle DI. 2. Cohorte de 46 étudiants divisée en 2 groupes. L'étudiant joue dans le gymnase avec l'enfant ayant une DI. 3. Réalisation du dépistage de la vue avec le même partenaire de jeux et choix d'une monture, au besoin.

Participants	Université	Domaine d'études	Contexte de l'activité	Déroulement de l'activité de sport inclusif
4	de Montréal	Optométrie	Dans le cadre du cours d'optométrie « Pédiatrie en optométrie et clientèle particulière » d'une durée de trois heures. Un avant-midi organisé en collaboration avec Olympique spéciaux pour faire des activités de sport inclusif au CEPSUM , combiné à un examen de la vue.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Séance d'informations sur les OS avant l'activité. 2. Partie de basket-ball amical au gymnase de l'université. Les athlètes adolescents ayant une DI jouent en équipe avec les étudiants. Les deux équipes sont mixtes. 3. Dépistage de la vue en binôme d'une durée d'une heure.
5	Laval	Médecine dentaire	Dans le cadre de la 3 ^e année en médecine dentaire. Activité ponctuelle de dépistage dentaire auprès des athlètes ayant une DI.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Séance d'information et rencontre avec une dentiste impliquée dans les OS. 2. Activité de soccer en binôme (athlète des OS et étudiant) au Stade Telus d'une durée d'une demi-journée. 3. Examen dentaire par l'étudiant à son partenaire des OS.
6	de Montréal	Médecine dentaire	Dans le cadre de la 3 ^e année en médecine dentaire (l'été entre la 3 ^e et la 4 ^e année). Activité ponctuelle de dépistage dentaire auprès d'athlètes des Olympiques spéciaux.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Présentation de l'activité et témoignage d'une dentiste impliquée avec OS. 2. Activité de soccer mixte d'une demi-journée suivi d'un examen dentaire. 3. Examen dentaire par l'étudiant à son partenaire des OS.
7	de Montréal	Médecine dentaire	Dans le cadre de la 3 ^e année en médecine dentaire (l'été entre la 3 ^e et la 4 ^e année). Première rencontre par visioconférence puis examen en présentiel à la clinique de l'université.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avant la rencontre, l'étudiant et la personne présentant une DI envoient à son binôme une vidéo du lui ou elle en train de jouer au soccer ou de s'exercer avec un ballon. 2. Entretien sur Zoom sur les habitudes d'hygiène bucco-dentaires avec l'athlète avec une DI et sa famille. 3. Rencontre en présentiel à l'université pour dépistage dentaire.

Entretiens individuels semi-structurés

L'outil de collecte de données choisi dans cette étude qualitative est l'entretien semi-dirigé. L'entretien semi-dirigé combine une attitude non directive du chercheur tout en ayant des points définis à l'avance, ceci ayant pour but de favoriser l'exploration de la pensée de la personne interrogée dans un climat de confiance (Berthier, 2010). La personne peut s'exprimer librement dans un cadre défini (Sauvayre, 2013). Cet entretien individuel permet donc de saisir, au travers de l'interaction entre un chercheur et un sujet, le point de vue de ces derniers et leur compréhension d'une expérience particulière. Cet entretien est la méthode la mieux adaptée pour recueillir le « sens subjectif » des données. Ce type d'entretien permet aussi au chercheur d'improviser des questions en fonction des réponses du participant, ce qui peut conduire à la création de thèmes émergents (Rubin et Rubin, 2011). De plus, il permet d'explorer des hypothèses sans que celles-ci soient définitives. Ainsi, ce sont des entretiens semi-dirigés qui ont été réalisés auprès des participants, permettant une réflexion entre autres, en lien avec la théorie du contact présentée précédemment. Comme la parole est donnée à l'étudiant, l'entretien s'avère un instrument privilégié pour mettre au jour sa représentation de la situation (Baribeau et Royer, 2012). Le but de l'entrevue est de savoir ce que le futur professionnel de la santé pense et d'apprendre des choses qu'on ne peut observer de façon quantitative comme les sentiments, les idées, les intentions (Deslauriers, 1991). Le principe fondamental de l'entretien en recherche qualitative est de fournir un cadre à l'intérieur duquel les répondants exprimeront leur compréhension des choses ou des événements dans leurs propres jargons (Patton, 2014).

Les entretiens se sont déroulés sur la plateforme virtuelle Zoom. Les entretiens réalisés par l'auteure de ce mémoire sont d'une durée de 30 à 45 minutes. Les individus avaient préalablement reçu le formulaire d'informations et de consentement qui expliquait le projet, toutefois, les questions et les thèmes abordés ne leur étaient pas présentés à l'avance. Une seule entrevue a été accordée par participant, après l'activité. Le canevas d'entretien (Annexe A) présente les thèmes suivants : l'expérience (détails sur l'activité vécue), la formation par le sport inclusif, la DI, l'impact sur le savoir-être, l'influence sur la future pratique professionnelle. En ce à trait à la validité de cette façon de faire, on ne compte pas d'étude de validité, car l'entretien semi-dirigé n'est pas un instrument standardisé.

Stratégie d'analyse de données

Les entretiens réalisés sur la plateforme Zoom ont été enregistrés puis les données audios ont été téléchargées et ont fait l'objet d'une transcription par l'auteure du mémoire ci-contre. Ensuite, l'analyse des données a aussi été effectuée par l'auteure de ce mémoire à l'aide du logiciel QSR NVivo (2020). Les verbatims ont été regroupés selon les thèmes contenus dans le canevas d'entretien et selon les thèmes émergents. L'analyse thématique est utilisée dans cette étude qualitative dans le but de répondre à la question de recherche (Paillé et Mucchielli, 2012) précédemment énoncée et d'entreprendre une démarche d'analyse plus personnelle. La thématization, soit l'utilisation de thèmes et de sous-thèmes, consiste à repérer et documenter les informations obtenues en rapport avec la problématique et l'objectif de la recherche. La fonction de documentation concerne la construction des liens entre les thèmes et leur interprétation. Autrement dit, cela consiste à *faire parler* les thèmes et les mettre en lien avec des extraits de témoignages (Paillé et Mucchielli, 2012). Procéder à une telle analyse permet alors d'attribuer des thèmes en lien avec un matériau soumis à une analyse et d'effectuer des regroupements, par exemple selon des complémentarités, des divergences, des oppositions, etc. Dans ce mémoire, la démarche par thématization en continu (Paillé et Mucchielli, 2012) a été utilisée de manière à attribuer les thèmes au contenu simultanément à la lecture des verbatims. Il n'y a pas eu de validation interjuge des thèmes émergents.

Considérations éthiques

Une démarche auprès du comité éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières [UQTR] a été effectuée et un certificat éthique a été obtenu. Un formulaire de consentement a été signé par chacun des participants. Ceux-ci sont conservés de façon numérique et sont protégés par un mot de passe. Pour les raisons liées à l'anonymat, les résultats sont présentés de manière que les participants ne puissent pas spécifiquement être identifiés. Aucun extrait pouvant identifier un participant n'est alors utilisé. Les informations relatives aux participants sont aussi conservées de façon numérique. Seulement l'auteure du mémoire peut y avoir accès. Enfin, les données seront détruites un an après le dépôt final du mémoire et ne seront pas utilisées à d'autres fins.

Résultats

L'objectif général était d'explorer les liens entre la participation de futurs professionnels de la santé à une activité de sport inclusif suivie d'un soin et pratique professionnelle (connaissances, savoir-faire et attitudes). Ainsi, dans cette section, nous présentons les résultats de manière à faire ressortir les effets d'une telle activité de formation par le sport inclusif sur la pratique des futurs professionnels de la santé à l'égard de la population ayant une DI. Cette partie présente les résultats en lien avec les appréhensions avant l'activité, le rôle d'un professionnel mentor, puis les résultats obtenus en lien avec le savoir, le savoir-faire et le savoir-être des futurs professionnels. Ensuite, il sera question de l'appréciation globale de l'expérience. Les résultats sont présentés en fonction des thèmes qui sont ressortis de l'analyse. Les verbatims évocateurs ont été rigoureusement choisis pour cette partie.

Appréhension et inconfort avant l'activité

Ce premier tableau de résultats aborde les appréhensions face à l'imprévisibilité, les opinions et les sentiments préconçus, en amont de l'activité. Une anticipation et un stress tant concernant l'activité sportive que pour le soin ont été notés. Les verbatims choisis montrent notamment que les futurs professionnels ne se sentiraient pas suffisamment outillés face à la gestion d'un comportement perturbateur d'une personne ayant une DI, que le bagage antérieur théorique n'était pas suffisant. Ceux-ci avaient aussi le souci de ne pas créer d'impacts négatifs pour cette personne. Enfin, les participants ont nommé être conscients des préjugés et des défis liés au contact avec la clientèle, par exemple en ce qui concerne la vitesse d'exécution des personnes ayant une DI, comme le témoigne le dernier verbatim de ce tableau.

Tableau 2*Inconfort avant l'activité*

Thèmes	Verbatims évocateurs
Appréhension face à l'imprévisibilité	<p>Verbatim 1 : « C'est face à l'imprévu, face à un moment où on n'a pas le contrôle. On peut mettre les conditions gagnantes, mais à certains moments on n'a pas le contrôle. »</p> <p>Verbatim 2 : « ...mais c'est sûr qu'il y avait toujours comme la peur qu'il y ait une crise, si on veut là. C'est comme qu'on fasse quelque chose, puis que là, on est allé à la limite. Puis que là, c'est comme que la crainte envers...Puis là, c'est comme « OK » bien à cause de moi, il va avoir peur toute sa vie d'aller chez le dentiste. Il y a eu une mauvaise expérience, mais pas nécessairement, en tout cas, c'est pas toujours notre faute. Mais tu sais, il y a l'interprétation, puis des choses comme ça. »</p> <p>Verbatim 3 : « <i>Ben</i> ça fait un peu peur là. Je pense pas que c'est en matière de mauvaise foi, mais c'est plus en matière de crainte par rapport à comment gérer tout ça. »</p>
Peur de ne pas avoir d'affinités	<p>Verbatim 1 : « Au début, j'avais peur, je me suis dit : Oh boy, ça va être dur de trouver un intérêt commun. »</p> <p>Verbatims 2 : « On s'était fait un échange de regard pour savoir avec qui qu'on était, puis là je me souviens même avoir dit : Oh elle a l'air plutôt gênée, fait que j'espère que ça va bien aller quand on va discuter tantôt. »</p>
Stress, car le bagage antérieur était seulement théorique	<p>Verbatim 1 : « ...c'est sûr qu'au début on était un petit peu stressé parce que tout ce qu'on avait vu, c'était purement théorique. »</p> <p>Verbatim 2 : « C'est bien, j'ai trouvé ça vraiment pertinent. C'est un peu une clientèle qui peut être intimidante dans le cadre de notre travail...Moi ça m'a fait comme peur, la théorie me faisait plus peur que la pratique... En pratique j'ai fait : Ah ce n'est pas si pire. Nous avons créé une anticipation. »</p>
Conscience de ses préjugés	<p>Verbatim : « Je pense que c'est ce genre de préjugés là, que y'a une lenteur, ou ils comprennent pas vite, tout, ça ralentit, c'est plus ces choses-là que...que j'ai en tête. »</p>

Soutien d'un professionnel mentor

Le Tableau 3 présente aussi un élément relié au contexte avant l'activité sportive inclusive. L'introduction d'un professionnel de la santé en tant que personne ressource dès le début de l'activité s'est avéré être un facteur de motivation à la participation des futurs professionnels à l'activité sportive inclusive et à offrir un premier soin à une personne ayant une DI. Plusieurs participants ont abordé eux-mêmes l'appréciation du soutien d'un professionnel mentor, qui n'était pas initialement inclus dans le canevas d'entretien. De plus, cela aurait aussi un effet sur la future pratique professionnelle des étudiants. En effet ceux-ci seraient davantage enclins à traiter des patients avec une DI à la suite des explications de professionnels expérimentés. Cela a encouragé les participants. C'était rassurant, surtout sécurisant pour eux de ne pas briser la glace seuls, malgré le manque d'expérience et l'appréhension y étant associée. Les mentors ont pu donner des exemples concrets aux étudiants, ce qui a été apprécié par ces derniers, comme le témoignent plusieurs verbatims.

Tableau 3

Soutien d'un professionnel mentor

Thèmes	Verbatims évocateurs
Sentiment de soutien du jeune professionnel	« Elle a dit : « Moi, je suis toujours là, je vais toujours répondre à vos questions, puis je peux vous accompagner là-dedans ». C'est le fun de savoir que bon, ben même si on essaie, ben on n'est pas tout seul au monde. Puis il y a quelqu'un qui en a déjà traité. Tu sais elle nous donnait des trucs, vraiment pratico-pratiques... »
Témoignage du mentor	Verbatim 1 : « Ouais, mais honnêtement, c'était vraiment le <i>fun</i> d'avoir comme une...quelqu'un qui en a fait qui est capable de nous donner des exemples, puis des comme des faits concrets, puis des trucs qu'elle, elle applique pour être capable de réussir, justement. Puis de à quel point, pour elle, c'est valorisant, tu sais, de...d'être capable de...d'arriver à un succès avec la personne. » Verbatim 2 : « Mais le fait d'avoir discuté avec quelqu'un, d'avoir déposé et on se rend compte que dans le fond, ce n'était pas si compliqué tu sais, on entend souvent les histoires d'horreur. »
Importance du soutien lors d'une première fois	« Oui <i>pis</i> en même temps ce n'est pas de briser la glace seul, on est encadré donc c'est rassurant pour les étudiants tandis que l'expérimenter seul dans son bureau, c'est un autre niveau. »

Thèmes	Verbatims évocateurs
Modèle inspirant	<p>Verbatim 1 : « Oui, ils donnent des trucs, je les ai observés un peu <i>pis</i> après essayer de reproduire ça et de l'adapter à ma façon. »</p> <p>Verbatim 2 : « ... c'est que nous on avait une présentation sur les Olympiques spéciaux, puis on avait une des explications d'une dentiste qui est quand même chevronnée avec ce type de patientèle. Là, ayant elle-même un fils DI, elle nous en a parlé. »</p> <p>Verbatim 3 : « ...j'avais rencontré une dentiste et sa fille était... était autiste, puis elle <i>a</i> voulait vraiment offrir des soins <i>genre</i> aux personnes qui avaient un spectre de l'autisme, ça... puis ça m'avait quand même inspiré parce que je la trouvais bonne. »</p>

État des connaissances « savoir »

Le Tableau 4 appuie le fait que les futurs professionnels de la santé ne considèrent pas que leur formation universitaire est suffisante en ce qui concerne les particularités des différentes clientèles qu'ils pourraient accueillir en clinique. Le premier verbatim fait part de l'insuffisance des connaissances théoriques acquises avant l'activité à diminuer le sentiment de stress face à côtoyer une personne avec une DI dans le cadre de l'activité. Dans le deuxième verbatim choisi, l'étudiant témoigne que dans leur formation, les dentistes ne sont pas spécifiquement formés à offrir un service à la population ayant une DI.

Tableau 4

Le savoir

Thèmes	Verbatims évocateurs
L'état des connaissances avant l'activité	<p>Verbatim 1 : « ...c'est sûr qu'au début on était un petit peu stressé parce que tout ce qu'on avait vu, c'était purement théorique. »</p> <p>Verbatim 2 : « J'ai... c'est aussi tu sais, c'est pas nécessairement...c'est pas contre les dentistes, c'est juste que mettons en termes de formation, on n'est pas nécessairement si formé à avec ce genre de de patientèle [clientèle ayant une DI] là. Ce qui fait drôle quand tu arrives dans un... avec un genre de type de personne que tu connais pas nécessairement... »</p>

Savoir-faire

La section suivante, tient compte des habiletés des futurs professionnels à résoudre les problèmes pratiques : compétence, expérience dans l'exercice des professions de dentiste et d'optométriste.

Influence de l'activité sur la future pratique clinique

Le tableau 5 fait ressortir les adaptations effectuées sur le plan de la pratique des dépistages dentaires et les examens de la vue qui ont été faits dans le cadre des activités de sport inclusif et qui sont à reconduire dans la future pratique professionnelle des participants. Les adaptations techniques permettent à la clientèle ayant une DI de recevoir les soins nécessaires à leur santé. Le premier thème de ce tableau, regroupant trois verbatims, évoque le désir des étudiants de prendre le temps pour des clients ayant une DI dans le contexte clinique même si cela ne fonctionne pas du premier coup. Ensuite, les résultats de ce tableau expriment les apprentissages relatifs à l'adaptation des examens, notamment l'importance d'adapter les examens ou soins, le rythme, l'ordre des tests, etc. Un participant a mentionné que la création d'un lien de confiance dès le début de la rencontre peut contribuer à la réussite du traitement. Un participant a mentionné l'importance de l'action préventive. Puis, trois participants ont exprimé un parallèle entre la pratique professionnelle auprès de la population ayant une DI et la pratique auprès des enfants, à travers la curiosité du patient, la pertinence de rendre l'exercice amusant ainsi que du défi relié à la communication et à la validation des tests.

Tableau 5*Influence sur la future pratique clinique*

Thèmes	Verbatims évocateurs
Prendre le temps d'accueillir des personnes avec une DI	<p>Verbatim 1 : « ...bien tu sais, si je vois une personne ou deux, si je traite une ou deux personnes qui ont une condition comme ça dans ma clinique, au lieu de faire comme : <i>Oh mon Dieu, non j'ai vraiment peur</i>. Mais on peut l'essayer, c'est comme on va en parler, on va prendre plus de temps. »</p> <p>Verbatim 2 : « Ouais comme essayer plusieurs choses, c'est essayer plusieurs choses, pas parce que, <i>ok</i> bien là avec lui, avec un ça a fonctionné comme ça, mais là l'autre je vais l'essayer, ça se peut que ça marche pas. Bon, je vais essayer d'autres choses, ça se peut que ça marche pas, je vais essayer autre chose. Il y a comme...on peut réessayer plusieurs fois, puis à un moment donné, il y a quelque chose qui va faire que comme : <i>Ok là, on a attiré l'attention !</i> Puis là, là ça fonctionne. »</p> <p>Verbatim 3 : « Puis...puis la dentiste, lors de la conférence, disait que c'est avant même de commencer les traitements. Y a certains patients avec qui, tu sais, ça lui prend 3-4 rendez-vous de 45 minutes avant de pouvoir réussir à...à vraiment faire quelque chose de...dans la bouche, fait que c'est vraiment le lien de confiance qui est dur à aller chercher puis qui c'est un travail de longue haleine. »</p>
Adaptation des évaluations	<p>Verbatim 1 : « ...ils commencent à...à développer un petit peu d'anxiété. Là, oups, il faut changer de test, il faut adapter, faut aller un peu plus lentement et tout. Donc adapter aussi l'interaction avec le patient. »</p> <p>Verbatim 2 : « ...là c'est d'adapter l'examen aussi pour ...parce que le moindrement qu'il y a un patient qui louche, ça peut affecter aussi ses activités. Il peut se mettre à voir double. Puis des fois, je fais un patient qui est non verbal. La manière qui va l'exprimer, c'est, c'est un stress, un mal de tête. Donc là c'est vraiment prendre soin de faire, de réaliser un bon test. »</p>

Thèmes	Verbatims évocateurs
Investir le lien professionnel-patient avant de donner les soins	« Mais je pense s'intéresser à ce qui est important pour eux, leur intérêt. Je pense que c'est une bonne façon de d'établir comme un terrain d'entente pour éventuellement réussir à faire les traitements qu'on a à faire. »
Une pratique axée sur la prévention	« Avec ces patients-là, il fallait vraiment plus axer sur la prévention fait que pas nécessairement un traitement que je ferais sur un patient, sur ma mère par exemple, je le ferais pas nécessairement sur cette personne-là parce que elle ce qu'on veut, c'est vraiment maximiser son hygiène, prévenir la douleur aussi, c'est vraiment ça... »
Technique qui ressemble à celle utilisée auprès des enfants	<p>Verbatim 1 : « Oui, c'est ça, c'est vraiment juste, c'est le plus important, c'est vraiment établir le un lien de confiance avec le patient, pas juste faire comme : <i>Ok, je vais regarder ta vision, cacher un œil, cacher l'autre</i>. Non. C'est rendre ça amusant... sans, comme je l'ai dit comme sans infantiliser, sans les traiter comme les enfants...»</p> <p>Verbatim 2 : « Savoir-faire, c'est d'adapter nos tests à eux, se faire confiance à nous. C'est plus objectif, car les réponses, ça dépend du niveau de la personne. Parfois c'est dur d'avoir une réponse, ça ressemble à la clientèle pédiatrique... On est souvent habitué de confirmer nos réponses avec les patients, comme ils voient ça subjectivement ou avec des machines. Ce n'est pas toujours possible avec les DI. Parfois ils ne répondent pas donc il faut se fier à nos tests. »</p> <p>Verbatim 3: « ...c'est que ce genre de patients aiment savoir ce que tu fais, aiment comprendre un peu, ils sont comme ils sont, très curieux. Là tu sais, c'est sûr que je généralise, mais... Donc c'est la même chose un peu avec... c'est un peu la même technique que t'as d'approche avec des enfants. »</p>

Exemples pratiques d'adaptation de la tâche

Le tableau ci-dessous fait ressortir des exemples précis et concrets, de techniques pour faciliter les soins à la population avec une DI que les futurs professionnels ont reçus en traitement, dans le cadre de l'activité. Les professionnels doivent faire preuve de créativité et s'adapter à la clientèle (intérêts, peurs, capacités cognitives, limitations physiques, préférences sensorielles, etc.). Par ailleurs, un participant a expliqué une technique imagée pour expliquer comment effectuer une anesthésie chez le dentiste. Un autre participant a parlé de l'utilisation de chartes avec des formes plutôt qu'avec des mots. On procède alors par association de formes pour les patients non verbaux lors d'examen de la vue. Deux autres participants ont aussi mentionné la pertinence de l'utilisation de repères visuels pour expliquer le déroulement des soins aux personnes ayant une DI ainsi que les conseils que les professionnels leur donnent.

Tableau 6

Exemples pratiques

Thèmes	Verbatims évocateurs
Technique pour geler la bouche	« Puis je dis aux gens que je gonfle à l'air la joue, puis comme vu que le jet d'air c'est... On se concentre là-dessus puis quand j'ai terminé, ils ont l'impression que c'est gonflé à cause que le produit anesthésiant fait effet, c'est comme une manière détournée d'expliquer, tu sais, comme d'expliquer qu'est-ce qui se passe, mais de rendre ça relaxant, tu sais ? Puis, il y a même des parents <i>à cette heure</i> qui me demandent de gonfler à l'air eux autres aussi parce qu'ils ont peur. »
Adapter les outils pour l'examen de la vue	« On va pour examiner la vision. On va pas utiliser la fameuse charte avec les lettres parce que des fois, c'est un petit peu difficile justement à mentionner les lettres. Donc on utilise, c'est des chartes avec des formes. Comme par association, parce que plusieurs patients qui parlent pas beaucoup, ils sont non verbaux, donc là c'est comme on a comme une petite charte de comme de près, puis là on pointe les formes au loin. »

Thèmes	Verbatims évocateurs
Valider la compréhension du patient	« Donc bien vulgariser si jamais comme demander si elles ont bien compris, comme prendre les pauses plus fréquentes pour demander est-ce que tu as bien compris, puis essayer de répéter en utilisant d'autres mots. »
Explication de façon séquentielle	« Tu sais, mettons aussi mettons, on parle des spectres de l'autisme, mais autisme ils aiment ça voir des images, c'est clair, un peu comme, <i>ok</i> , première étape : on regarde, 2e étape : on prend une photo, comme une radiographie. 3e étape.... C'est en ordre, en séquence puis en termes de temps. Je pense qu'il aime ça voir séquentiellement. Comme qu'est-ce qui se passe. »
Utiliser des supports auditifs, visuels, tactiles, etc.	« Ben on s'est rendu compte que ce qui marchait bien, c'était beaucoup plus visuel, fait que tu sais sortir la brosse à dents, sortir le, le dentiforme, montrer les dents par exemple quand qu'on parle d'une technique de brossage. Fait que vraiment y aller avec du visuel, avec du verbal en même temps, y aller avec des phrases qui sont simples, courtes, montrer après ça, donner le... le, je donne l'exemple de montrer comment brosser là. »

Interaction avec les accompagnateurs

L'implication des proches, des familles, des intervenants, etc., dans le processus de soin est décrite dans le tableau ci-dessous. Puisque les professionnels ne connaissent pas les patients dans leur milieu de vie, ils se fient aux rétroactions des proches. Les étudiants ont signifié l'importance de l'implication des proches pour la personne présentant une DI et pour le professionnel, notamment pour faciliter la communication et rassurer. Un participant note cependant qu'il faut toutefois développer le réflexe de se diriger d'abord vers le patient ayant une DI pour obtenir des réponses aux questions.

Tableau 7*Interaction avec les accompagnateurs*

Thèmes	Verbatims évocateurs
Importance de l'implication des proches	« ...tu sais, on a pas beaucoup d'expositions, on les voit pas dans leur milieu, on les connaît pas comme personne, on les voit juste comme momentanément. On finit par les connaître au fil des années qu'on les suit. Mais on n'est pas longtemps là. Ça prend vraiment l' <i>input</i> des gens qui sont proches d'eux. »
Présence rassurante des accompagnateurs	« ...à Special Olympics, y en a plusieurs qui étaient accompagnés de leur <i>coach</i> , de leurs parents. Fait que ça aussi c'est vraiment une source précieuse si jamais, on a besoin d'avoir plus d'informations. Donc, ils sont là pour...pour nous. Pour nous aider, ils connaissent le patient plus que tout le monde donc... »
Aller vers le patient pour obtenir une réponse avant d'aller vers l'accompagnateur	« ...s'il vient avec un parent, un <i>coach</i> , un accompagnateur, on a souvent tendance à vouloir se diriger directement vers l'accompagnateur alors que tu réalises que non, on parle, on commence directement à parler avec le patient. Et là, si tu vois que la communication est difficile, t'arrives pas à obtenir les informations adéquates pour procéder à ton examen de la vue, là, tu poses des questions à l'accompagnateur, mais vraiment... C'est... Il faut vraiment développer le réflexe de se diriger directement aux patients, donc là comme je dis, les cas où est-ce que la communication se fait super bien, il faut juste parler avec un... bien vulgariser, parler avec un débit normal. »
Facilitateur au niveau de la communication	« Oui, c'est ça tous les signes physiques. Oui et aussi le fait d'avoir un accompagnateur. Ça peut être plus rapide si on ne comprend pas le non verbal qui exprime des choses. On peut demander à l'accompagnateur de nous dire de nous aider. »

Savoir-être

Un des aspects sur lesquels la question de recherche était orientée est le savoir-être des futurs professionnels. Ici, le savoir-être rassemble les attitudes, les opinions, les sentiments,

les perceptions et les valeurs dans les interactions avec l'autre et l'environnement. Les thèmes présentés sont ceux qui sont ressortis comme étant des caractéristiques personnelles clés dans l'établissement d'une relation professionnelle avec des patients ayant une DI.

Impact sur les attitudes affectives des professionnels, savoir-être

Les attitudes affectives et sociales sont présentées dans le Tableau 8. On parle notamment de la patience, de l'empathie, de la confiance, de la considération et de la sympathie. Les verbatims du tableau 8 montrent comment ces attitudes affectives se sont manifestées chez les participants. La patience a été explicitement nommée par les participants. Les autres thèmes évoqués, l'empathie, la confiance, la considération et la sympathie sont des thèmes émergents et sont une interprétation de la chercheuse à partir des entretiens.

Tableau 8

Attitudes professionnelles

Thèmes	Verbatims évocateurs
Patience	<p>Verbatim 1 : « <i>Ben</i>, c'est ça, je trouve que c'est ça, la patience. Puis, il y a aussi tu sais, on est habitué, quand on parle entre nous autres, on est habitué d'avoir un feedback qui est immédiat. »</p> <p>Verbatim 2 : « Ouais, fait que ce que j'ai trouvé <i>challengeant</i>, c'est que c'est des fois, faut mettre un peu notre manière de faire habituelle de côté, puis vraiment se dire : dans notre vie, on est habitué, on pose une question, on a une réponse instantanée, que ce soit verbal ou non verbal. Eux autres c'est de prendre le temps. »</p> <p>Verbatim 3 : « C'est juste qu'il faut être patient, puis en même temps les autres, bien ça leur donne plus d'accès, pour que ça puisse éviter d'embourber le système de santé pour des soins qui pourraient être donnés ailleurs, mais qu'il faut juste être patient. »</p>

Thèmes	Verbatims évocateurs
Empathie	<p>Verbatim 1 : « Fait que je me dis c'est peut-être parce que à un moment donné, ils sont conscients qu'ils ont ça aussi, puis ils veulent comme pas s'ouvrir puis ils disent : <i>oui peut être que je m'exprime pas bien</i>. Ben là j'ai, je pense là, mais c'est... je m'avance. Je pense d'une certaine manière, des fois sont difficiles à comprendre, puis ils osent pas s'exprimer, mais quand ils ont vu qu'ils sont en confiance puis qu'on leur laisse le temps. Elle a pris le temps de s'exprimer... »</p> <p>Verbatim 2 : « Tu les vois, quand ils arrivent, puis c'est...c'est stressant, ils passent à travers tellement d'exams médicaux aussi, que c'est rendre l'activité la plus amusante possible (...) on rentre dans leur bulle quand même... »</p> <p>Verbatim 3 : « Oui, c'est ça, mais dans le fond, comme s'adapter, les interactions avec le patient. Le plus tu as de l'expérience, plus de capables de détecter comme quand un test va bien ou quand justement, le patient commence à être stressé un petit peu. Là, on y va plus lentement, on change de test, on change de technique pour, pour le faire, reprendre la confiance et tout... »</p>
Confiance	<p>Verbatim 1 : « Fait que je pense que ça pourrait expliquer pourquoi il y a plusieurs dentistes qui veulent pas les traiter, dans le sens où qui se trouvent pas suffisamment, pas parce qu'ils veulent pas les traiter, parce qu'ils les discriminent, c'est pas ça, c'est parce qu'ils se sentent pas compétents face à cette situation-là. »</p> <p>Verbatim 2 : « Là, c'est de savoir que chacun est unique en son genre, <i>fait</i> qu'il faut vite savoir comment les mettre à l'aise, puis les laisser comme discuter à leur rythme, puis savoir, eux, c'est quoi leur communication. Comme on est passé d'un garçon qui lui, disait juste oui ou rien d'autre ou peu de choses, à quelqu'un qui peut s'exprimer, mais qu'il faut lui laisser le temps. Puis il faut qu'il ait confiance en nous. »</p>

Thèmes	Verbatims évocateurs
Confiance (suite)	<p data-bbox="523 304 1383 595">Verbatim 3 : « Mais c'est ça, moi, comme j'ai dit, le plus gros changement, c'est avoir de la confiance aussi en tant que professionnel de la vue, de réaliser que c'est pas, c'est pas si difficile que ça aussi de réaliser un examen auprès de ces patients-là, donc avoir confiance en...au fait que comme...que nous on peut acquérir le plus de plus d'informations possible. On peut les adapter [les examens].</p> <p data-bbox="523 640 1383 842">Verbatim 4 : « ...c'est quelque chose qui s'acquiert, mais déjà avoir une sensibilisation grâce à ces événements comme ce qu'on a fait au CEPsum, avec Special Olympics, en tant qu'étudiant, ça ouvre la porte justement, après, en tant que professionnel à avoir plus de confiance en nous puis a c'est ça comme je disais. »</p> <p data-bbox="523 887 1383 1093">Verbatim 5 : « Ça n'a vraiment pas été un cas difficile, mais je pense que le fait qu'on se soit un peu connu avant ça a vraiment établi une bonne relation, puis un genre de petit : regarde, moi aussi, je suis comme toi, moi aussi j'aime les mêmes affaires et tu peux me faire confiance. »</p>
Considération	<p data-bbox="523 1104 1383 1305">Verbatim 1 : « ...c'est des personnes uniques qui ont une énergie différente, qui ont une personnalité différente. Ils ont tous un niveau de communication différent aussi. Il y a toute une manière d'aller les chercher. Il y a toute la possibilité d'établir un lien avec eux, faut juste trouver c'est quoi le bon pour eux. »</p> <p data-bbox="523 1350 1383 1608">Verbatim 2 : « Après, mon approche avec le ou la patiente, je pense que c'est comme essayer de clairement...tu vas parler avec, tu veux pas essayer de les traiter comme des bébés, mais tu veux essayer de parler avec des mots qui sont plus faciles de compréhension, puis d'essayer d'expliquer de manière un petit peu plus imagée ce que tu fais, ce que t'essayes de voir. »</p>
Sympathie	<p data-bbox="523 1653 1383 1816">« ...faire des sourires, de faire des ptis 'thumbs up' et tout pour faire comprendre le patient que tsé, encore une fois c'est amusant, pas de stress, ça va bien l'examen, donc ça aide aussi à obtenir plus de résultats. Puis c'est une expérience agréable. »</p>

Enjeux sur le plan de la communication

La communication est un enjeu considérable dans la création de liens entre le professionnel ou l'étudiant, le futur professionnel et son patient. Que cela soit avant l'acte professionnel, pendant ou après. Le Tableau 9 présente les enjeux relevés en ce qui concerne la communication, mais surtout, les adaptations réalisées par les futurs professionnels pour faciliter la communication. Notamment, les participants ont relevé qu'ils ont dû adapter leurs techniques de communication, à savoir : le rythme, le contenu, la vulgarisation, valider la compréhension de l'autre, etc. Ils démontrent le souci d'une communication efficace.

Tableau 9

Les enjeux de la communication

Thèmes	Verbatims évocateurs
Adapter le rythme	« Mais je pense que y aller tranquillement... Puis ils se rendent compte que... On peut, tu sais, on n'a pas besoin de le considérer comme nécessairement un enfant, on peut...on peut s'adresser à... au patient comme si c'était un autre patient, mais en expliquant certains points plus tranquillement des fois, ça fait toute la différence. »
Utilisation de la répétition	« Fait que j'ai l'impression que ça m'est arrivé, c'est de devoir répéter à plusieurs reprises, puis, pour que ça soit bien compris. Puis on... j'ai l'impression aussi qu'il existe toujours un doute de si : est-ce que vraiment j'ai réussi à bien me faire comprendre? »
Bien vulgariser	« Oui, c'est ça, c'est, c'est vraiment le...le plus gros défi, je te dirais la communication parce que là t'as...c'est tout un spectre, différents degrés, la déficience intellectuelle, comme tu le sais très bien. Donc il y en a que la communication se fait sans problème. C'est présenté dans...à la normale. La seule chose, la plus grande différence, c'est qu'il faut très, très bien vulgariser aussi. Tous les...c'est pas sorcier... mais comme tous les patients aussi. Pas sortir des termes trop complexes.
La capacité des personnes ayant une DI à s'exprimer	« Mais je dirais peut-être, avant, je sous-estimais plus leur façon de communiquer. Parce que des fois, ils ne vont pas utiliser les mêmes mots que nous, mais ils sont capables d'exprimer, la majorité du temps, d'une certaine façon au moins, d'exprimer les plaintes, leurs douleurs. Avant j'aurais, pas ignoré, mais pas pris autant le temps de les écouter, de communiquer de la meilleure façon. Des fois, c'est peut-être plus long, mais sinon

	communiquer plus efficacement en utilisant des questions <i>oui/non</i> ou de les guider un peu plus dans la réponse et adapter mes explications. Aussi, trouver des intérêts pour discuter avec eux, exemple : parler d'équipe de sport, on crée un lien avec eux, ça brise la glace. »
Thèmes	Verbatims évocateurs
Difficulté à valider la compréhension	<p>Verbatim 1 : « ...j'ai l'impression que c'est plus facile d'avoir des bris de communication, ou ce que tu dis. Est-ce que... est-ce que j'ai...J'ai vraiment réussi à aller chercher la compréhension de mon patient ? »</p> <p>Verbatim 2 : « C'est toujours <i>challengeant</i> la communication. Tu sais, on communique un peu de la manière qu'on parle d'habitude puisqu'on est habitué, mais des fois c'est pas toujours les bons mots comme j'essaye... C'est sûr que t'essayes d'être un petit peu plus clair d'être... T'essaies un petit peu de trouver les bons mots, qui sont pas trop compliqués, mais c'est sûr que c'est un petit peu plus difficile en termes de communication parce que des fois aussi, tu sais pas si y comprennent nécessairement tout ce que tu dis ou est-ce qu'ils l'interprètent d'une manière que tu voulais pas qu'il interprète ou vice versa. »</p>

La formation par le sport inclusif

La formation regroupant une activité sportive inclusive suivie d'un soin dans le cadre du parcours universitaire est étudiée dans ce mémoire pour favoriser le développement de connaissances, du savoir-faire et d'attitudes positives. La section suivante présente les retombées de l'utilisation de cette activité.

Les retombées perçues de l'ajout du sport inclusif à la formation

Le tableau 10 brosse un portrait des retombées d'une telle activité pour les futurs professionnels. Les retombées perçues représentent la valeur ajoutée à leur formation. Nous parlons ici de valeur ajoutée, car aucun participant n'a signifié que l'activité était inutile. Il est ressorti des verbatims que l'expérience a été positive. Par ailleurs, l'activité a contribué à augmenter l'aisance avec la clientèle, à déconstruire les appréhensions et les tabous en joignant l'utile à l'agréable. De plus, selon un participant, l'expérience a été « gagnant-gagnant » pour

les personnes avec et sans DI. Le sport a aidé à développer les liens entre les personnes. Les apprentissages réalisés ont conduit certains participants à poursuivre leur implication professionnelle et communautaire et à découvrir un intérêt à traiter la clientèle présentant une DI comme l'explique les verbatims suivants.

Tableau 10

Les retombées de la formation pour les futurs professionnels

Thèmes	Verbatims évocateurs
Intérêt du professionnel à continuer à s'impliquer auprès de la clientèle	<p>Verbatim 1 : « Avant cette activité-là tu sais pas si tu veux avoir ce genre de clientèle là dans ta vie de tous les jours, est-ce que tu vas être capable aussi de traiter cette clientèle ? Là, ça va confirmer que ça m'intéresse, c'est, puis que je me disais que oui, ça va être possible. »</p> <p>Verbatim 2 : « Grâce à cette exposition aussi le après, une fois qu'on a gradué, j'ai fait une résidence optométrie communautaire avec spécialisation pour les populations, adapter les examens de la vue justement pour les populations plus vulnérables. »</p>
Vivre une expérience positive	<p>Verbatim 1 : « ...et là il était assis, puis il était bien content de brosser le modèle puis de me montrer comment il se brossait les dents, puis d'ouvrir la bouche. Puis il était tout fier. Là tu sais, il était 0 difficile...il faut que la personne, elle collabore dans le fond. Tu ne peux pas comme détourner la chose, non, non ! C'est comme, faut être assis, puis la bouche ouverte comme pas d'autre choix... C'était le fun de voir que dans le fond c'était pas si compliqué que ça. »</p> <p>Verbatim 2 : « ...mais j'ai vraiment aimé leur, leur positivisme, leur attitude. Tu sais, ils étaient tous très contents qu'on soit là. C'était vraiment une...tu sais, il était tout enjoué, on a joué au soccer, puis on a joint un peu l'utile à l'agréable. »</p>

Thèmes	Verbatims évocateurs
Meilleures connaissances des besoins des personnes avec une DI	<p data-bbox="525 394 1382 607">Verbatim 1 : “<i>Bah</i> moi je pense qu’on a quelque chose de plus parce que justement des fois tu penses que tu pourrais facilement le faire sans l’avoir fait, mais c’est totalement différent. Juste comme je disais au début, je me suis dit ça va être plus difficile que je pense parce que j’arriverai pas à rentrer en communication avec les athlètes des Olympiques spéciaux avec qui j’étais attiré.”</p> <p data-bbox="525 647 1382 792">Verbatim 2 : « Ça me sensibilise beaucoup aux besoins puis aux enjeux de... de ce type de patientèle là, fait que nécessairement, si je suis sensible à ça, j'ai envie de pouvoir faire la différence dans le milieu que je vais être (...) pour que je puisse les aider. »</p> <p data-bbox="525 833 1382 1048">Verbatim 3 : « on doit s'adapter en fonction de...de leurs besoins particuliers. Puis c'est important de le faire tôt. Je pense dans notre formation, pour qu'on s'ajuste, qu'on ait la puce à l'oreille, comment s'adapter, puis que ça ne soit pas nécessairement un stress de faire face à ce genre de patientèle-là, qu'on soit plus...plus outillé. »</p>
Diminuer les appréhensions	<p data-bbox="525 1099 1382 1384">« Puis que finalement tu sais au début, j'appréhendais ça, je me disais, « Oh mon Dieu ! », ça sera pas facile, peut-être qu'elle me laissera même pas faire son examen. Puis finalement, avec l'activité elle s'est dégênée, on a eu un beau petit lien puis finalement j'ai pu faire son examen, fait que je pense que pour ça, ça l'aide beaucoup, mais ça aide à rentrer en communication avec les autres, de trouver un lien de confiance avec. »</p>
Développer une sensibilité à l’autre	<p data-bbox="525 1435 1382 1693">Verbatim 1 : « C'est profitable d'utiliser la formation par le sport unifié dans le contexte, dans le contexte universitaire. Ça, ça amène un peu de...ben pas ça dédramatise, mais ça apporte un peu plus de douceur, là, dans un soin qui peut être intimidant avec les instruments, avec des nouvelles personnes(...)C’est vrai et c’est pour eux et pour nous j’ai trouvé que c’était gagnant-gagnant. »</p> <p data-bbox="525 1733 1382 1984">Verbatim 2 : “Tu sais comme après on avait justement dit le contraire, on avait dit comme : <i>Wow, Ok, bon ben tsé</i>, on trouve ça important. On aimerait même peut-être faire du bénévolat comme dentiste communautaire, <i>tsé</i> auprès des groupes Olympiques Spéciaux. En tout cas, je trouve que au contraire, ça nous a un petit peu plus rendus sensibles au sujet de ce groupe-là.”</p>

Thèmes	Verbatims évocateurs
Découvrir des intérêts en commun avec un individu ayant une DI	« Après, ça avait comme vraiment été super facile pour moi d'être avec, une bonne connexion. Puis tu sais, on avait parlé beaucoup de soccer, puis tout ça, puis tu sais, je voyais qu'elle ça là passionnait, il y avait une grosse passion pour le soccer, puis ça tombait bien parce que moi aussi j'adorais ça... »
Développer une sensibilité à l'autre	<p>Verbatim 1 : « C'est profitable d'utiliser la formation par le sport unifié dans le contexte, dans le contexte universitaire. Ça, ça amène un peu de...ben pas ça dédramatise, mais ça apporte un peu plus de douceur, là, dans un soin qui peut être intimidant avec les instruments, avec des nouvelles personnes(...)C'est vrai et c'est pour eux et pour nous j'ai trouvé que c'était gagnant-gagnant. »</p> <p>Verbatim 2 : “Tu sais comme après on avait justement dit le contraire, on avait dit comme : <i>Wow, Ok, bon ben tsé</i>, on trouve ça important. On aimerait même peut-être faire du bénévolat comme dentiste communautaire, <i>tsé</i> auprès des groupes Olympiques Spéciaux. En tout cas, je trouve que au contraire, ça nous a un petit peu plus rendus sensibles au sujet de ce groupe-là.”</p>

L'appréciation de la formation par le sport inclusif

Ce tableau-ci présente les opinions et les sentiments des participants à l'activité. Tous ont eu une opinion favorable et considèrent que cela devrait être reconduit pour les cohortes à venir. Passer de la théorie à la pratique s'est avéré rassurant pour les étudiants. Quant à lui, le sport comme moyen de mise en relation a été apprécié, car il est rassembleur. Il a même été proposé d'offrir ce type de formation à d'autres professionnels de la santé.

Tableau 11*L'appréciation de la formation par le sport inclusif*

Thèmes	Verbatims évocateurs
Avis positif	« Mais moi je trouve, c'est vraiment bien. Premièrement, c'était <i>le fun</i> , puis ça nous a sortis de notre quotidien. »
Le sport, moyen de mise en relation rassembleur	« ...j'ai vraiment, vraiment aimé l'expérience parce que ça venait vraiment me rejoindre. C'est comme le sport, parce que moi, j'adore bouger, j'adore. Je trouve que justement le sport c'est vraiment rassembleur, mais en même temps le côté comme médecine dentaire, communication, apprendre à connaître, tu sais comme parler à du nouveau monde, j'aime ça. »
Rendre cette formation obligatoire	Verbatim 1 : « C'est de la théorie qui est différente et que non, je trouve que ça, ça pourrait être obligatoire, certainement. » Verbatim 2 : « De le mettre obligatoire, je pense que c'est une grosse obligation, mais je pense que ça peut être « <i>winner</i> » pour tout le monde, puis ça fait juste partie d'un cours. Puis, si on est 50 là dans notre cohorte là, ça a été, ça a été quoi, ça a été une soirée puis une journée (...) Puis moi je trouve que c'est juste une belle expérience. Au bout du compte, vraiment. »
Généraliser à d'autres domaines	« C'est, je pense que ça...ça gagne à être connu, puis ça gagne à (...) dire oui dans le domaine dentaire là, mais pas juste dans le domaine, dans toutes d'autres styles de domaine. »

Perspective professionnelle

Cette section concerne le « après » de la formation par le sport inclusif, c'est-à-dire une fois sur le terrain, dans la réalité quotidienne des professionnels. Les participants se sont projetés dans leur pratique professionnelle et proposent des hypothèses sur les professionnels n'ayant pas été formés par une activité comme celle-ci.

Enjeu monétaire pour les professionnels

Trois participants ont évoqué le sujet du revenu, du salaire. Ce thème est un thème émergent puisqu'il ne faisait pas partie des thèmes présentés dans le canevas d'entretien. Le Tableau 13 fait état des enjeux monétaires reliés au traitement de la clientèle ayant une DI. On

évoque notamment le temps consacré au traitement de la clientèle ayant une DI qui s'accorde plus difficilement avec les aspirations lucratives de certains professionnels.

Tableau 12

Enjeux monétaires

Thèmes	Verbatims évocateurs
Plus de patients, plus d'argent	<p>Verbatim 1 : « Ouais, ouais, c'est ça, c'est pas juste les gens qui ont une déficience là. On est tous différents. Des fois on veut aller vite, pis financièrement on gagne plus si on va plus vite. Donc je pense qu'il y a des gens qui ont cette réticence-là. Mais bon, il faut juste prendre le temps là. Le mettre dans notre horaire. »</p> <p>Verbatim 2 : « J'ai pas l'impression que tous les dentistes vont dire oui à une <i>patientèle</i> qui est un peu plus difficile parce que veux, veux pas, que ça prenne 30 minutes, <i>ben</i> ça va t'en prendre peut-être une heure ! »</p>
Plus compliqué, plus long	<p>« On peut dire qu'ils comprennent pas ou c'est plus compliqué, c'est tout le temps plus long et... Je pense, c'est beaucoup ces préjugés-là qui... Qui sont dans le domaine dentaire. J'ai l'impression, parce que veux, veux pas, s'il y a un milieu privé ou ce que la rapidité des choses est bénéfique, c'est sûr que y a pas d'intérêt financier tant que ça à aller vers, mettons ce type de patientèle là, en raison des préjugés. »</p>
Équilibre patient avec et sans DI	<p>Verbatim 1 : « J'allais dire non, mais en même temps, je pense à ça, tu sais, je peux pas avoir tout le temps des patients comme ça. Pour le style de vie que j'aimerais avoir, ça serait comme pas, je pense que ça serait pas faisable. Par contre pour que... tsé quand même j'aimerais ça le faire, au moins une fois par mois, tu sais comme avoir peut-être un avant midi où est-ce que je fais ça ou une journée complète.</p> <p>Verbatim 2 : « De ne pas traiter seulement cette clientèle-là, mais qu'il y a un équilibre, d'en prendre d'en prendre quelques-uns là. »</p>

Somme toute, le fait d'avoir côtoyé des patients avec une DI dans un cadre sportif a permis aux participants de l'étude de développer un lien significatif mutuel leur permettant de leur offrir un soin. Le temps accordé à l'établissement de la relation semble avoir été un investissement dans la réalisation du soin. Cette attitude s'est révélée être primordiale dans la décision des professionnels de traiter ou non un patient ayant une DI. Bien que la durée d'une intervention clinique ait été identifiée dans la présente étude comme étant un obstacle au traitement de cette clientèle, tous les participants ont signifié leur intérêt à accueillir des patients avec une DI dans leur future pratique. Il peut arriver que ce soit au moins deux fois plus long de traiter une personne présentant une DI, demandant parfois un ou deux rendez-vous supplémentaires pour effectuer le même examen qu'à une personne sans DI. Prévoir le temps nécessaire à la réalisation de la tâche clinique, incluant un moment dédié à faire connaissance avec l'autre fait partie des apprentissages subséquents à la formation par le sport inclusif accompagné d'un soin. Selon les participants, cela favorise la création d'un lien de confiance et facilite donc le soin. Selon trois participants, la vitesse d'exécution des tâches professionnelles directement liées aux enjeux monétaires pourrait constituer une autre des raisons pour lesquelles certains professionnels ne prendraient pas le temps nécessaire pour offrir un service adapté à un client ayant une DI. Ceux-ci préféreraient référer à une autre clinique ou au milieu hospitalier. Somme toute, la formation par le sport inclusif a permis aux participants d'accorder une importance particulière à l'investissement de la relation professionnelle.

Discussion

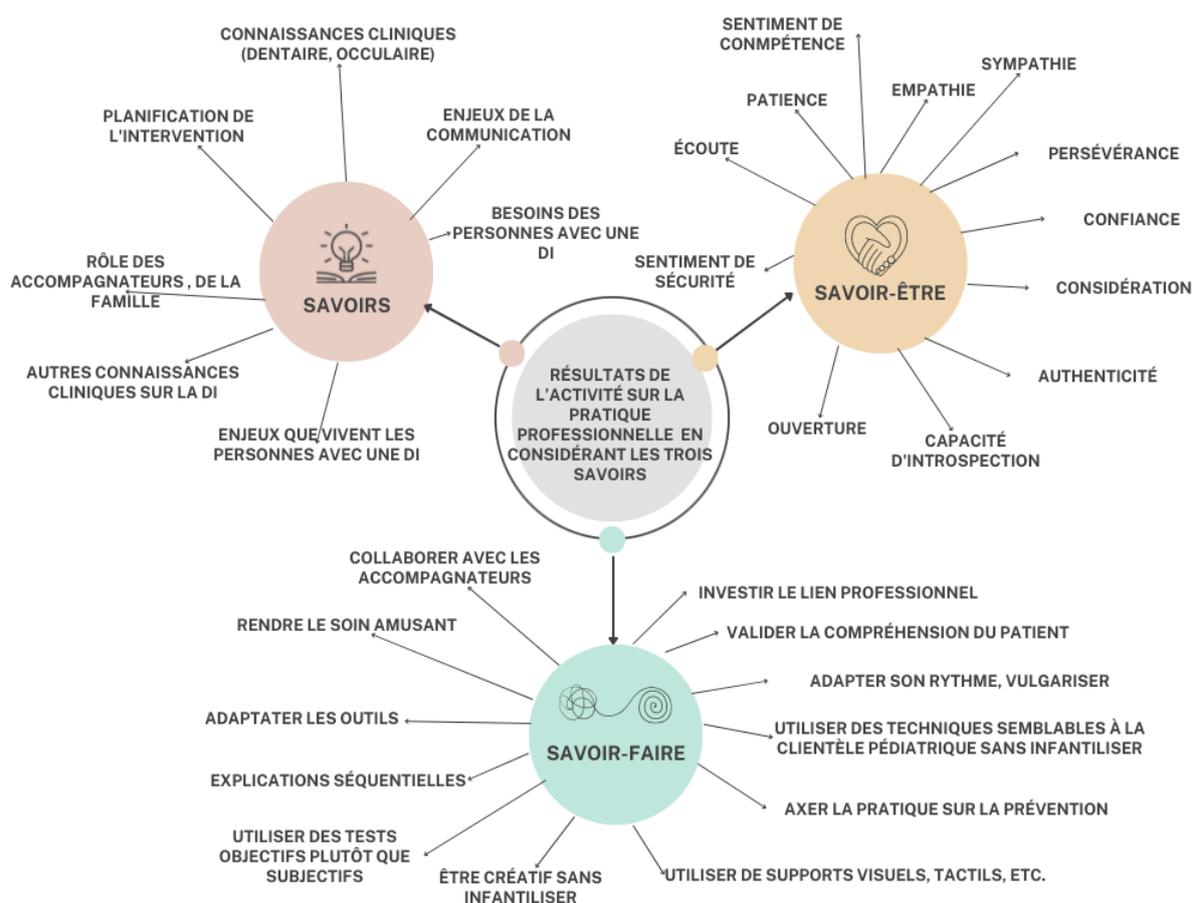
La section suivante présente une discussion et une interprétation des résultats de l'étude menée auprès des sept futurs professionnels de la santé. Dans cette section, nous répondons à l'objectif général de la recherche qui est d'explorer les liens entre la formation par l'activité sportive inclusive et leur pratique professionnelle à l'égard des personnes ayant une DI. Ainsi sont abordés les sujets tels que le changement en lien avec le savoir, le savoir-faire, le savoir-être des futurs professionnels. Une modélisation des résultats en fonction de la notion des trois savoirs est présentée, illustrant la possibilité de transfert de ces concepts psychoéducatifs aux formations en science de la santé. Ensuite, les thèmes de la théorie du contact, de l'utilisation des ressources de l'environnement et des technologies de l'information et de la communication (TIC), l'implication pour le milieu clinique et la recherche ainsi que les limites de cette étude sont abordés.

Les savoirs

L'objectif général de cette étude était d'explorer les liens entre la formation par le sport inclusif de futurs professionnels de la santé et le développement de connaissances théoriques, pratiques et d'attitudes relatives à leur pratique professionnelle, et ce, à l'égard des personnes ayant une DI. Il est impératif de se rappeler que le savoir, le savoir-faire et le savoir-être sont dynamiques, constamment en évolution et interreliés (Lecomte et Savard, 2004). La figure 1 regroupe d'ailleurs les résultats obtenus en fonction du savoir, du savoir-faire et du savoir-être. Les retombées de cette activité de formation s'articulent autour de cette figure. Pour démontrer cette interdépendance, prenons cet exemple : le futur professionnel ayant été formé par le sport inclusif va transférer ses connaissances théoriques concernant les caractéristiques des personnes ayant une DI, par exemple les enjeux sur le plan de la communication (ex. : un patient non verbal ou utilisant peu de mots) dans sa pratique professionnelle. Empathique, il aura perçu la nervosité de ce dernier et il aura réservé un temps pour entrer en contact avec son patient. Il sera ouvert et à l'écoute. Il apprendra qu'il adore les Canadiens de Montréal. Il saura être créatif et adaptera son examen. Il utilisera peut-être un support visuel pour que le patient puisse pointer un pictogramme pour répondre à une question.

Figure 1

L'interprétation des résultats de l'activité sur la pratique professionnelle en considérant les trois savoirs.



Le savoir

De prime abord, en ce qui concerne l'état des connaissances, les « savoirs », il est difficile d'évaluer de manière rigoureuse l'évolution de l'état des connaissances des participants, car aucun prétest ni post-test n'a été utilisé. Les participants ont tout de même mentionné lors des entretiens, avoir eu une introduction concernant les caractéristiques de la clientèle ayant une DI par *Olympiques spéciaux* ou ont pu aborder le sujet dans le cadre d'un cours avant leur activité de sport inclusif. Le constat est que cela était loin d'être suffisant pour que ceux-ci se sentent prêts à intervenir auprès de la clientèle. Être formé de façon théorique uniquement est donc insuffisant selon les futurs professionnels. Nous allons jusqu'à

dire qu'il pourrait s'agir ici d'une lacune sur le plan des formations universitaires. Cela va dans le sens d'une étude réalisée auprès de plus de 912 professionnels de la santé, où la majorité d'entre-deux reconnaissent avoir encore des difficultés dans l'évaluation des problèmes de santé des personnes présentant une DI (Lennox, Diggins, & Ugoni, 1997) au terme de leurs études. Ceci dit, au terme de l'activité de formation, en ayant pu expérimenter et mettre en pratique leurs connaissances antérieures en ce qui concerne les activités cliniques en médecine dentaire ou en optométrie, il est possible d'avancer que l'activité a pu permettre d'apprendre ou de consolider les connaissances cliniques propres à cette clientèle et ses besoins, à planifier une intervention clinique destinée à cette clientèle, c'est-à-dire organiser son temps de manière à accorder une attention particulière en début de rendez-vous pour tisser un lien, pour faire connaissance, à établir un rythme d'intervention personnalisé et à en apprendre davantage sur les types de communications des patients ayant une DI, de mieux cerner le rôle des accompagnateurs. Ces apprentissages chevauchent les acquis quant aux savoir-faire et savoir-être, comme le montre la figure 1. Plus les gens acquièrent de connaissance, de compréhension et d'expérience vis-à-vis d'autres groupes, moins les gens sont susceptibles d'être négatifs et seront moins susceptibles d'afficher un comportement préjudiciable (Esses et al., 2004).

Le savoir-faire

La formation par le sport inclusif a permis aux futurs professionnels de développer leurs compétences reliées au savoir-faire. Au-delà de la consolidation de leurs activités cliniques techniques, la formation sur le terrain a permis la prise de risques (calculés et sécuritaires) en allant de l'avant dans quelque chose de nouveau, cela permettant de renforcer notamment la compétence de résolution de problème. Sur le plan des compétences cliniques propres à chacun des corps professionnels, un des sous-thèmes qui est ressorti est l'adaptation des tests cliniques aux personnes. Cela consiste en un élément clé du savoir-faire découlant de ce type de formation. L'adaptation du test passe par l'utilisation des instruments (outils, tests standardisés) à l'adaptation du déroulement de la rencontre clinique. C'est d'ailleurs le temps passé avant l'acte clinique, c'est-à-dire l'activité sportive, qui a permis aux étudiants d'apprendre à connaître le patient à traiter. L'activité, qu'elle soit encadrée comme une partie de basket ou pas, comme des passes avec un ballon de soccer en duo a permis aux participants avec et sans DI d'apprendre à se connaître. Lors du jeu, l'étudiant a pu observer la façon de

communiquer de son ou sa partenaire notamment les fonctions de la communication (communiquer une satisfaction, une douleur), le langage verbal, le langage non verbal ou corporel (sourire, opiner la tête, position du corps, fuite, etc.), la rétroaction, les bruits à la communication (éléments nuisant à la transmission du message), le niveau de compréhension, éléments qui s'avèrent être fondamentalement utiles lors de la tâche clinique. L'activité sportive comme moyen de mise en relation entre le professionnel et le patient est l'occasion d'apprendre à se connaître et à se faire confiance d'humain à humain avant l'acte clinique à réaliser et de mettre en pratique, comme l'a nommé Renou (2005), les savoirs acquis. De plus, le contexte de l'activité a permis aux futurs professionnels de la santé d'exercer leur créativité, au-delà du jeu. Effectivement, comme l'a mentionné un participant, il n'était pas seulement question de faire la tâche clinique dans le cubicule après le sport, mais plutôt de rendre aussi l'examen amusant. C'est un exemple pertinent de l'utilisation des connaissances découlant du jeu vers les actes cliniques.

Le savoir-être et les attitudes

Il va sans dire que le savoir-être est le cœur de cette étude. Le contexte de sport inclusif agissant à titre de moyen de mise en relation entre les futurs professionnels et les personnes ayant une DI a permis de révéler les principales attitudes sollicitées par ce type de formation. Il faut dire que les participants se sont montrés disponibles, honnêtes, sensibles et vrais lors des entretiens, ce qui a permis d'accéder à un riche contenu personnel en matière d'attitude et de savoir-être. La figure 1 montre d'ailleurs l'ensemble des acquis reliés au savoir-être.

Malheureusement, les attitudes négatives et méprisantes à l'égard des personnes ayant une DI, associées à une lenteur, un comportement dérangeant, sont encore présentes chez certains professionnels de la santé, selon la littérature (Fishbein et Ajzen, 1975 ; Simplican et al., 2015) et selon ce qu'ont rapporté les participants. Heureusement, ces jeunes professionnels ont eu l'occasion de tester la réalité terrain et ont été sensibilisés à un savoir-être favorisant le traitement de ce type de clientèle, en plus de façon agréable. « Joindre l'utile à l'agréable » a déclaré un participant à propos de ce type de formation. Un défi qui semble avoir été relevé par les participants est d'avoir été en mesure de mettre leur façon de faire habituelle de côté et de s'adapter au rythme de la clientèle. Il faut être en confiance, être capable d'introspection et de remise en question pour évaluer ses propres attitudes, être

conscient de ce qui est présent en soi (préjugés, stress, impatience, etc.) pour s'adapter aux besoins de l'autre. Les futurs professionnels ont démontré leur compréhension de ce que peuvent vivre certains patients ayant une DI, ils ont alors fait preuve d'empathie. Cela peut avoir contribué à vivre une expérience positive.

À propos de l'empathie, plusieurs auteurs ont démontré l'implication de cette attitude dans le processus de soin. Par exemple, un professionnel empathique aura tendance à poser des questions et des diagnostics plus précis, à influencer positivement l'engagement et l'adhérence des patients dans leurs processus de soin et à ce qui porte une plus grande attention à leur santé (Nasello et Triffaux, 2023 ; Decety, 2015 ; Halpem, 2001 ; Larson et Yao, 2005). Les résultats obtenus en lien avec le savoir-être et les attitudes vont dans le sens des études à ce sujet, la satisfaction des patients est améliorée et les résultats cliniques sont meilleurs lorsque le professionnel est empathique et a des attitudes positives à l'égard de ces patients (Derksen et al., 2013). L'empathie semble être un thème important, voire central, menant à l'expression des autres attitudes nécessaires à la réalisation de soin de santé chez la clientèle ayant une DI. Il est aussi possible de faire des liens entre l'expression de l'empathie des futurs professionnels lors de l'activité et la théorie du contact. Comme le psychologue Pettigrew et ses collègues (Pettigrew et al., 2011) l'ont indiqué, le contact peut réduire les préjugés, car il augmente l'empathie et aide les gens à voir les choses du point de vue de l'autre groupe. Un contact de qualité avec un autre groupe permet aux gens de ressentir ce que ressentent les membres de l'autre groupe. Les attitudes observées dans le contexte de l'activité de sport inclusif et du soin vont donc dans le sens des propos de ce psychologue, où les étudiants se sont exercés à se mettre à la place de la personne ayant une DI dans le contexte de soin, ce qui les a aidés à adapter leur soin à la personne devant eux. L'empathie n'est pas innée, elle peut se développer et se cultiver (Nasello et Triffaux, 2023) d'où la pertinence d'une formation pour développer le savoir-être, en plus des connaissances (savoirs) et du savoir-faire. Pour améliorer les aspects émotionnel, cognitif et motivationnel de l'empathie, il est préférable de jumeler différentes techniques d'enseignement, notamment un volet didactique, un volet entraînement et un volet pratique, sur le terrain, comme ça a été le cas dans la présente étude.

Ensuite, l'attitude professionnelle de la confiance est aussi ressortie comme étant un élément important dans la pratique professionnelle. L'activité a permis d'augmenter cette attitude. Les étapes de l'activité de formation, débutant dans un premier temps par la transmission d'informations sur les personnes ayant une DI et sur les sports inclusifs puis, dans un deuxième temps, une activité de sport inclusif a permis de mettre en confiance les étudiants pour la troisième étape qui était d'effectuer un examen dentaire ou un examen de la vue (selon le domaine d'études). Effectivement, les participants ont pu créer un lien avec leur binôme ayant une DI, en apprendre davantage sur lui, sur sa manière de communiquer, etc. L'activité sportive préalable au soin a permis de mettre en confiance le professionnel, mais aussi la personne qui devait vivre l'examen dentaire ou de la vue. L'attitude de confiance s'est manifestée chez les participants, mais ces derniers ont aussi eu le souci de mettre en confiance la personne ayant une DI, qui, selon les participants, semble avoir contribué au bon déroulement des examens. Comme Renou (2005) l'explique dans sa définition de la confiance, cette attitude se manifeste chez le professionnel dans sa capacité à croire qu'il possède les ressources nécessaires pour accomplir ce qu'il a à accomplir, mais s'exprime aussi dans la capacité à créer une confiance mutuelle entre deux individus. Lors des examens, les futurs professionnels ont voulu mettre en confiance la personne qu'ils traitaient. La confiance est également reliée au sentiment de compétence du professionnel (Gendreau 2001). Il est possible de constater que plus le professionnel se sent compétent, plus il aura de l'ouverture à offrir des services et à traiter la population ayant une DI. Le gain d'expérience dû à l'activité augmente le sentiment de compétence et de confiance menant à une activité clinique satisfaisante. En contrepartie, quelques participants ont évoqué que si un professionnel, comme un dentiste, ne se sent pas compétent, il ne traitera pas cette population. Conséquemment, cela aura un impact sur l'accessibilité aux soins des personnes ayant une DI. Cette dernière affirmation appuie la pertinence du type de formation évoqué dans ce mémoire.

Il est difficile de conclure si l'activité a permis de faire l'acquisition d'attitudes précises comme celles mentionnées précédemment ou si l'activité a plutôt permis de solliciter, de renforcer, de promouvoir les attitudes relationnelles que les étudiants possédaient déjà. Cependant, l'activité semble sans aucun doute avoir contribué positivement au développement du savoir-être de ces futurs professionnels de la santé. Une prise de conscience plus répandue des disparités en matière de santé vécues par les personnes ayant

une DI a donné lieu à de nouvelles pratiques prometteuses tournées vers le développement d'attitude comme l'empathie, ayant comme but l'amélioration des résultats en matière de santé et d'inclusion sociale (Lennox et Eastgate, 2004). Les constats de l'étude présentée dans ce mémoire convergent avec ces derniers.

Les enjeux concernant la communication

La communication fait partie du savoir-être, plus particulièrement des attitudes interpersonnelles. À la lumière des résultats, il est possible de faire le parallèle entre les enjeux de la communication avec les personnes ayant une DI et la communication avec des enfants. La comparaison entre les caractéristiques de la communication des personnes ayant une DI et celle des enfants a été évoquée plus d'une fois lors des entretiens, précisant toutefois l'importance de ne pas infantiliser la clientèle ayant une DI. Il est très important de s'adresser directement à la personne et non aux accompagnateurs, de faire preuve de considération à leur égard sans s'adresser à eux comme à des enfants. Les futurs professionnels ont cru en leur potentiel. Les étudiants ont été capables de trouver des moyens d'adapter leur communication. Ils ont pu se référer à leurs savoirs, notamment les informations qu'ils détenaient sur leurs patients à la suite des présentations des *Olympiques spéciaux*, aux trucs qui leur avaient été communiqués par les professionnels ayant de l'expérience, mais aussi aux savoirs concernant qui est cette personne en particulier, ses intérêts, ses manières de communiquer qu'ils ont découverts davantage dans l'activité sportive inclusive précédant le soin. Même si le défi relié aux enjeux de la communication, c'est-à-dire communiquer une information à l'autre, poser une question, se faire comprendre, comprendre l'autre, valider la compréhension était bien présent, tous les participants ont réussi à entrer en contact avec leur patient et à effectuer un acte clinique, soit un examen dentaire ou visuel.

La théorie du contact

Les résultats obtenus vont dans le sens de la théorie du contact d'Allport (1954). Il est tout à fait possible de créer une expérience significative améliorant les attitudes, comme ont indiqué Pettigrew et Tropp (2006) même si toutes les conditions de la théorie du contact d'Allport ne sont pas au rendez-vous. En effet, selon les résultats obtenus, le fait d'avoir vécu une rencontre de qualité avec la population ayant une DI, d'avoir eu l'occasion de créer un lien significatif et de confiance avant d'effectuer la tâche clinique et une expérience positive a

été suffisant afin de générer un changement de perception au sujet du groupe ayant une DI. La qualité du contact entre les individus et le fait de vivre une expérience positive sur le terrain a réellement sensibilisé les participants aux attitudes à adopter avec cette clientèle particulière, soit de l'empathie, de la confiance, de la considération, de la patience et de la sympathie. L'étude présentée dans ce mémoire corrobore avec la méta-analyse de Pettigrew et Tropp (2006) qui a proposé que les contacts significatifs intergroupes réduisent généralement les préjugés et que les conditions de contact optimales proposées par Allport sont des conditions facilitantes plutôt que nécessaires aux effets. Ces conditions sont un statut égal, la coopération intergroupe, la poursuite d'objectifs communs et la présence d'un soutien institutionnel. Pour tout dire, même si l'activité n'était que ponctuelle, l'expérience sur le terrain a influencé positivement l'attitude des futurs professionnels. Aucun n'a évoqué de sentiment péjoratif face à ce type de formation, à cette activité. Ils ont tous été marqués positivement. Cela va dans le sens de la théorie du contact et de l'idée de DeAngelis (2001), qui aborde l'apport socioémotionnel de la rencontre, du contact. En effet, les émotions positives suscitées par la camaraderie intergroupe peuvent jouer un rôle essentiel dans la réduction des préjugés intergroupes (Liebkind, 2004). Enfin, voici comment les quatre conditions dissociables d'Allport se sont manifestées.

Statut égal

Bien que le statut lors de l'activité sportive ait été d'égal à égal, l'étudiant portait tout de même son chapeau de professionnel de la santé lors du soin après l'activité sportive. Cela ne semble toutefois pas avoir affecté la qualité de l'interaction même si cette condition n'est pas tout à fait respectée en raison de la notoriété du professionnel dans cette situation. Même si quelques personnes avec une DI semblaient gênées au début de l'activité, tous les participants ont mentionné que la personne avec une DI avec qui ils étaient jumelés était contente de participer à l'activité sportive avec eux. Dans cet ordre d'idée, dans son livre de 2019, *The Power of Human*, le chercheur en psychologie Adam Waytz a suggéré que la dynamique du pouvoir peut compliquer les situations de contact intergroupes, mais qu'il est tout à fait possible d'obtenir des contacts satisfaisants et productifs tout de même. Par exemple, il a suggéré que, dans les situations où il existe un déséquilibre de pouvoir, les interactions entre les membres du groupe peuvent être susceptibles d'être productives si le

groupe le plus puissant est encouragé à faire preuve d'empathie et à voir les choses du point de vue du groupe le moins puissant et si l'autre groupe à la possibilité d'exprimer ses besoins. Nous considérons, que dans cette étude, les athlètes ayant une DI ont été très bien reçu par les étudiants, leurs hôtes, cela disposant tout le monde à un contact sain et positif.

Coopération

Ensuite, le contexte sportif était ludique, il n'y avait pas de concurrence entre les participants, seulement une compétition amicale. Les étudiants jouaient avec les personnes présentant une DI, les équipes étaient mixtes. Nous considérons que le contexte a pu permettre la coopération. Par exemple, dans le cas des participants ayant joué une partie de soccer amicale, ceux-ci ont pu s'entraider, se faire des passes avec le ballon afin de marquer dans le but adverse. Aussi, des participants ont évoqué, les transitions entre le jeu et les dépistages dentaires et de la vue. Ces transitions se sont déroulées de façon harmonieuse, les étudiants hôtes ont accompagné les sportifs ayant une DI du terrain de jeu aux cubicules. Cela témoigne de la coopération.

But commun

Le but de l'activité était le même pour tous : procéder à un dépistage de la vue ou dentaire à la suite d'une activité sportive brise-glace. En revanche, ce but était à court terme, le temps d'une demi-journée. Il n'y avait pas de but commun à long terme, comme pour les équipes de sport unifié qui s'entraînent ensemble pendant plusieurs semaines avec la finalité de participer à une compétition ensemble par exemple. Dans cet ordre d'idée, bien que l'activité ait eu des répercussions positives sur les étudiants, l'activité à elle seule pourrait être insuffisante pour améliorer de manière significative l'inclusion sociale des personnes présentant une DI (Grandisson et al., 2019). Par ailleurs, c'est le caractère ponctuel de cette activité de formation qui pourrait expliquer cette limite (Grandisson et al., 2019). Les situations de contact doivent être suffisamment longues pour permettre à cette anxiété de diminuer et pour que les membres des groupes en conflit se sentent à l'aise les uns avec les autres (Pettigrew et Tropp, 2013). Notons tout de même qu'il y a des avantages relativement à la mise en place de ce type d'activité ponctuelle, dont de réduire les appréhensions face à la dispensation d'un premier soin à une personne ayant une DI et de favoriser les attitudes positives.

Présence d'un soutien institutionnel

Finalement, avec l'encadrement d'*Olympiques spéciaux* et des institutions universitaires ayant de la notoriété, on constate que cette condition d'Allport a été respectée. L'événement était « reconnu socialement ». Les contacts entre groupes de la devraient être fortement soutenus par les différents niveaux de la société tels que le gouvernement, les organismes éducatifs et les employeurs (Esses et al., 2004).

L'importance du contact direct

Même en ayant eu l'occasion d'effectuer un survol théorique des caractéristiques de la clientèle ayant une DI au cours de leur formation professionnelle et même en ayant reçu une séance d'information de la part d'*Olympiques spéciaux* ou du professeur responsable de l'activité en amont de celle-ci, l'appréhension à côtoyer des patients ayant une DI était encore bien présente chez les participants de cette étude avant l'activité formative par le sport inclusif et l'offre d'un soin. Le souci d'offrir un soin de qualité était aussi présent. Même si presque tous les participants avaient déjà vu ou côtoyé brièvement une personne avec une DI, aucun n'avait eu l'occasion de pratiquer une activité clinique auprès d'elle. C'est d'ailleurs cette peur de l'inconnu, le manque de connaissances théoriques et pratiques, la peur de ne pas être capable de communiquer avec elle, de ne pas avoir d'intérêts en commun et la peur de la perte de contrôle, de la crise conduisant à l'incapacité de réaliser l'acte clinique, qui pourraient freiner ces futurs professionnels dentaires et de la vue à offrir des soins à cette clientèle qualifiée d'« intimidante » par un participant. Une hypothèse serait que ce pourrait être pour les mêmes raisons que les autres professionnels de la santé traiteraient moins cette clientèle. Ceci va dans le sens de l'étude de Pettigrew et ses collègues (2011) qui ont étudié la théorie du contact intergroupe. En effet, les gens peuvent être anxieux avant une interaction avec des personnes d'un groupe avec lequel ils ont eu peu de contacts. Cependant, le contact direct peut réduire les préjugés, car celui-ci réduit le sentiment d'anxiété (Brown et Hewstone, 2005 ; Pettigrew et Tropp, 2008). Il faut toutefois noter que les témoignages positifs et l'attitude de soutien et de disponibilité de professionnels chevronnés traitant la clientèle ayant une DI ont tout de même rassuré les participants avant leur activité. Cela dit, c'est essentiellement l'expérience de ce vécu partagé, cette prise de contact authentique à travers une expérience sportive inclusive et un soin qui a soutenu nos participants à la différence,

pour les futurs professionnels impliqués dans cette étude, sur les plans du savoir, du savoir-faire et du savoir-être. En ce sens, des expériences sociales et professionnelles favorisant le contact direct entre les professionnels de la santé et les personnes ayant une DI pourrait contribuer à de meilleurs soins de santé pour cette population. C'est une proposition de l'étude ci-contre, appuyée par celle de Morin et al. (2022) qui a émis le même constat. Pour aller un peu plus loin, d'autres types d'activités, en fonction des intérêts et des possibilités des milieux, pourraient être réalisées, notamment des activités artistiques. Le sport est une occasion de créer une rencontre, mais il pourrait y avoir d'autres occasions. L'important est cette rencontre.

Des recherches antérieures ont démontré que de nombreuses personnes ayant une DI vivent fréquemment des rencontres négatives dans les centres de santé (McCormick et al., 2021 ; Learning Disabilities Mortality Review (LeDeR) Programme, 2018) et que cela a malencontreusement pour effet une offre de soin d'une pauvre qualité, ne répondant pas toujours à leur besoin réel (Heslop, Blair et al., 2013 ; Iacono et al., 2014). Or, le fait de vivre une expérience positive et amusante permet aux deux parties, soit les personnes avec et sans DI de se familiariser avec le contexte de soin en DI. Pour les personnes présentant une DI, le style et les approches de communication, la compassion et le respect pourrait tendre vers une meilleure offre de soin.

La reconduite de la formation par le sport inclusif suivi d'un soin

Les avis des sept participants concernant la formation par le sport inclusif sont convergents. La reconduite de l'activité a été recommandée par tous les futurs professionnels, pour son côté amusant et original, mais aussi pour le côté rassembleur qui caractérise le sport. Cela permet de briser la glace, permet l'avènement de sujets de conversation, de la camaraderie, de la confiance mutuelle et permet d'apprendre à connaître une personne dans un cadre non confrontant. Un fait intéressant qui est ressorti est que cette opportunité permet aux professionnels de mieux cerner les besoins de la personne avec une DI, permettant d'ajuster ses attitudes et sa pratique. Si la formation par le sport inclusif était ajoutée aux cursus académiques des formations des professionnels de la santé, cela leur permettrait probablement d'être plus outillés à plusieurs niveaux (savoir, savoir-être et savoir-faire) et un plus grand nombre d'entre eux pourraient découvrir un intérêt à traiter cette clientèle. Cela

peut aussi aider à dédramatiser certaines situations de soin et à s'impliquer davantage en développant une meilleure sensibilité à l'autre. Cela va dans le sens de l'étude de Morin et al. (2022) qui a obtenu des résultats semblables dans une étude sur l'impact de la participation aux Olympiques spéciaux sur les attitudes des professionnels de la santé par contact direct avec des personnes ayant une DI. Dans cette étude, les professionnels de la santé offraient des soins gratuitement aux athlètes des Olympiques spéciaux. À l'aide de l'outil *Interaction et Sensibilité ou tendresse* (ATTID-SF) les auteurs ont montré que les attitudes et la sensibilité des répondants s'étaient améliorées significativement sur deux des cinq facteurs ATTID-SF et sur sept des 23 items du questionnaire portant sur les attitudes en contexte clinique. Les différences les plus importantes ont été observées pour le sentiment de confort à interagir avec les personnes ayant une DI. Enfin, ce type de formation apparaît comme étant pertinent et c'est sans compter tous les effets positifs du sport sur la santé du cœur, du corps et de l'esprit pour les personnes ayant une DI (Roswal et Damentko, 2006 ; Duvdevany et Arar, 2004 ; Eberhard, 2006 ; Hawkins et Look, 2006) et pour les personnes sans DI. L'activité physique réduit notamment les symptômes de dépression et d'anxiété et améliore les capacités de réflexion, d'apprentissage et de jugement (OMS, 2022). Les participants à cette étude ont maintenant envie de poursuivre leur implication auprès des personnes ayant une DI.

Une meilleure accessibilité aux soins

Ce type d'activité de sensibilisation permettant aux étudiants l'acquisition de connaissances théoriques, pratiques et relationnelles concernant la clientèle ayant une DI, pourrait avoir des répercussions dans la pratique professionnelle. Ce type d'activité pourrait assurer un pas de plus vers une meilleure accessibilité aux soins pour ceux-ci. Comme les professionnels se sentent plus en confiance et ont moins d'appréhensions, cela pourrait contribuer à ce qu'ils voient davantage de personnes ayant une DI dans leurs futurs services et qu'ils y offrent de meilleurs services. Tous les participants ont signifié leur intérêt à desservir cette population comme professionnels. Comme mentionné précédemment dans les résultats, le manque de connaissances, les préjugés, les enjeux financiers et le faible sentiment de compétence des professionnels découlant de l'absence de formation sur le terrain contribueraient à la problématique concernant l'accessibilité à certains soins, dont ceux en médecine dentaire et en optométrie. Dans l'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire, la formation par le sport inclusif comme activité de formation ponctuelle a été démontrée

comme pertinente afin qu'un plus grand nombre de professionnels de la santé traitent un plus grand nombre de patients avec une DI. Cette façon de procéder s'avère plus conviviale pour les patients et leurs accompagnateurs et pourrait peut-être même contribuer, à petite échelle bien sûr, à désengorger les hôpitaux ou à permettre de recevoir un individu qui ne pourrait pas recevoir de soin adapté et sécuritaire ailleurs qu'en milieu hospitalier. Par exemple, en médecine dentaire, sachant mieux adapter les soins et leur attitude, les professionnels pourraient diminuer le nombre de références en milieu hospitalier. En effet, la prestation de soins dentaires chez la clientèle ayant une DI peut nécessiter l'utilisation de techniques de gestion du comportement pour atténuer l'anxiété et favoriser la coopération. Cependant, il arrive qu'il soit nécessaire d'utiliser un moyen pharmacologique pour la gestion du comportement dont l'anesthésie générale (American Academy of Pediatric Dentistry [AAPD], 2015). Or, ce sont les milieux hospitaliers qui disposent de moyens pour offrir à cette clientèle des soins dentaires de base et spécialisés. Les soins en chirurgie ambulatoire permettent de traiter les enfants ayant une DI en mobilisant une équipe de professionnels comme des dentistes, anesthésistes et inhalothérapeutes (Centre hospitalier universitaire [CHU] Sainte-Justine, 2019). L'anesthésie générale se faisant seulement en milieu hospitalier, cette avenue nécessite une plus grande mobilisation de ressources humaines et matérielles.

Utilisation des ressources de l'environnement

Les participants demeurent conscients de l'engagement que l'offre de service à la clientèle ayant une DI sollicite au quotidien, cela demande de l'investissement en temps et en ressources humaines. Un des participants occupe maintenant une fonction à temps plein auprès de la clientèle ayant une DI. Les six autres participants ont dit vouloir traiter la clientèle sans toutefois traiter que ces patients à temps plein. En plus de faciliter la réalisation des traitements, l'activité a aussi permis de mettre en lumière plusieurs agents facilitateurs dans l'environnement. En premier lieu, il y a les accompagnateurs, cela peut être les familles, les conjoints, les intervenants, les bénévoles, etc. Ils sont une précieuse source d'aide et d'informations. Même si plusieurs personnes ayant une DI s'expriment bien, ils ont été des facilitateurs en ce qui touche la communication pour les étudiants qui les connaissaient peu. Par exemple, les accompagnateurs ont pu, en cas de besoin, interpréter les signaux physiques pouvant aider le professionnel à mieux comprendre les intentions et les besoins de la personne avec une DI. L'implication de la famille peut aussi permettre, dans le cas d'un enfant, que

celui-ci se sente plus à l'aise, plus en sécurité, comme un enfant sans DI en plus de permettre une continuité, comme un suivi à la maison en ce qui concerne les habitudes d'hygiène dentaire. Ils sont aussi d'excellents observateurs pour aider à détecter une anomalie sur le plan de la santé. En deuxième lieu, il y a les professionnels expérimentés, notamment ceux impliqués avec les *Olympiques spéciaux*. Il ressort de cela que leur disponibilité a été très appréciée par les étudiants et que cela encourageait les futurs professionnels à faire de même. Ils sont des modèles inspirants et un exemple de réussite.

Utiliser les technologies de l'information

En raison des difficultés de recrutement, une participante ayant réalisé une activité différente a aussi été interrogée. En effet, plutôt que d'avoir participé à une activité sportive avec les athlètes ayant une DI en présentiel, la future professionnelle a plutôt eu l'occasion de discuter par visioconférence avec l'athlète adolescente et sa famille en plus d'avoir préalablement échangé des vidéos d'elles jouant avec un ballon de soccer. Même si elles n'ont pas « joué » ensemble, l'univers du sport les a tout de même réunies, cela semble avoir eu le même effet brise-glace. Cela a permis de faciliter le premier contact, de discuter autour d'un sujet de conversation agréable et qui intéressait les deux personnes concernées, même avec un écran. Aux dires de la participante, il a été facile de communiquer avec la personne. La mère de la patiente était aussi présente et au même titre que les accompagnateurs sur place, celle-ci était aidante. Une douleur à la dent a finalement amené la future professionnelle à rencontrer en présentiel la jeune femme et tout semblait confirmer que le contact préétabli par ordinateur aurait contribué au bon déroulement du traitement. La patiente était enthousiaste de rencontrer la professionnelle qui avait le même intérêt qu'elle. L'utilisation du contact indirect par l'entremise de séquences filmées est potentiellement prometteuse et est susceptible d'atteindre un public beaucoup plus large dans le cadre d'activités favorisant l'inclusion sociale.

Cela amène à se questionner sur l'utilisation des moyens technologiques de l'information et de la communication (TIC) dans un contexte de sensibilisation ou de formation de futurs professionnels de la santé. Un des avantages à utiliser une telle formule ou à utiliser une formule hybride pourrait faciliter l'implantation de ce type d'activité à plus grande échelle, demandant moins de mobilisation de la part de tous les acteurs. Toutefois, cette hypothèse devrait être approfondie, car l'utilisation d'un écran ou de moyens

technologiques pourrait constituer un défi sur le plan de la communication, qui représente déjà un enjeu. Il pourrait par exemple y avoir des bris de communication, c'est-à-dire une incompréhension réciproque. L'accès à la personne est limité notamment en ce qui a trait au langage corporel. Le langage non verbal s'est avéré, au terme de cette étude, comme étant un moyen significatif d'aider les personnes à mieux se connaître entre eux. Cela pourrait être complémentaire à l'activité de sport inclusive, mais considérant l'apport notable du vécu partagé, c'est à se questionner. L'évolution et l'apprentissage de l'utilisation des TIC chez les personnes avec une DI est peu documentée. Cependant, les résultats d'une étude québécoise (Simonato et al., 2020), menée auprès d'un échantillon de personne présentant une trisomie 21, note une amélioration dans l'utilisation des TIC chez tous les participants, et ce, peu importe le niveau d'aisance initiale. Les participants ont été questionnés et observés après avoir participé à un programme de formation à l'utilisation de l'iPad pendant 12 mois avec deux intervenants. Ils ont notamment appris l'utilisation du courriel, la recherche sur internet, la découverte d'applications éducatives ou sportives et la consultation de circulaires et de recettes en ligne (Simonato et al., 2020). Les chercheurs font ressortir qu'avec un accompagnement adéquat, les personnes présentant une DI peuvent développer leur autonomie numérique et être ainsi plus autodéterminées dans leur utilisation des TIC (Simonato et al., 2020). C'est une avenue qui pourrait être intéressante à explorer dans le cadre d'une nouvelle recherche joignant les TIC et la formation par le sport inclusif.

Limites de l'étude

Enfin, cette étude comporte des points forts tels que la qualité et la précision des réponses données par les participants. En effet, ceux-ci ont donné accès à leurs sentiments, leurs défis, leur réalité personnelle. Les résultats obtenus sont alors nuancés et personnalisés. L'entretien semi-dirigé et les questions ouvertes ont permis aux participants de s'exprimer oralement et d'apporter certaines précisions relatives aux propos tenus afin de s'assurer d'une interprétation juste, reflétant au mieux leur opinion sur la formation par le sport inclusif. Comme toutes les études, cette recherche présente certaines limites et certains biais.

Cette section sur les limites permet de mieux cerner le contexte dans lequel celle-ci a été réalisée. On peut compter notamment celles amenées par le contexte de la pandémie mondiale de la COVID-19. En effet, lors de la pandémie, les activités sportives collectives ont été mises sur pause. Il n'était donc pas possible d'organiser ou de participer à des activités de

sport inclusif pendant au moins une année. Cela a eu pour effet que ça été plus long avant de pouvoir obtenir un nombre minimal de participants et qu'il fallait ensuite compter un délai limité pour l'achèvement de la recherche. La réalisation de cette étude a été incertaine jusqu'à la dernière minute. Ensuite, la petite taille de l'échantillon, s'apparentant davantage à une étude de cas multiples, fait en sorte que la généralisation des conclusions de l'étude peut être plus limitée. Un plus grand échantillon aurait permis d'obtenir des données plus diversifiées. Un échantillon plus grand permet de mieux généraliser les résultats à la population en rapport avec le sujet étudié. Malheureusement, comme mentionné précédemment, la limite de temps pour réaliser l'étude n'a pas permis de rencontrer plus de participants. Après, il est possible de compter le potentiel biais de désirabilité dans les réponses données. Il peut apparaître que la nature de ce mémoire est pro-inclusive. Les participants pourraient avoir davantage partagé les points forts de l'activité et s'être présentés de façon favorable. Aussi, puisque la sélection des participants s'est faite de façon volontaire, les participants ayant le plus apprécié l'activité ou démontrant un intérêt particulier envers la clientèle ayant une DI ont peut-être été plus enthousiastes à participer et ceux ayant été moins favorables, plus discrets. Cela pourrait avoir eu comme conséquence d'influencer les résultats, ne présentant peut-être pas les deux côtés de la médaille. Un questionnaire de connaissance et de satisfaction distribué à tous les participants d'une même activité avant celle-ci et au terme de celle-ci pourrait permettre d'avoir un portrait de la situation plus complet. Une dernière limite est qu'il n'y a pas eu de validation interjuge des thèmes et sous-thèmes ressortant de l'analyse des données. Enfin, malgré ces limites, la qualité du contenu est demeurée un objectif tout au long de la réalisation de ce mémoire, offrant des résultats pertinents.

Conclusion

Dans le but de contribuer à développer les savoirs menant à une meilleure accessibilité aux soins pour les personnes ayant une DI dans notre société, la formation théorique et pratique et la sensibilisation des futurs professionnels de la santé à des attitudes pro-inclusives semblent représenter une avenue prometteuse. En revanche, peu d'études explorant la formation par les activités sportives inclusives dans le cadre d'études supérieures en science de la santé ont été réalisées. À cet effet, la recherche présentée dans ce mémoire a voulu explorer les liens entre la formation par l'activité sportive inclusive suivie d'un soin et l'acquisition de savoirs théoriques, pratiques et relationnels des futurs professionnels de la santé à l'égard des personnes présentant une DI et les effets sur la réponse à leurs besoins.

À cet égard, après avoir bien développé le contexte, cerné la problématique et étudié la littérature scientifique, sept entretiens semi-dirigés ont été réalisés par visioconférence auprès d'étudiants en médecine dentaire et en optométrie qui avaient réalisé une activité de sport inclusive dans le cadre universitaire. Les verbatims obtenus ont fait l'objet d'une analyse thématique. Les résultats de cette étude permettent de constater que ce contexte de formation favorise le développement de savoirs (connaissances théoriques sur les caractéristiques de la DI), de savoir-faire (plusieurs adaptations pratiques des tâches cliniques à réaliser) et le développement du savoir-être (attitudes relationnelles) des futurs professionnels. Ces attitudes d'empathie, de sécurité, de confiance, de patience et de sympathie, semblent avoir contribué à ce que les futurs professionnels comprennent mieux les besoins et les enjeux des patients ayant une DI, notamment en ce qui concerne la communication. En perspective, ils mentionnent avoir pu développer leur intérêt et leur sentiment de compétence professionnelle à traiter cette population. Il est espéré que cela les conduira, dans leur pratique professionnelle, à traiter plus de patients présentant une DI. Les résultats ont été interprétés avec une couleur psychoéducative. Les schèmes relationnels tels que définis par Gilles Gendreau à partir de 1978 ne sont pas uniquement circonscrits au domaine de psychoéducation. Bien sûr la théorie sur le savoir-être est davantage présente en psychoéducation où elle est définie de façon opérationnelle ou dans d'autres professions psychosociales, mais les futurs professionnels ou stagiaires de tous les milieux, que ce soit en sciences humaines ou en sciences de la santé pourraient être évalués par les institutions scolaires sur leur savoir-être. C'est une piste de réflexion de l'auteure.

Enfin, même si cette étude a été réalisée auprès d'un petit échantillon de futurs intervenants qui semblaient potentiellement déjà prévenants et bienveillants, puis que le contexte de la COVID-19 est venu bouleverser les activités sportives inclusives et inclusives, les résultats obtenus semblent suggérer que, dans un contexte de formation universitaire, côtoyer des personnes ayant une DI dans les sports est une avenue réellement prometteuse pour l'augmentation de la sensibilité des professionnels et l'accessibilité des soins.

Références

- Allport, G. W. (1935). Attitudes. Dans C. Murchison (dir.), *Handbook of Social Psychology* (1ère éd, p. 789-844). Clark University Press.
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice* (1ère éd.). Addison Wesley.
- American Academy of Pediatric Dentistry. (2015) Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatric Dentistry Journal*, 37(5), 57-70.
- American Association of Intellectual and Developmental Disabilities. (2021). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* (12e éd.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andriolo, R. B., Dib, R. E., Ramos, L., Atallah, Á. N. et Da Silva, E. M. K. (2010). Aerobic exercise training programmes for improving physical and psychosocial health in adults with down syndrome. *The Cochrane*, 12(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005176.pub4>
- Azzi, A. E. et Klein, O. (1998). *Psychologie sociale et relations intergroupes* (1ère éd.). Dunod
- Baribeau, C. et Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45. <https://doi.org/10.7202/1016748ar>
- Barlow, D. H., et Durand, V. M. (2016). *Psychopathologie : Une approche intégrative* (3e éd.). de Boeck.
- Bartlo, P. et Klein, P. J. (2011). Physical activity benefits and needs in adults with intellectual disabilities: systematic review of the literature. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 116(3), 220-232.
- Bastien, R. et Haelewyck, M. C. (2017). Accompagner les personnes avec déficience intellectuelle vers la promotion de leur santé et leur autodétermination. *Laennec*, 71(2), 34-44.
- Bégarie, J., Maïano, C., Ninot, G. et Azéma, B. (2009). Prévalence du surpoids chez des préadolescents, adolescents et jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle scolarisés dans les instituts médicoéducatifs du sud-est de la France : une étude exploratoire. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 57(5), 337-345. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2009.05.003>
- Berg, B. L. (2004). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences* (5e éd.). Pearson Education.
- Berthier N. (2010). *Les techniques d'enquête en sciences sociales : méthodes et exercices corrigés* (4e éd.). Armand Colin.
- Bondár, R. Z., Di Fronso, S., Bortoli, L., Robazza, C., Metsios, G. S. et Bertollo, M. (2020). The effects of physical activity or sport-based interventions on psychological factors in adults

- with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 64(2), 69-92.
- Bourhis, R. Y. (2020). A journey researching prejudice and discrimination. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 61(2), 95.
- Brolan, C. E., Boyle, F. M., Dean, J., Gomez, M. T., Ware, R. S. et Lennox, N. (2012). Health advocacy : a vital step in attaining human rights for adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(11), 1087-1097. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01637.x>
- Brooker, K., Van Dooren, K., McPherson, L., Lennox, N., et Ware, R. (2015). Systematic review of interventions aiming to improve involvement in physical activity among adults with intellectual disability. *Journal of Physical Activity and Health*, 12(3), 434-444.
- Brown, R. et Hewstone, M. (2005). An integrative theory of intergroup contact. *Advances in experimental social psychology*, 37, 255-343.
- Burge, P., Ouellette-Kuntz, H., McCreary, B., Bradley, E. et Leichner, P. A. (2002). Senior residents in psychiatry: Views on training in developmental disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 47(6), 568-571.
- Caine, A. et Hatton, C. (1998). *Working with people with mental health problems*. American Psychological Association.
- Capone, G. T., Chicoine, B., Bulova, P., Stephens, M., Hart, S. J., Crissman, B. G., Videlefsky, A., Myers, K., Roizen, N., Esbensen, A. J., Peterson, M., Santoro, S. L., Woodward, J., Martin, B. et Smith, D. C. (2017). Co-occurring medical conditions in Adults with Down Syndrome : A Systematic Review toward the Development of Health Care Guidelines. *American Journal of Medical Genetics - Part A*, 176(1), 116-133. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.38512>
- Castagno, K. S. (2001). Special Olympics unified sports: Changes in male athletes during a basketball season. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 18(2), 193-206.
- Centre Hospitalier Sainte-Justine. (2022). *Soins dentaires pour enfants handicapés*. <https://www.chusj.org/soins-services/S/Soins-dentaires-pour-enfants-handicapes>
- Chanas A. K., Reid G. et Hoover M. L. (1998). Exercise effects on health-related physical fitness of individuals with an intellectual disability: a meta-analysis. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 15(2), 119–140.
- Cocks, E., Thomson, A., Thoresen, S., Parsons, R. et Rosenwax, L. (2016). Health status and use of medications by adults with intellectual disability in Western Australia. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 41(2), 87-96. <https://doi.org/10.3109/13668250.2015.1125456>
- Comité paralympique canadien. (2023). *Pour un environnement sportif sûr, accueillant et inclusif*. <https://paralympique.ca/pour-un-environnement-sportif-sur-accueillant-et-inclusif>

- Consortium de formation en santé (CNFS) - Volet Université d'Ottawa. (2020). *Les trois savoirs*.
https://formation.cnfs.ca/assets/atelierscnfs/adopter-des-strategies-gagnantes/assets/pdf/Les_3_Savoirs.pdf
- Dairo, Y. M., Collett, J., Dawes, H. et Oskrochi, G. R. (2016). Physical activity levels in adults with intellectual disabilities: A systematic review. *Preventive medicine reports*, 4, 209-219.
- DeAngelis, T. (2001). All you need is contact. *Monitor on Psychology*, 32(10).
<https://www.apa.org/monitor/nov01/contact>
- Decety, J. (2015). The neural pathways, development and functions of empathy. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 3, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2014.12.001>
- Derksen, F., Bensing, J. et Lagro-Janssen, A. L. M. (2013). Effectiveness of Empathy in General Practice : A Systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), e76-e84.
<https://doi.org/10.3399/bjgp13x660814>
- Deslauriers, J. P. (1991). *Recherche qualitative: guide pratique*. McGraw-Hill.
- Devine, M. A. et Wilhite, B. (2000). The Meaning of Disability: Implications for Inclusive Leisure Services for Youth With and Without Disabilities. *Journal of Park & Recreation Administration*, 18(3), 35-52.
- Dovidio, J. F., Gaertner, S. L. et Kawakami K. (2003) Intergroup contact: the past, present, and the future. *Group Processes and Intergroup Relations*, 6(1), 5-21.
- Dovidio, J. F., Love, A., Schellhaas, F. M. H. et Hewstone, M. (2017). Reducing intergroup bias through intergroup contact : Twenty years of progress and future directions. *Group Processes & Intergroup Relations*, 20(5), 606-620.
<https://doi.org/10.1177/1368430217712052>
- Duvdevany, I., et Arar, E. (2004). Leisure activities, friendships, and quality of life of persons with intellectual disability: Foster homes vs community residential settings. *International Journal of Rehabilitation Research*, 27(4), 289-296.
- Dykens, E. M. et Cohen, D. J. (1996). Effects of Special Olympics International on social competence in persons with mental retardation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(2), 223-229. <https://doi.org/10.1097/00004583-199602000-00016>
- Eagly, A. H. et Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Harcourt brace Jovanovich college publishers.
- Eagly, A. H., et Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social cognition*, 25(5), 582-602.
- Eberhard, Y. (2006). Mieux vivre et mieux vieillir grâce à la pratique du sport chez les personnes ayant des déficits intellectuels. *Science & sports*, 21(4), 236-242.
- Esses, V. M., Semenza, A. H. et Stelzl, M. (2004). *Prejudice and discrimination*. Elsevier Ed.

- Everett, Jim A. (2013). Intergroup contact theory: Past, present and future. *In-Mind*, 17. <https://in-mind.org/article/intergroup-contact-theory-past-present-and-future>
- Falender, C. A. et Shafranske, E. P. (2017). *Supervision essentials for the practice of competency-based supervision*. American Psychological Association.
- Fazio, R. H. (1995) Attitudes as Object-Evaluation Associations : Determinants, Consequences and Correlates of Attitude Accessibility. Dans R. E. Petty, et J. A. Krosnick (dir.), *Attitudes Strength : antecedents and consequences* (1^{ère} éd., p. 247-282). Psychology Press.
- Fishbein, M. et Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Addison-Wesley.
- Fishbein, M. et Ajzen, I. (2010). *Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach*. Psychology Press.
- Freudenthal, J. J., Boyd, L. D. et Tivis, R. (2010). Assessing change in health professions volunteers' perceptions after participating in Special Olympics healthy athlete events. *Journal of Dental Education*, 74(9), 970-979.
- Gascon, H. (2004). De l'énoncé à l'exercice réel des droits dans le cadre de la déficience intellectuelle: Un processus continu d'ajustements. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 15(1), 105-117.
- Gençöz, F. (1997). The effects of basketball training on the maladaptive behaviors of trainable mentally retarded children. *Research in Developmental Disabilities*, 18(1), 1-10. [https://doi.org/10.1016/s0891-4222\(96\)00029-7](https://doi.org/10.1016/s0891-4222(96)00029-7)
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Éditions science et culture.
- Gibbons, S. L. et Byshakra, F. B. (1989). Effects of Special Olympics participation on the perceived competence and social acceptance of mentally retarded children. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 6(1), 40-51.
- Gibson, B. E. et Mykitiuk, R. (2012). Health care access and support for disabled women in Canada: falling short of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: a qualitative study. *Women's health Issues*, 22(1), 111-118.
- Girandola, F. et Fointiat, V. (2016). *Changer les attitudes et les comportements: comprendre et changer*. Presses universitaires de Grenoble.
- Goud, E. V., Gulati, S., Agrawal, A., Pani. P., Nishant, K., Pattnaik, S. J. et Gupta, S. (2021). Implications of Down's syndrome on oral health status in patients: A prevalencebased study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(11), 4247-4252.
- Goddard, L., Davidson, P. M., Daly, J. et Mackey, S. (2008). People with an intellectual disability in the discourse of chronic and complex conditions: an invisible group?. *Australian Health Review*, 32(3), 405-414.

- Gopee, N. (2018). Supervision and mentoring in healthcare. *Supervision and Mentoring in Healthcare*, 1-344.
- Grandisson, M., Tétreault, S., & Freeman, A. R. (2010). Le sport : Promoteur de la santé et de la participation sociale en déficience intellectuelle: Promoting health and social participation of individuals with intellectual disabilities through sports. *Revue Francophone De La déficience Intellectuelle*, 21, 54–65.
<https://revues.uqtr.ca/rfdi/index.php/1/article/view/148>
- Grandisson, M., Marcotte, J., Milot, É., Allaire, A., & Lamontagne, M. (2019). Perspectives on Strategies to Foster Inclusion through Sports : Advantages, disadvantages, and Considerations for implementation. *Inclusion*, 7(2), 140-153.
<https://doi.org/10.1352/2326-6988-7.2.140>
- Grandisson, M., Marcotte, J., Niquette, B., & Milot, É. (2019). Strategies to Foster Inclusion Through Sports : A scoping review. *Inclusion*, 7(4), 220-233.
<https://doi.org/10.1352/2326-6988-7.4.220>
- Halpern, J. (2001). *From detached concern to empathy: humanizing medical practice*. Oxford University Press.
- Hawkins, A. et Look, R. (2006). Levels of engagement and barriers to physical activity in a population of adults with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 34(4), 220-226.
- Heller, T., McCubbin, J. A., Drum, C. et Peterson, J. (2011). Physical activity and nutrition health promotion interventions: what is working for people with intellectual disabilities?. *Intellectual and developmental disabilities*, 49(1), 26-36.
- Horwitz, S. M., Kerker, B. D., Owens, P. L. et Zigler, E. (2000). *The health status and needs of individuals with mental retardation*. Yale University.
<https://dotorg.brightspotcdn.com/af/87/5834a3734eb7b21bf1660296df71/healthstatus-needs.pdf>
- Houwen, S., van der Putten, A. et Vlaskamp, C. (2014). A systematic review of the effects of motor interventions to improve motor, cognitive, and/or social functioning in people with severe or profound intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 35(9), 2093-2116.
- Hutzler, Y., & Korsensky, O. (2010). Motivational correlates of Physical activity in Persons with an Intellectual Disability : A Systematic literature review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(9), 767-786. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01313.x>
- Iacono, T., Bigby, C., Unsworth, C., Douglas, J. et Fitzpatrick, P. (2014). A systematic review of hospital experiences of people with intellectual disability. *BMC health services research*, 14(1), 1-8.
- Ilett, G., Abesamis-Dichoso, C., Barnhardt, C., Berman, P., Block, S., Braden, K., Campbell, V., Corbin, S. B., Chen, H., Holder, M. G., Napolitano, J. et Petrilli, A. S. (2005). Opening

- Eyes to Intellectual Disability : Evaluating the vision of people with intellectual disability. *International Congress Series, 1282*, 157-161. <https://doi.org/10.1016/j.ics.2005.05.152>
- Jeng S. C., Chang C. W., Liu W. Y., Hou Y.J. et Lin Y.H. (2017). Exercise training on skill-related physical fitness in adolescents with intellectual disability: a systematic review and meta-analysis. *Disability and Health Journal, 10*(2), 198–206.
- Juhel, J-C. (2012). *La personne ayant une déficience intellectuelle : Découvrir, comprendre, intervenir*. Les Presses de l'Université Laval.
- Julien-Gauthier, F., Jourdan-Ionescu, C. et Héroux, J. (2009). Favoriser la participation des personnes ayant une déficience intellectuelle lors d'une recherche. *Revue francophone de la déficience intellectuelle, 20*, 178-188.
- Kinnear, D., Morrison, J., Allan, L., Henderson, A., Smiley, E. et Cooper, S. A. (2018). Prevalence of physical conditions and multimorbidity in a cohort of adults with intellectual disabilities with and without Down syndrome: cross-sectional study. *BMJ open, 8*(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018292>
- Lachapelle, Y., Dupont, M. È., Lussier-Desrochers, D., Therrien-Bélec, M., Pépin-Beauchesne, L. et Bilodeau, P. (2017). L'intervention technoclinique dans le secteur des services sociaux : Considérations théoriques et applications cliniques. Dans D. Lussier-Desrochers, *Intervention technoclinique dans le secteur des services sociaux : Enjeux cliniques et organisationnels* (p. 5-19). Presses de l'Université du Québec
- Larson, E. B. et Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA, 293*(9), 1100-1106. <https://doi.org/10.1001/jama.293.9.1100>
- Lecomte, C., & Savard, R. (2004). Supervision clinique : Un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle. Dans T. Lecomte, et C. Leclerc (Dir.). *Manuel de réadaptation psychiatrique* (1^{ère} édition, p. 315-347). Presses de l'Université du Québec
- Lennox, N. et Eastgate, G. (2004). Adults with intellectual disability and the GP. *Australian family physician, 33*(8), 603-606.
- Lennox, N. G., Diggins, J. N. et Ugoni, A. M. (1997). The general practice care of people with intellectual disability: barriers and solutions. *Journal of Intellectual Disability Research, 41*(5), 380-390.
- Liebkind, K. (2004). Intergroup relations and culture. Dans C. D. Spielberger (Dir.), *Encyclopedia of applied psychology* (2^e éd., p. 335-348). Elsevier Academic Press
- Maiano, C. (2011). Prevalence and risk factors of overweight and obesity among children and adolescents with intellectual disabilities. *Obesity Reviews, 12*(3), 189-197.
- Marks, B., Sisirak, J., et Chang, Y. (2013). Efficacy of the Health Matters Program Train-the-Trainer Model. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 26*(4), 319–334. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/jar.12045>

- Matsunaga, K. (2019). *Inclusion Through Sport: A Case Study of Coaches' Experiences of Special Olympics Unified Sports* (publication no 13884405) [these de doctorat, University of La Verne]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- McCormick, F., Marsh, L., Taggart, L., et Brown, M. (2021). Experiences of adults with intellectual disabilities accessing acute hospital services: A systematic review of the international evidence. *Health Soc Care Community*, 29(5), 1222–1232. <https://doi.org/10.1111/hsc.13253>
- Mercier, M. et Bazier, G. (2004). Droits des personnes déficientes mentales et changement de paradigmes dans l'intervention. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 15(1), 125-131.
- Morin, D., Valois, P., Crocker, A. G., Robitaille, C. et Lopes, T. (2018). Attitudes of health care professionals toward people with intellectual disability: A comparison with the general population. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(9), 746-758. <https://doi.org/10.1111/jir.12510>
- Morin, D., Valois, P., Rivard, M., Bardon, C., Faust, C. et Robitaille, C. (2023). Impact of participation in Special Olympics Healthy Athletes® on attitudes of health professionals through direct contact with people with intellectual disability. *International Journal of Developmental Disabilities*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/20473869.2023.2194602>
- Nasello, J. et Triffaux, J. M. (2023). L'empathie chez les (futurs) soignants. *Neurone*, 28(7), 6-10.
- NHS England et NHS Improvement (2019). *Learning disability Mortality Review (LeDeR) programme: action from learning*. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/05/action-from-learning.pdf>
- Nuber, N. et Hessels, M. G. P. (2022). *Recherche et déficience intellectuelle : réflexions et recommandations*. Université de Genève. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:164957>
- Office des personnes handicapées du Québec. (2009). *À part entière: Pour un véritable exercice du droit à l'égalité. Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées*. https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre_documentaire/Documents_administratifs/Politique_a_part_entiere_Acc.pdf
- Office des personnes handicapées du Québec. (2023). *Programmes, mesures et services*. <https://www.ophq.gouv.qc.ca/services/programmes-mesures-et-services.html>
- Ogg-Groenendaal, M., Hermans, H. et Claessens, B. (2014). A Systematic review on the effect of exercise interventions on challenging behavior for people with intellectual Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35(7), 1507-1517. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.04.003>
- Olympiques spéciaux. (2023). *Ouvrez votre cœur et votre esprit à l'inclusion avec olympiques spéciaux Canada*. <https://www.specialolympics.ca/fr/FeteDuCanada2021>

- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2023). *Qui sont les psychoéducateurs et psychoéducatrices?*. <https://ordrepsed.qc.ca/les-psychoeducateurs-et-psychoeducatrices/qui-sont-les-ps-ed/>
- Organisation mondiale de la santé. (2019). *CIM-11 Classification internationale des maladies onzième révision : la norme internationale pour l'évaluation de l'état de santé*. <https://icd.who.int/fr>
- Owens, P. L., Kerker, B. D., Zigler, E. et Horwitz, S. M. (2006) Vision and oral health needs of individuals with intellectual disability, *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 40, pp. 28-40
- Özer D., Baran F., Aktop A., Nalbant S., Ađlamiř E. et Hutzler Y. (2012). Effects of a Special Olympics Unified Sports soccer program on psycho-social attributes of youth with and without intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 33(1), 229–239
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Collin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01>
- Patton, M. Q. (1980). *Qualitative evaluation methods*. Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice*. Sage Publications.
- Pelleboer-Gunnink, H. A., Van Oorsouw, W. M. W. J., Van Weeghel, J. et Embregts, P. J. C. M. (2017). Mainstream health professionals' stigmatising attitudes towards people with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(5), 411-434.
- Pettigrew, T. F. (1998). Intergroup contact theory. *Annual review of psychology*, 49(1), 65-85.
- Pettigrew, T. F. et Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(5), 751.
- Pettigrew, T. F. et Tropp, L. R. (2008). How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *European Journal of Social Psychology*, 38(6), 922-934.
- Pettigrew, T. F. et Tropp, L. R. (2013). *When groups meet: The dynamics of intergroup contact*. Psychology press.
- Pettigrew, T. F., Tropp, L. R., Wagner, U. et Christ, O. (2011). Recent advances in intergroup contact theory. *International journal of intercultural relations*, 35(3), 271-280.
- Phelan, J. C., Link, B. G. et Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: one animal or two?. *Social science & medicine*, 67(3), 358-367.
- Piaget J. et Inhelder B. (2004). *La Psychologie de l'enfant*. Presses Universitaires de France.
- Pitetti, K. H. et Yarmer, D. A. (2002). Lower body strength of children and adolescents with and without mild mental retardation: a comparison. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19(1), 68-81.

- Poulin, J.-R. (2023). *La déficience intellectuelle : de la définition à l'intervention pédagogique* (1^{ère} éd.). Letra Capital
- QSR International Pty Ltd. (2020). *NVivo* (v1.7.1 1534) [logiciel], QSR International. <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
- Reichard, A., Stolzle, H. et Fox, M.H. (2011) Health disparities among adults with physical disabilities or cognitive limitations compared to individuals with no disabilities in the United States. *Disability and Health Journal*, 4(2), 59-67
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode*. Sciences et culture.
- Réseau international sur le processus de production du handicap. (2023). *Modèle MDH-PPH*. https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/?fbclid=IwAR2v8F24WdYXOIJ6_GPulb6suWeAC48NkgU-q1lVqYQVKr6GAA5VrHjU-IY
- Rillotta, F. et Nettelbeck, T. E. D. (2007). Effects of an awareness program on attitudes of students without an intellectual disability towards persons with an intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 32(1), 19-27.
- Rinaldi, R., Malou, V., Geurts, H. et Haelewyck, M. C. (2020). Autodétermination et promotion de la santé chez les adultes présentant une déficience intellectuelle : une revue systématique de la littérature. *Alter*, 14(3), 202-222.
- Robertson, J., Hatton, C., Emerson, E. et Baines, S. (2015). Prevalence of epilepsy among people with intellectual Disabilities : a systematic review. *Seizure*, 29, 46-62. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2015.03.016>
- Roswal, G. M. et Damentko, M. (2006). A review of completed research in sports for individuals with intellectual disability. *Research Yearbook*, 12(2), 181-183.
- Rubin, H. J. et Rubin, I. S. (2011). *Qualitative interviewing : The Art of Hearing Data* (3^è éd.). Sage.
- Sarrazin, C. (2020). *L'organisation sociale de l'autodétermination des adultes présentant une déficience intellectuelle : enquête au sein d'associations parentales françaises* [Thèse de doctorat]. Université du Québec à Trois-Rivières. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/9485/1/eprint9485.pdf>
- Sauvayre, R. (2013). *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*. Dunod. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.3917/dunod.sauva.2013.01>
- Schalock, R. L., Luckasson, R., et Tassé, M. J. (2021). An Overview of Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 126(6), 439-442.
- Seewooruttun, L. et Scior, K. (2014). Interventions aimed at increasing knowledge and improving attitudes towards people with intellectual disabilities among lay people. *Research in developmental disabilities*, 35(12), 3482-3495.

- Simonato, I. (2022). *Élaboration d'un programme de formation à l'utilisation des technologies et description de la trajectoire d'inclusion numérique d'adultes présentant une déficience intellectuelle* [Thèse de doctorat]. Université du Québec à Trois-Rivières. <https://depote.uqtr.ca/id/eprint/10550/>
- Simonato, I., Lussier-Desrochers, D., Normand, C. L., Romero-Torres, A. et Lachapelle, Y. (2020). Développer l'autonomie numérique chez de jeunes adultes trisomiques. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 30(spécial), 42–54. <https://doi.org/10.7202/1075354ar>
- Simplican, S. C., Leader, G., Kosciulek, J. et Leahy, M. (2015). Defining social inclusion of people with intellectual and developmental disabilities: An ecological model of social networks and community participation. *Research in developmental disabilities*, 38, 18–29.
- Siperstein, G. et Hardman, M. (2001). *National evaluation of the Special Olympics unified sports program*. https://media.specialolympics.org/soi/files/sports/unified_sports_report.pdf
- Siperstein, G. et Hardman, M. (2006). *Changing attitudes, changing the world: A comprehensive national study of Special Olympics programs in the United-States*. www.specialolympics.org/research_studies.aspx
- Siperstein, G. N., Glick, G. C. et Parker, R. C. (2009). Social inclusion of children with intellectual disabilities in a recreational setting. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(2), 97-107.
- Siperstein, G. N., Leffert, J. S. et Widaman, K. (1996). Social behaviour and the social acceptance and rejection of children with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 31(4), 271–281.
- Siperstein, G. N., Parker, R. C., Bardon, J. N. et Widaman, K. F. (2007). A national study of youth attitudes toward the inclusion of students with intellectual disabilities. *Exceptional Children*, 73(4), 435-455.
- Special Olympics (2014). *Special Olympics summer sports rules for Bocce*. http://media.specialolympics.org/soi/files/resources/Sports-Rules-Competitions/SportsRules/Bocce_Rules-FINAL-March2014.pdf
- Stathi, S. (2017). Vicarious, extended and imagined intergroup contact: A review of interventions based on indirect contact strategies applied in educational settings. *TPM-testing, psychometrics, methodology in applied psychology*, 24(1), 3-21.
- Sullivan, E. et Glidden, L. M. (2014). Changing attitudes toward disabilities through unified sports. *Intellectual and developmental disabilities*, 52(5), 367-378. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-52.5.367>
- Tassé, M. J. et Morin, D. (2003) *La déficience intellectuelle*. Gaëtan Morin.

- Temple, V. A., Frey, G. C. et Stanish, H. I. (2006). Physical activity of adults with mental retardation: review and research needs. *American Journal of Health Promotion*, 21(1), 2–12.
- Toth, K., Jones, K.L., Prajapati, P., Sonenklar, N. et Al-Marteen, C. S. (2022). Intellectual Disability. Dans Mina K. Dulcan (Dir.). *Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry* (p. 107-134). American Psychiatric Association Publishing.
- Townsend, M. et Hassall, J. (2007). Mainstream students' attitudes to possible inclusion in unified sports with students who have an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(3), 265-273.
- Tremblay, M. et Hudon, I. (2014). La recherche participative et émancipatoire en déficience intellectuelle : vers une éthique de la citoyenneté. Dans G. Petitpierre et B.-M. Martini Willemin (Dir.), *Méthodes de recherche dans le champ de la déficience intellectuelle* (p. 149-186). Peter Lang.
- Tripp, A., French, R. et Sherrill, C. (1995). Contact theory and attitudes of children in physical education programs toward peers with disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 12(4), 323-332.
- Tuffrey-Wijne, I., Goulding, L., Giatras, N., Abraham, E., Gillard, S., White, S., Edwards, C. et Hollins, S. (2014). The barriers to and enablers of providing reasonably adjusted health services to people with intellectual disabilities in acute hospitals: evidence from a mixed-methods study. *BMJ open*, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004606>
- Vezzali, L. et Stathi, S. (2020). *Using intergroup contact to fight prejudice and negative attitudes: Psychological perspectives*. Routledge.
- Waytz, A. (2019). *The Power of Human: How Our Shared Humanity Can Help Us Create a Better World*. W.W. Norton
- Weiss, J., Lunsy, Y. et Morin, D. (2010). Psychology graduate student training in developmental disability: A Canadian survey. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 51(3), 177–184.
- World Health Organization. (2011). *World report on disability*. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf?ua=1
- Wright J. et Cowden J. E. (1986). Changes in self-concept and cardiovascular endurance of mentally retarded youths in Special Olympics swim training program. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 3(2), 177–183
- Zanna, M. P. et Rempel, J. K. (1988). Attitudes: A new look at an old concept. Dans D. Bar-Tal et A. W. Kruglanski (Dir.), *The social psychology of knowledge* (p. 315–334). Cambridge University Press

Appendice A
Guide d'entretien semi-dirigé



GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ

Responsable de la recherche : Élisabeth Rufiange,

Département de psychoéducation, Université-du-Québec à Trois-Rivières

Présentation de la recherche	L'objectif de la recherche est d'explorer les liens entre la formation par les activités de sport inclusives des futurs professionnels de la santé et leurs attitudes envers les personnes ayant une déficience intellectuelle.
Thèmes	Questions
Votre expérience	-Dans quel contexte avez-vous eu l'occasion de participer à une activité de sport inclusive et quelle était cette activité? -Expliquez-moi comment s'est déroulée votre activité.
La formation par le sport unifié	-Que pensez-vous de la formation par le sport unifié? -Quelle est la pertinence de cet ajout à une formation initiale? -Cela est profitable? Si oui pourquoi? Sinon, pourquoi?
La déficience intellectuelle	-Quels enjeux que vivent les personnes ayant une DI vous parle le plus? -Quelle est la différence, avant et après l'atelier, quant à vos connaissances (théorique et pratique) sur la DI? -Quels sont les éléments nouveaux, concernant les personnes vivant avec une DI, avec lesquels vous avez été confronté lors de votre activité (éléments reliés au savoir)?
L'impact sur votre savoir-être, votre sensibilité	-Quelles compétences personnelles ou interpersonnelles avez-vous acquises? -Quelle est la valeur ajoutée d'inclure une telle activité dans votre parcours, en ce qui concerne votre façon d'entrer en relation avec vos futurs patients?
L'influence sur votre future pratique professionnelle (savoir-faire)	-Quel est l'apport de l'activité de sport inclusif, sur les soins que vous offrirez aux personnes ayant une DI? -Sur l'enjeu de la communication? -Quelles différences pourrait-il y avoir chez une personne de votre corps de métier, qui n'a pas réalisé une activité comme la vôtre?

Appendice B
Certificat éthique

3863



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE - PSYCHOLOGIE ET PSYCHOÉDUCATION

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche - Psychologie et Psychoéducation a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Exploration des effets de la formation par le sport unifié, de futurs professionnels de la santé, sur leur attitude envers les personnes vivant avec une déficience intellectuelle

Chercheur(s) : Elisabeth Rufiange
Département de psychoéducation

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT CERPPE-21-03-07.10

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 31 mars 2023 au 31 mars 2024

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Charles Viau-Quesnel
Président du comité

Annie-Claude Villeneuve
Secrétaire du comité