

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE
LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. Sc.)

PAR
ANDRÉANNE BÉDARD

EXPLORATION DE STRATÉGIES UTILES AUX ENTRAÎNEURS AFIN DE
FAVORISER LA PARTICIPATION DES ENFANTS AYANT UNE DÉFICIENCE
INTELLECTUELLE À DES ACTIVITÉS SPORTIVES : LA PERCEPTION
D'ERGOTHÉRAPEUTES

AOÛT 2013

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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 ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

RÉSUMÉ

Problématique : Les enfants présentant une déficience intellectuelle (DI) sont confrontés à des difficultés dans plusieurs sphères de leur fonctionnement autant physique, cognitif qu'affectif (*Association de Sherbrooke pour la Déficience Intellectuelle*, 2010; Fougereyrollas, 2010; Morin et coll., 2011). Pour surmonter ces difficultés, le sport a démontré son efficacité et son apport non seulement chez les enfants ayant un développement typique, mais également chez ceux présentant une DI (Baran et coll., 2009; Grandisson et coll., 2012; Grandisson, Tétreault et Freeman, 2010; Siperstein, Glick, Harada, Bardon et Parker, 2007; Siperstein, Glick et Parker, 2009). Cependant, les stratégies favorisant la pratique d'activités sportives chez ces jeunes sont peu documentées. **Objectif :** L'objectif de cette étude est donc d'explorer les stratégies utiles aux entraîneurs afin de favoriser la participation des enfants présentant une déficience intellectuelle à des activités sportives. **Méthode :** Pour atteindre cet objectif, quatre ergothérapeutes provenant de centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) ont été rencontrées dans le cadre d'entrevues semi-structurées pour recueillir leur perception des stratégies pouvant favoriser la participation à des activités sportives des enfants vivant avec une DI. **Résultats :** Plusieurs stratégies liées aux enfants, à l'activité sportive et à l'environnement ont été mentionnées par les ergothérapeutes rencontrées. D'abord, les stratégies liées aux enfants regroupent la connaissance : des aptitudes et des difficultés vécues par ceux-ci, des méthodes d'apprentissage pouvant être utilisées, de l'impact de leur syndrome et du degré de celui-ci ainsi que des conditions associées pouvant amener des risques lors de la pratique de sports. Ensuite, les stratégies reliées à l'activité sportive incluent tout ce qui implique les choix relatifs : au moment où l'enfant pratique le sport, au degré de structure présent dans l'activité, au niveau d'autonomie et de responsabilité à fournir à ces enfants, aux types de règles à implanter, au type d'activité approprié (adapté/intégré, groupe/individuel) ainsi qu'à la méthode pour démontrer les tâches aux enfants. Finalement, les stratégies liées à l'environnement comprennent celles eu égard : au choix du lieu et des équipements ainsi qu'à l'influence que peuvent avoir le nombre d'adultes, à l'attitude des entraîneurs, à la famille, à la société ainsi qu'aux professionnels/individus/fondations sur les possibilités offertes à ces enfants ainsi qu'à leur participation à des activités sportives. Toutes ces stratégies offrent aux entraîneurs des lignes directrices afin de les aider à inclure des enfants vivant avec une DI dans les activités sportives qu'ils dirigent. **Conclusion :** Les ergothérapeutes rencontrées ont ainsi contribué à l'avancée des connaissances concernant les stratégies pouvant être utiles aux entraîneurs lors de la participation d'enfants présentant une DI à des activités sportives.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	ii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vi
REMERCIEMENTS	vii
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	3
2.1 Prévalence et description de la déficience intellectuelle	3
2.2 Bénéfices de la pratique d'activités sportives	4
2.2.1 Aptitudes reliées aux activités motrices	5
2.2.2 Aptitudes reliées aux comportements	5
2.2.3 Aptitudes reliées aux activités intellectuelles	6
2.2.4 Aptitudes reliées au sens et à la perception	6
2.2.5 Participation sociale	6
2.3 Facteurs influençant la pratique d'activités sportives	7
2.4 Droits des enfants ayant une déficience intellectuelle	9
2.5 Stratégies existantes facilitant la participation à des activités sportives	11
2.6 Question et objectif de la recherche	13
2.7 Pertinence de la recherche	13
3. CADRE CONCEPTUEL	17
3.1 Quelques concepts clés de l'étude	17
3.2 Cadre conceptuel de l'étude	19
4. MÉTHODE	22
4.1 Devis de recherche	22
4.2 Échantillon et recrutement	23
4.3 Collecte des données	24
4.4 Analyse des données	26
4.5 Considérations éthiques	26
5. RÉSULTATS	28
5.1 Stratégies liées à la dimension de la personne du MDH-PPH 2	29
5.1.1 Connaissances des aptitudes	29
5.1.2 Connaissances des facteurs identitaires (diagnostic)	36
5.1.3 Connaissances des systèmes organiques	37
5.2 Stratégies liées à la dimension des habitudes de vie du MDH-PPH 2	39

5.2.1 Moment idéal pour réaliser des activités sportives.....	40
5.2.2 Activité structurée / activité offrant des choix.....	40
5.2.3 Autonomie et responsabilités des enfants dans les activités sportives	42
5.2.4 Règles de jeu lors des activités sportives	43
5.2.5 Sport adapté / sport intégré.....	43
5.2.6 Activités sportives de groupe / activités individuelles	44
5.2.7 Stratégies liées à l'activité elle-même	45
5.3 Stratégies liées à la dimension de l'environnement du MDH-PPH2.....	46
5.3.1 Adaptations liées à l'environnement physique.....	47
5.3.2 Adaptations liées à l'environnement social	48
5.4 Conseils pratiques pour les entraîneurs	51
5.4.1 Conseils liés à la personne.....	52
5.4.2 Conseils liés aux habitudes de vie	52
5.4.3 Conseils liés à l'environnement.....	53
6. DISCUSSION.....	54
6.1 Comparaison entre les écrits et les résultats de l'étude.....	54
6.1.1 Dimension de la personne	54
6.1.2 Dimension des habitudes de vie	56
6.1.3 Dimension de l'environnement	57
6.1.4 Apport des ergothérapeutes eu égard aux différentes stratégies.....	58
6.2 Forces et limites de l'étude	59
6.3 Conséquences pour la pratique	60
7. CONCLUSION	63
RÉFÉRENCES	65
ANNEXE A Lettre de recrutement	70
ANNEXE B Lettre d'information et de recrutement.....	71
ANNEXE C Schéma de l'entrevue	75
ANNEXE D Approbation éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières.....	77
ANNEXE E Acceptation éthique du comité CPCAR du CRDITED.....	78
ANNEXE F Acceptation éthique du comité CÉRC du CRDITED.....	80
ANNEXE G Opportunités sportives en Mauricie et au Centre-du-Québec	83
ANNEXE H Personnes et fondations pouvant soutenir la participation des enfants ayant une DI à des activités sportives	84

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Caractéristiques des participantes.....	28
Tableau 2	Stratégies liées à la dimension de la personne.....	29
Tableau 3	Difficultés cognitives des enfants présentant une déficience intellectuelle.....	31
Tableau 4	Difficultés physiques des enfants présentant une déficience intellectuelle.....	31
Tableau 5	Difficultés affectives des enfants présentant une déficience intellectuelle.....	31
Tableau 6	Conditions associées à la déficience intellectuelle.....	38
Tableau 7	Stratégies liées à la dimension des habitudes de vie.....	39
Tableau 8	Comparaison entre l'activité structurée et l'activité offrant des choix.....	41
Tableau 9	Activité sportive de groupe / activité sportive individuelle.....	44
Tableau 10	Stratégies liées à l'environnement physique et social.....	47
Tableau 11	Opportunités sportives en Mauricie et au Centre-du-Québec.....	83
Tableau 12	Personnes et fondations pouvant soutenir la participation des enfants ayant une DI à des activités sportives.....	84

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
DI	Déficience intellectuelle
MDH-PPH2	Modèle de développement humain — Processus de production du handicap 2
QI	Quotient intellectuel

REMERCIEMENTS

Avant d'amorcer la lecture de ce document, il importe de souligner l'apport de plusieurs individus à cette recherche. D'abord, je désire remercier le centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement (CRDITED) qui a participé à cette étude pour son ouverture et le soutien qu'il a apporté à la réalisation de ce projet. Je tiens aussi à souligner l'implication de quatre ergothérapeutes de ce milieu pour leur ouverture, leur grande disponibilité ainsi que leur participation exemplaire à la cueillette des données que j'ai réalisée, et ce faisant je veux souligner leur apport à l'enrichissement des connaissances sur le sujet de cette recherche.

Par la suite, je ne peux oublier le soutien apporté par Mme Marie-Josée Drolet, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières et directrice de cet essai de maîtrise. Ses nombreux conseils et suggestions au cours de la réalisation furent pertinents et m'ont permis d'améliorer la qualité de cet essai. De plus, elle fut une guide exceptionnelle dans toutes les étapes de cette réalisation.

Un grand merci aussi à mes collègues de classes, à Mme Claire Dumont, enseignante chercheuse à l'Université du Québec à Trois-Rivières, et à Mme Marie Grandisson, chargée de cours au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui ont su, par leurs conseils, enrichir mes idées et m'offrir des suggestions fortes pertinentes sur ma réflexion et mes écrits.

Finalement, je désire exprimer ma reconnaissance aux membres de ma famille qui ont été présents pour moi du début à la fin de ce projet et qui m'ont encouragée dans toutes les étapes qu'a engendré ce type de projet. Je tiens également à les remercier pour le précieux temps qu'ils m'ont offert afin de m'aider à corriger certaines sections de cet essai.

1. INTRODUCTION

Au Canada, les politiques de santé publique accordent de l'importance à la promotion du sport et à la prévention des problèmes de santé par le sport (Gouvernement du Canada, 2012). Notamment, on invite les jeunes à faire au moins 60 minutes d'activités physiques modérées par jour, tout en diminuant le temps réservé aux activités sédentaires comme regarder la télévision ou jouer à des jeux vidéo (Gouvernement du Canada, 2012). Toutefois, les informations véhiculées entourant les effets bénéfiques du sport chez les enfants¹ ayant une déficience intellectuelle (DI) sont peu nombreuses et peu adaptées, comparativement à celles s'adressant aux enfants à développement typique et *a fortiori* sans déficience intellectuelle, et ce, malgré le fait que les bénéfices de la pratique du sport soient aussi présents chez les enfants ayant une DI (Baran, Top, Aktop, Özer et Nalbant, 2009; Grandisson, Tétreault et Freeman, 2012). De plus, les opportunités sportives pour les jeunes à développement typique sont nombreuses par l'entremise des activités scolaires, des activités parascolaires et des activités organisées en dehors du milieu scolaire comme le hockey, le baseball, la danse, le patinage et la gymnastique. Toutefois, cette réalité est tout autre lorsqu'il est question des enfants présentant une déficience intellectuelle. En effet, certains sports sont difficilement accessibles pour les enfants présentant une DI étant donné les difficultés de ces jeunes sur le plan intellectuel (difficulté d'apprentissage, de compréhension des concepts, etc.) (Unapei, 2010) ainsi que le manque de connaissances de la population générale à propos de la déficience intellectuelle et du fonctionnement des enfants ayant une DI (Grandisson et coll., 2012).

Pourtant, ces enfants, au même titre que les autres, pourraient bénéficier des bienfaits que procure la pratique de sports. De plus, d'un point de vue éthique, ces enfants devraient pouvoir bénéficier de manière équitable des avantages qu'apporte la pratique d'activités sportives, et ce, sans discrimination. D'ailleurs, les avantages des sports sont nombreux autant chez les enfants à développement typique que chez ceux ayant une déficience intellectuelle (Baran et coll., 2009; Grandisson et coll., 2012). Toutefois, tel qu'il est documenté dans plusieurs études, maints facteurs personnels et environnementaux favorisent et contraignent la participation des jeunes ayant une DI à des sports (Grandisson, Tétreault et Freeman, 2010 et

¹ Dans cet essai, le terme « enfant » désigne les personnes âgées de 1 à 14 ans. Il en est de même du mot « jeune ».

2012; Hutzler et Korsensky, 2010; Sayers Menear, 2007; Siperstein, Glick et Parker, 2009; Townsend et Hassal, 2007). Tout compte fait, peu d'écrits renseignent les entraîneurs sur les stratégies qu'ils peuvent adopter afin de favoriser la participation équitable des enfants ayant une DI à des activités sportives. C'est pourquoi la présente étude porte sur les stratégies pouvant être utiles aux entraîneurs afin de favoriser la participation des enfants ayant une DI à des sports.

Le corps de ce texte se divise en plusieurs sections qui font appel à chacune des étapes de cette étude. D'abord, la problématique à l'origine de cet essai critique est précisée. Celle-ci présente un état des connaissances actuelles sur la déficience intellectuelle, les facteurs facilitant et nuisant à la participation des enfants présentant une déficience intellectuelle à des activités sportives ainsi que les stratégies existantes pouvant faciliter leur participation à de telles activités. Cette section indique également les éléments manquants au sein des écrits contemporains rendant cette recherche pertinente à la fois sur les plans scientifique, professionnel et social. Ensuite, le cadre conceptuel guidant cette étude sur les stratégies applicables par les entraîneurs est exposé. Celui-ci est suivi par la méthode de la recherche. Cette dernière précise le devis de l'étude, l'échantillon utilisé pour générer de nouvelles connaissances liées aux différentes stratégies, la méthode de collecte des données, l'analyse des données ainsi que les considérations éthiques de cette étude. À la suite de cette section, les résultats de la recherche sont présentés. Une discussion des résultats suit leur présentation et précise notamment les forces et les limites de l'étude ainsi que les retombées de cette recherche sur la pratique de l'ergothérapie, sur le travail des entraîneurs et sur la famille de jeunes vivant avec une DI. Finalement, une conclusion permet de mettre en lumière les éléments importants de l'étude et indique des avenues de recherches futures qui peuvent être intéressantes dans ce domaine d'investigation somme toute novateur.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1 Prévalence et description de la déficience intellectuelle

Comme il est mentionné par Statistique Canada (2012), 3 % de la population générale (228 000 personnes au Québec) présente une DI. Toujours selon Statistique Canada (2012), parmi les enfants de 0 à 14 ans ayant des incapacités, 29.8 % d'entre eux ont une incapacité reliée à une déficience intellectuelle. Ces statistiques démontrent que cette problématique est présente et qu'elle ne peut pas être négligée, étant donné le nombre considérable d'individus présentant une DI dans la société québécoise.

Mais qu'est-ce qu'une déficience intellectuelle? Dans cette étude, la DI est décrite comme étant un état permanent, c'est-à-dire une condition de santé qui est diagnostiquée avant l'âge de 18 ans (*Association de Sherbrooke pour la Déficience Intellectuelle*, 2010). Fougeryollas (2010) affirme que la déficience intellectuelle engendre une incapacité sur le plan des aptitudes reliées aux activités intellectuelles, telles que l'attention, les capacités d'apprentissage et la compréhension des consignes. Il ajoute également que l'intensité d'une incapacité peut varier considérablement, allant de capacité (sans limite) à incapacité complète où les difficultés prédominent. Dans le même sens, la déficience intellectuelle est associée à une diminution de deux écarts types sous la moyenne pour ce qui est du quotient intellectuel (QI) ainsi que des incapacités relatives à la compréhension des concepts abstraits, ce qui démontre les atteintes sur le plan du fonctionnement intellectuel. À cela s'ajoutent des limitations dans le domaine des aptitudes reliées aux comportements adaptatifs et aux relations sociales (*Association de Sherbrooke pour la Déficience Intellectuelle*, 2010). Selon cette association, il est aussi important de tenir compte des difficultés langagières, motrices et comportementales pouvant être associées à cette condition.

Aussi, certaines autres conditions associées peuvent être présentes chez les enfants présentant une DI. D'abord, cet état peut être associé à certains problèmes de santé mentale (Frances et Ross, 1996). En effet, Frances et Ross (1996) mentionnent que la prévalence de cette condition de santé associée est de 3 à 4 fois plus élevée chez cette clientèle que chez la population générale. Ils précisent aussi que les troubles cognitifs les plus souvent présents sont

ceux liés à l'attention et à l'hyperactivité. Eu égard aux problèmes de santé mentale, ils indiquent que les troubles de conduite, le trouble bipolaire ainsi que le trouble de la personnalité sont les plus fréquents. De même, ils précisent que les enfants ayant une DI vivent des expériences dès leur jeune âge qui les rendent vulnérables aux troubles sociaux que sont l'étiquetage, le rejet, la ségrégation, l'infantilisation et la victimisation (Frances et Ross, 1996). De plus, ces auteurs ajoutent que les enfants présentant une DI ont souvent un réseau social restreint ainsi que des difficultés sur le plan des relations interpersonnelles, ce qui fait en sorte qu'ils sont plus solitaires et qu'ils ont une plus faible estime de soi que les enfants à développement typique. De surcroît, selon Morin et ses collaborateurs (2011), trois autres conditions associées sont aussi fréquemment observées chez les enfants ayant une DI, soit les maladies cardiaques, l'hypothyroïdie et l'hyperthyroïdie. Finalement, un autre élément important de mentionner est le fait que l'embonpoint ou le surpoids constitue une condition fréquemment associée à la déficience intellectuelle (Bégarie, Maïano, Ninot et Azéma, 2009). Ces éléments démontrent la complexité de la condition des enfants présentant un DI.

2.2 Bénéfices de la pratique d'activités sportives

Contrairement à la DI qui est un état permanent, les conditions associées de santé, présentées aux paragraphes précédents, ne sont pas nécessairement permanentes (Frances et Ross, 1996; Bégarie et coll., 2009). Afin de contrer leur prévalence et leur intensité, les activités sportives ont démontré leur utilité chez les individus à développement typique (Martory et Evrard, 2012) ainsi que chez ceux ayant une DI comme nous le verrons en détails ici-bas (Baran et coll., 2009; Grandisson et coll., 2012; Grandisson, Tétreault et Freeman, 2010; Siperstein, Glick, Harada, Bardon et Parker, 2007; Siperstein, Glick et Parker, 2009). De manière générale, les activités sportives permettent aux enfants de faciliter leur développement et leur croissance (Martory et Evrard, 2012). Ces auteurs affirment que le sport aide par exemple au renforcement des os, des muscles et du système cardiovasculaire, tout en diminuant les risques de surpoids. Il a également été démontré que les activités sportives sont des outils de socialisation et d'éducation (Martory et Evrard, 2012). Ces auteurs ajoutent qu'un sport pratiqué en groupe permet d'avoir de nouveaux amis et de développer un caractère adéquat permettant de socialiser et d'éviter les conflits avec les autres.

C'est donc suite à des recherches sur l'impact des activités sportives chez les enfants présentant une déficience intellectuelle qu'il a été possible d'établir de nombreux avantages à faire participer un enfant présentant une DI à des activités sportives. Cependant, lorsqu'il est question d'activités sportives avec ces enfants, il importe de considérer les deux catégories d'activités sportives qui peuvent être pratiquées par ceux-ci, soit les sports adaptés et les sports intégrés. Les sports adaptés sont des sports où seuls les enfants ayant une déficience y participent, alors que les sports intégrés sont ceux qui regroupent les enfants ayant une DI et ceux ayant un développement typique (Ninot, Bilard, Delignières, & Sokolowski, 2000). Il est donc intéressant de documenter les effets bénéfiques des sports, qu'ils soient adaptés ou intégrés, en lien avec la participation des enfants ayant une DI à des activités sportives.

2.2.1 Aptitudes reliées aux activités motrices

Tout d'abord, parmi les avantages de la pratique de sports par ces enfants, plusieurs auteurs ont documenté des effets positifs semblables à ceux notés chez les enfants à développement typique (Baran et coll., 2009; Gonzalez-Aguero et coll., 2012; Grandisson et coll., 2012; Hemayattalab, 2010; Hutzler et Korsensky, 2010; Özer, 2005; Reklaitiene et Pozeriené, 2008; Saenz, 2003; Van de Vilet et coll., 2006). Les auteurs mentionnent entre autres une augmentation au plan moteur de la masse osseuse (Gonzalez-Aguero et coll., 2012; Hemayattalab, 2010), de la force, de l'équilibre et de la flexibilité (Özer, 2005; Reklaitiene et Pozeriené, 2008; Van de Vilet et coll., 2006), tout en démontrant une diminution de la masse grasseuse (Ordonez, Rosety et Rosety-Rodriguez, 2006; Özer, 2005).

2.2.2 Aptitudes reliées aux comportements

Ensuite, les écrits démontrent que la relation avec les autres enfants et les exemples qu'ils leur fournissent pendant les activités sportives amènent les enfants ayant une DI à présenter et à développer moins de comportements inadaptés et plus de comportements adaptés (Baran et coll., 2009; Grandisson et coll., 2010 et 2012). Ceci peut donc avoir un impact positif sur plusieurs sphères de leur vie autant à l'école, dans les loisirs et qu'à la maison de manière générale (Baran et coll., 2009; Grandisson et coll., 2010 et 2012).

2.2.3 Aptitudes reliées aux activités intellectuelles

Par la suite, parmi les résultats, un des plus connus est l'impact positif sur l'estime de soi (Baran et coll., 2009; Grandisson et coll., 2012; Hutzler et Korsensky, 2010; Saenz, 2003). Cet aspect est expliqué entre autres par Grandisson et ses collaborateurs (2012) qui mentionnent qu'en vivant des réussites sur le plan sportif ou eu égard aux loisirs, les enfants ayant une DI peuvent avoir une meilleure image d'eux-mêmes et de leur valeur personnelle.

2.2.4 Aptitudes reliées au sens et à la perception

De surcroît, un élément discuté par certains auteurs concerne la perception que l'enfant ayant une DI a de lui-même, voire de ses compétences. En effet, cet aspect peut sembler étrange à première vue, mais il est compréhensible et pertinent. De fait, cet élément a trait à la diminution de la compétence perçue parfois vécue par certains de ces jeunes, particulièrement par ceux introduits dans les sports intégrés (Hutzler et Korsensky, 2010; Ninot et coll., 2005). La raison de cette diminution est liée au fait que ces jeunes ont souvent tendance à surestimer leurs compétences. Lorsqu'ils pratiquent des sports intégrés, leur vision de leurs capacités et de leurs compétences devient dès lors plus réaliste (Hutzler et Korsensky, 2010; Ninot, Bilard et Delignières, 2005).

2.2.5 Participation sociale

De manière plus précise avec le sujet de l'étude, plusieurs résultats de recherche démontrent les avantages de la pratique des activités sportives sur la participation sociale des enfants ayant une DI (loisirs, relations interpersonnelles et communication). Notamment, les capacités sportives du sport pratiqué par l'enfant sont améliorées (Grandisson et coll., 2010; Hutzler et Korsensky, 2010; Siperstein et coll., 2007). Ces capacités permettent alors aux enfants d'augmenter leur autonomie sur plusieurs plans, dont les activités courantes et les liens interpersonnels (Grandisson et coll., 2010; Hutzler et Korsensky, 2010; Siperstein et coll., 2007).

Par la suite, la participation à des activités sportives de groupe, c'est-à-dire avec d'autres enfants, a démontré un effet positif sur les relations interpersonnelles (Baran et coll., 2009; Grandisson et coll., 2012; Saenz, 2003; Siperstein et coll., 2007 et 2009). En effet, les

enfants ayant une DI voient leur nombre d'amis augmenter (Grandisson et coll., 2010; Siperstein et coll., 2007 et 2009) et ils sont mieux acceptés par leurs pairs présentant un développement typique (Hutzler et Korsensky, 2010). Cet aspect est d'autant plus véridique lorsqu'il est question d'une activité sportive intégrée grâce aux liens créés avec les enfants ayant un développement typique (Hutzler et Korsensky, 2010; Saenz, 2003). Les retombées sur le plan des relations interpersonnelles regroupent aussi celles avec les parents (Grandisson et coll., 2010 et 2012). Ces auteurs expliquent cet élément par l'augmentation de la fierté du parent pour son enfant et du bonheur que le parent et l'enfant vivent ensemble. Ensuite, sur le plan des responsabilités et de la communication, tous les auteurs abordant le développement des aptitudes s'entendent pour dire que ces améliorations découlent de l'augmentation du respect envers l'autorité et les pairs, de l'amélioration des techniques pour échanger des informations, pour exprimer un besoin et pour écouter les autres. Ces résultats montrent que la participation des enfants ayant une DI à des activités sportives a des effets positifs sur plusieurs dimensions de l'individu et plusieurs aspects de son existence.

2.3 Facteurs influençant la pratique d'activités sportives

Mis à part ces résultats, les recherches proposent également des facteurs facilitant et d'autres nuisant à la participation de ces enfants à des activités sportives (Grandisson et coll., 2012). D'abord, certains facteurs peuvent agir de manière positive ou négative, dépendamment des cas, et d'autres sont plutôt vus comme des facilitateurs ou des obstacles (Grandisson et coll., 2012). Pour ce qui est des aspects généraux, Grandisson et ses collaborateurs (2012) rapportent que certains éléments sont attribuables aux enfants eux-mêmes, tandis que d'autres reflètent l'influence de leur environnement. En effet, ces auteurs affirment que l'attitude de la communauté, le niveau de connaissances des entraîneurs, le soutien apporté à l'enfant ainsi que la disponibilité des informations reliées aux opportunités sont des aspects qui peuvent être perçus comme aidant ou nuisant à la participation à des activités sportives par les enfants et leur famille. Ces mêmes auteurs ajoutent que les caractéristiques du groupe influencent aussi le fonctionnement de l'enfant dans l'activité. En effet, Grandisson et ses collaborateurs (2012) indiquent qu'avoir des enfants présentant des capacités similaires au sein d'un même groupe facilite l'atteinte d'un degré adéquat de participation et de fonctionnement chez les enfants présentant une DI. Par la suite, l'accessibilité aux équipements, le potentiel individuel,

l'expérience et l'intérêt de l'enfant ayant une DI ont aussi une influence sur la participation de ces enfants à des sports (Grandisson et coll., 2012).

Aussi, plusieurs facilitateurs sont mentionnés par les auteurs. Tout d'abord, l'attitude favorable des enfants à développement typique à l'égard de la participation des enfants ayant une déficience intellectuelle à des activités sportives est un facilitateur, autant aux niveaux primaires que secondaires (Townsend et Hassal, 2007). Ceci facilite donc l'accès à des sports et à la participation à des sports dans les milieux réguliers. De plus, ceci a été corroboré par l'étude de Siperstein et ses collaborateurs (2009) qui démontre que les enfants ayant une DI étaient majoritairement acceptés par les enfants à développement typique dans les milieux intégrés. Dans cette étude, les enfants à développement typique nommaient au moins une personne avec une déficience comme étant leur ami et une personne qu'ils aiment ou avec laquelle ils veulent jouer. Ceci était également vrai pour les enfants ayant une déficience intellectuelle. Par ailleurs, d'autres facteurs associés à la participation à des activités sportives ont été mentionnés, tels que l'importance qui est accordée au rôle d'athlète ainsi que le désir de compétition, d'intégration et de développement des capacités (Grandisson et coll., 2010). Ces auteurs ajoutent l'influence du désir de se faire des amis ainsi que l'estime et la confiance en soi des enfants présentant une DI comme des facteurs pouvant influencer positivement la participation sportive. Le fait de gagner des prix, de jouer avec les autres, de faire de l'exercice, de vouloir accomplir un objectif et d'avoir du plaisir sont aussi des aspects contribuant à faciliter la participation à des sports des jeunes ayant une DI (Hutzler et Korsensky, 2010).

D'autre part, il y a aussi des facteurs qui nuisent à la participation de ces enfants à des activités sportives. D'abord, du point de vue de l'individu, à partir de l'adolescence, les individus présentant une DI ont plutôt tendance à choisir la sédentarité (Sayers Menear, 2007). Ceci fait en sorte qu'ils ont besoin de plus d'encouragements de leur entourage et de renseignements sur les bonnes raisons de faire du sport pour s'engager dans de telles activités (Sayers Menear, 2007). De plus, les déficits cognitifs tout comme les difficultés sociales et de communication agissent de manière à restreindre leur participation à des activités sportives (Grandisson et coll., 2010). Ces auteurs mentionnent également que des aspects

environnementaux ont aussi un effet négatif sur la participation de ces jeunes à des sports. Parmi ceux-ci se retrouvent : 1) les coûts parfois élevés associés aux activités sportives et aux déplacements; 2) la localisation des activités qui peut être éloignée du domicile; 3) les croyances et les attitudes défavorables véhiculées par la société à des individus ayant une DI; 4) le manque d'assistance ainsi que 5) la motivation restreinte des entraîneurs à inclure des enfants ayant une déficience intellectuelle dans leurs groupes (Grandisson et coll., 2010). Finalement, deux autres aspects pouvant nuire à la participation à des sports sont le manque d'informations des familles sur les opportunités offertes aux enfants présentant une DI et le manque de connaissances des enfants à développement typique sur la DI (Townsend et Hassal, 2007). Ce dernier élément peut augmenter la réticence des enfants à développement typique à accueillir les enfants ayant une DI dans leur environnement sportif.

Finalement, un aspect mis en lumière dans les études est que ces enfants ne voient leurs partenaires de jeu qu'à l'école (Baran et coll., 2009). Ceci fait en sorte que la qualité et la quantité des amitiés et des relations interpersonnelles se voient limitées par l'accès aux pairs (Saenz, 2003). De plus, cet auteur mentionne les répercussions négatives sur l'image de soi, sur la perception que ces enfants ont d'eux-mêmes, sur leur statut social et sur les succès, voire les insuccès qu'ils vivent. Il s'avère donc intéressant de documenter la participation à des activités sportives selon plusieurs angles et pas seulement dans le contexte du milieu scolaire.

2.4 Droits des enfants ayant une déficience intellectuelle

Ensuite, ces obstacles à la participation des enfants vivant avec une DI sont également discutés par les Nations Unies dans un document consacré aux droits de la personne et à l'incapacité qui se trouve sur le site du patrimoine canadien (Gouvernement du Canada, 2013). De fait, les Nations Unies y affirment que les personnes ayant un handicap (physique, mental, intellectuel ou sensoriel) rencontrent effectivement plusieurs obstacles reliés à leurs incapacités qui limitent leur participation sociale. Elles mentionnent également que l'accès aux possibilités est parfois limité pour ces individus comparativement aux autres membres de la société. Cette iniquité conduit alors à l'importance d'accorder des droits égaux à tous les enfants peu importe leurs capacités ou incapacités. D'ailleurs, la pleine participation aux activités est un droit commun à tous individus, qui permet par le fait même de diminuer la

discrimination pouvant être vécue par ces enfants (Gouvernement du Canada, 2013). De plus, comme indiqué dans ce document : « *le droit à l'égalité et l'obligation de prendre des mesures d'adaptation sont garantis par la loi* ». C'est dire que la société québécoise a l'obligation d'ajuster les exigences et d'offrir des adaptations pour ces individus afin de leur permettre de jouir, au même titre que tous les autres, d'une participation à des activités en particulier et à la société en général. De fait, ce document stipule que :

L'égalité est un droit garanti à tous les citoyens canadiens. Parmi les valeurs inhérentes au concept de l'égalité, il faut mentionner l'autodétermination, l'autonomie, la dignité, le respect, l'intégration et la participation. (Gouvernement du Canada, 2013, p.1).

Cela dit, plusieurs adaptations des activités sportives devraient être en place afin de fournir des opportunités satisfaisantes à ces enfants, ce qui n'est pas le cas, comme précisé plus tôt dans ce document.

Pour répondre à ce besoin, les Nations Unies ont pris une initiative internationale et ont développé un document s'intitulant : *De l'exclusion à l'égalité : réalisation des droits des personnes handicapées* (Organisation des Nations Unies, 2007). Ce document a été réalisé étant donné que les personnes handicapées sont des individus se voyant, encore aujourd'hui, refuser certains droits essentiels et certaines libertés. Il réitère l'obligation de respecter les droits humains de toute personne, notamment des personnes ayant un handicap. De fait, cette convention mentionne plusieurs droits, dont le droit à l'égalité des opportunités relatives aux activités sportives, applicable à la situation discutée dans cette étude. En effet, ce document stipule que :

Les personnes handicapées ont droit à un traitement non discriminatoire et à l'égalité dans les domaines de l'accès à la justice [...] en assurant les aménagements raisonnables nécessaires tant par rapport à l'âge que pour la procédure, de l'éducation, des soins de santé, du travail, de la vie familiale, des activités culturelles et sportives et de la participation à la vie politique et à la vie publique. (Organisation des Nations Unies, 2007, p.14).

L'élément de non-discrimination est un concept grandement valorisé dans ce document, puisqu'il représente le fondement à la base du développement des droits humains

(Organisation des Nations Unies, 2007) et démontre l'importance d'accorder une attention particulière aux enfants ayant une déficience intellectuelle désirant participer à des activités sportives qui peuvent être considérées comme personnes vulnérables.

Finalement, cette convention aborde maints principes généraux élaborés afin de guider les États lors de l'application de la convention. Parmi ces principes se retrouvent : le respect de l'autonomie individuelle, la participation et l'intégration sociales, le respect de la différence, l'égalité des chances, l'accessibilité ainsi que le respect du droit au développement des capacités de l'enfant handicapé. Ces principes sont tous des lignes directrices qui devrait normalement guider la société actuelle afin d'assurer l'égalité citoyenne ainsi que le respect des droits humains de ces enfants.

En bref, plusieurs éléments de la convention peuvent être reliés à la situation discutée dans cette étude, soit la participation des enfants ayant une déficience intellectuelle à des activités sportives. Ces éléments amènent donc un questionnement lié aux stratégies et aux méthodes mises en place afin de contrer l'inégalité en ce qui concerne la pratique d'activités sportives de jeunes ayant une DI.

2.5 Stratégies existantes facilitant la participation à des activités sportives

Pour faire suite aux informations fournies plus haut et plus précisément au paragraphe précédent, il importe de jeter un regard attentif sur les stratégies existantes afin de faciliter la participation des enfants vivant avec une DI à des activités sportives et ainsi assurer une égalité occupationnelle, telle qu'elle est prônée dans la convention des Nations Unies (Organisation des Nations Unies, 2007). Ceci est pertinent étant donné les nombreux avantages qui découlent de la participation à des activités sportives pour les personnes. Cependant, peu d'écrits traitent des stratégies pouvant être utilisées par les entraîneurs afin de faciliter la participation des enfants ayant une DI à des sports, et ce, que ce soit à des sports intégrés ou adaptés.

Une recension des écrits a permis de repérer des stratégies développées par le mouvement des Olympiques Spéciaux. Ce mouvement permet aux enfants présentant une DI de participer à plusieurs sports selon leurs désirs et leurs préférences (Olympiques Spéciaux,

2012). Ce mouvement mentionne qu'étant donné les limitations des enfants présentant une DI sur le plan des apprentissages, certaines stratégies sont plus efficaces que d'autres. Parmi celles-ci, la démonstration, la mise en action ainsi que la manipulation des différentes parties du corps sont à privilégier par rapport aux seules instructions verbales (Olympiques Spéciaux, 2012). Il est aussi important de diviser les tâches en étapes et en consignes simples ainsi que de donner des rétroactions immédiates et précises aux enfants (Olympiques Spéciaux, 2012). Finalement, les membres de cette organisation affirment qu'il importe d'impliquer les parents dans le processus puisque ceux-ci ont une influence majeure chez leur(s) enfant(s) et ils peuvent leur fournir le soutien et les encouragements dont ces enfants ont besoin (pratique à la maison, établissement des objectifs, valorisation, etc.).

Il appert donc que les stratégies à utiliser auprès des enfants ayant une DI sont un aspect négligé dans les écrits scientifiques puisqu'une seule référence d'un faible niveau d'évidence traite des stratégies à adopter auprès de ces jeunes par les entraîneurs (Law et MacDermid, 2008). Il est toutefois pertinent de s'intéresser à de telles stratégies afin de favoriser la participation des enfants ayant une DI à des activités sportives, et ce, de façon à ce qu'ils puissent, eux aussi et au même titre que les enfants à développement typique, retirer les nombreux bénéfices de la pratique de telles activités, lesquels sont documentés dans les écrits contemporains sur le sujet.

En résumé, les études démontrent qu'il est pertinent de favoriser la participation des enfants présentant une DI à des activités sportives. Aussi, il est ici supposé que l'utilisation de stratégies plus précises permettra aux enfants présentant une DI de cheminer physiquement, cognitivement et affectivement, et ce, de façon souhaitée. Il est donc important, étant donné la présence d'une quantité non négligeable de personnes ayant une DI dans la société, en particulier d'enfants vivant avec une DI, d'examiner les aspects entourant les problèmes qu'ils rencontrent dans leur quotidien, plus précisément ceux associés à leur participation à des activités sportives. Il est aussi question de la manière dont les entraîneurs pourront inclure ces enfants dans leurs groupes réguliers ou adaptés, en adoptant des stratégies inclusives. Cette recherche permet ainsi de générer des connaissances visant à combler, dans une certaine mesure, les éléments manquants dans les écrits actuels. Ce faisant, il s'agit ici de mieux

comprendre la situation de ces enfants, de les soutenir dans leur cheminement personnel et de leur offrir des opportunités sportives auxquelles ils ont droit, en décrivant des stratégies pouvant faciliter leur participation à des sports.

2.6 Question et objectif de la recherche

La recension des écrits a permis de cerner la problématique de la présente étude. Plus précisément, un questionnement a émergé en lien avec la participation des enfants ayant une déficience intellectuelle à des activités sportives. Quelles sont les stratégies à adopter par les entraîneurs afin de favoriser la participation d'enfants ayant une DI à des activités sportives? Telle est la question qui guide la présente recherche.

L'objectif de cette étude consiste donc à identifier et à décrire des stratégies à adopter par les entraîneurs afin de favoriser la participation d'enfants ayant une déficience intellectuelle à des activités sportives. En d'autres mots, cet essai critique entend contribuer à bonifier l'état actuel des connaissances relatives aux stratégies pouvant être mises de l'avant par des entraîneurs afin de favoriser la participation équitable des enfants ayant une DI à des activités sportives. Pour atteindre cet objectif, la section de ce travail consacrée à la méthode précise les moyens qui ont été utilisés afin de générer les connaissances de cette étude. Enfin, cette recherche est pertinente à la fois d'un point de vue scientifique, professionnel et social comme le soulignent les prochains paragraphes de la problématique.

2.7 Pertinence de la recherche

De manière générale, une étude sur les stratégies à adopter auprès d'enfants ayant une DI dans le but de favoriser leur participation à des activités sportives est pertinente d'un point de vue scientifique, car la recension des écrits révèle que cet aspect est peu documenté à l'heure actuelle. De plus, étant donné que le manque de connaissances des entraîneurs à l'égard des enfants présentant une DI fait partie des barrières à leur participation à des sports (Grandisson et coll., 2010), il importe de développer des outils pouvant aider les entraîneurs à inclure davantage les enfants ayant une DI au sein des activités qu'ils organisent. Cette recherche couvre donc un aspect peu documenté dans les études contemporaines entourant la

participation des enfants ayant une DI à des activités sportives, contribuant ce faisant à l'avancée des connaissances dans un domaine qui mérite que l'on s'y attarde.

Aussi, compte tenu du nombre relativement restreint de recherches dans le domaine de la santé mentale au Canada comparativement aux recherches dans le domaine de la santé physique, cette étude s'avère d'autant plus justifiée. À cet égard, l'*Alliance Canadienne pour la Maladie Mentale et la Santé Mentale* (2006) indique que seulement 5 % des fonds de recherche du Canada sont alloués à des recherches en santé mentale, alors que 20 % de la population canadienne présente un problème de santé mentale dont fait partie la DI. D'ailleurs, il a été noté, en 1998, que la maladie mentale représentait un fardeau économique de 7.9 milliards de dollars pour les soins de santé associés ainsi que 3.2 milliards concernant les frais liés à l'invalidité et à la mort prématurée (Association canadienne pour la santé mentale, 2013). Cette étude permettra donc de contrer, dans une certaine mesure, l'inéquité présente dans la recherche. En somme, cette recherche est pertinente d'un point de vue scientifique en raison de l'état actuel des connaissances somme toute limitées et du nombre peu élevé d'études dans le domaine de la santé mentale au Canada compte tenu de l'ampleur des problèmes de santé mentale au Canada.

Du point de vue de la profession ergothérapique, une étude portant sur les stratégies pouvant être utilisées avec des enfants présentant une DI est intéressante pour la pratique en ergothérapie. D'abord, une telle étude permet de contribuer au développement de résultats probants pour soutenir la pratique de la profession. Compte tenu que la profession d'ergothérapeute est relativement jeune, environ une centaine d'années (Ferland et Dutil, 2012; Friedland, 2011), et que la recherche en ergothérapie est un phénomène récent (Drolet, 2013), peu de résultats probants fondent la pratique. Il s'avère donc justifié d'asseoir la pratique ergothérapique sur des bases plus solides au plan scientifique.

De plus, une étude portant sur les stratégies facilitant la participation des enfants présentant une DI à des sports est intéressante puisqu'en ergothérapie, l'objectif est de permettre à toutes personnes, peu importe ses capacités ou incapacités, de participer à leurs habitudes de vie, autant celles relatives aux activités courantes que celles relatives à leurs rôles

sociaux. En permettant de générer des connaissances sur la manière d'intégrer les enfants à des activités sportives, ceci facilitera, peut-on espérer, la participation d'enfants ayant une DI à un loisir qui est généralement signifiant pour eux, ce qui rejoint une valeur importante de la profession, soit la justice occupationnelle (Townsend et Wilcock, 2004), voire la participation occupationnelle (Drolet, 2013a). De cette façon, les ergothérapeutes participeront à l'autonomie fonctionnelle de ces enfants à travers un loisir qui peut, par le fait même, améliorer plusieurs sphères de l'existence de l'enfant. La chercheuse-étudiante espère également que les retombées de cette étude aideront ces professionnels lors de l'assistance à la mise en place ou lors de l'intégration des enfants ayant une DI à un sport. En outre, que ce soit en accompagnant les entraîneurs dans l'inclusion de l'enfant ou en fournissant les stratégies et les conseils permettant la participation de cet enfant, l'ergothérapeute est un professionnel clé pour les enfants ayant une DI désirant participer à des activités sportives. Aussi, la participation sociale des enfants est importante en ergothérapie et la pratique d'un sport contribue à leur participation sociale, ce qui ne saurait être négligé. Finalement, il est espéré que les connaissances relatives aux meilleures stratégies à adopter avec ces enfants permettront d'éliminer ou, à tout le moins, de diminuer les obstacles pouvant nuire à leur participation à des activités sportives. L'idéal ergothérapique de la justice occupationnelle enjoint tout ergothérapeute à diminuer, voire à éliminer les obstacles à la participation occupationnelle des personnes présentant une ou des déficiences, d'où la pertinence de cette étude pour la profession d'ergothérapeute.

Cette étude est également pertinente au plan social étant donné l'impact que peuvent avoir des stratégies favorisant la participation de ces enfants à des sports sur le quotidien des enfants présentant une DI et celui de leur entourage. En effet, il est ici présumé que plus les stratégies adoptées par les entraîneurs seront inclusives, plus il y aura d'enfants présentant une DI qui participeront à des sports. De cette façon, ils pourront se divertir et pratiquer le loisir qu'ils aiment au même titre que les enfants à développement typique.

De plus, le nombre d'enfants présentant une DI dans les activités sportives intégrées peut aussi avoir un impact sur les enfants à développement typique. En effet, il est ici supposé que plus il y aura d'enfants présentant une DI intégrés dans des sports, plus les enfants à

développement typique vont les côtoyer et risquent de les considérer comme étant semblables à eux, sensibilisant ainsi les enfants à développement typique sur la déficience intellectuelle. Il est aussi souhaité que ce rapprochement entre les enfants à développement typique et les enfants présentant une DI permette de créer de nouvelles amitiés et d'inclure d'une manière plus large les enfants ayant une DI à la vie quotidienne des enfants de leur âge. C'est dire que cette étude participe à l'idéal de l'inclusion scolaire, voire sociale des enfants présentant des déficiences, notamment une DI.

Par ailleurs, il est espéré que cette étude facilite aussi le travail des entraîneurs, puisqu'ils se sentiront moins démunis face aux stratégies pouvant être utilisées pour inclure des enfants présentant une déficience intellectuelle à des activités sportives qu'ils encadrent. Les impacts positifs touchent également les parents étant donné l'augmentation des aptitudes en générale de leur(s) enfant(s). Comme il a été dit plutôt, la pratique d'activités sportives apporte de nombreux bénéfices. Ainsi, le fardeau des parents se verra donc diminué grâce au développement de leur(s) enfant(s) et au soutien de l'entourage, dont celui des entraîneurs.

De plus, la participation des enfants présentant une DI à des activités sportives peut les amener à contribuer socialement, à leur mesure, car ces activités leur permettent de développer leur potentiel à maints égards (consulter la section 2.2 de la problématique), ce qui est considérable d'un point de vue économique.

Enfin, pour l'enfant présentant une DI, pratiquer une occupation signifiante lui permet non seulement de développer ses aptitudes, de vivre du bonheur et de ressentir du bien-être, mais également d'avoir une plus grande estime de lui-même, sans négliger le fait que la pratique d'un sport lui offre une opportunité de se faire de nouveaux amis. En résumé, cette étude est pertinente à la fois aux plans scientifique, professionnel et social.

3. CADRE CONCEPTUEL

Par souci de clarté, cette section se subdivise en deux parties, soit la première consacrée à la définition de quelques concepts clés de cette recherche, à savoir la déficience intellectuelle, le sport adapté, le sport intégré, l'intégration et l'inclusion sportives et la justice occupationnelle ainsi que la seconde vouée à la présentation du cadre conceptuel utilisé comme base théorique de l'étude.

3.1 Quelques concepts clés de l'étude

Pour bien mener cette recherche et bien comprendre ses retombées, les concepts clés de l'étude doivent être définis. Parmi ceux-ci, trois concepts ont été abordés plus tôt dans la problématique. Il s'agit alors ici d'un retour rapide sur la définition préservée dans le cadre de cette étude. Tout d'abord, le plus important et celui qui est central à cette recherche est la déficience intellectuelle. Comme il est mentionné plus haut, la DI se définit généralement par une limitation sur le plan du fonctionnement intellectuel et des capacités liées aux comportements adaptatifs. Les individus ayant une DI démontrent majoritairement des difficultés avec les concepts abstraits et les relations interpersonnelles et ils ont un QI de deux écarts types sous la moyenne des personnes de leur même groupe d'âge (Baran et coll., 2009; Özer et coll., 2012; Schalock et coll., 2010). Telle est la définition de la déficience intellectuelle qui a été ici retenue. Assurément, chacun des enfants ayant une DI est unique et ses caractéristiques sont distinctes. Par exemple, la déficience intellectuelle peut être légère, modérée ou sévère ce qui amène une variance sur le plan des capacités qui varient de capacités sans limite à incapacité complète où les difficultés prédominent (Fougeyrollas, 2010). Toutefois, pour les besoins de la recherche, c'est cette définition qui est ici utilisée puisque c'est celle qui est ressortie de la recension des écrits, donc celle qui a guidé les éléments mentionnés dans la problématique. En somme, la déficience intellectuelle correspond à une condition permanente suivant laquelle une personne présente une incapacité sur le plan des aptitudes liées aux activités intellectuelles (Fougeyrollas, 2010) et cette incapacité engendre des difficultés relationnelles.

Ensuite, deux autres concepts ont déjà été définis, soit le sport adapté et le sport intégré (Ninot, Bilard, Delignières, & Sokolowski, 2000). En effet, la définition retenue du sport adapté est la suivante : activité sportive effectuée que par des enfants ayant une déficience intellectuelle et adaptée à leurs capacités. De son côté, l'activité intégrée regroupe autant les enfants vivant avec une DI que les enfants à développement typique.

Le prochain concept à définir est l'inclusion sportive (Doczi, 2012). L'inclusion sportive est plus que la seule intégration physique d'une personne ayant une DI à un sport, donc l'intégration sportive. Il ne suffit pas d'insérer un enfant présentant une DI dans un sport, il importe de s'assurer qu'il communique et qu'il interagisse avec les autres membres du groupe et l'entraîneur. Ceci fait en sorte que les impacts sont beaucoup plus grands et qu'il fait réellement partie d'un groupe d'individus ou qu'il peut se réaliser dans un sport qu'il apprécie, tant lors d'un sport de groupe que d'un sport individuel.

Un dernier concept pertinent à définir dans le cadre de cette étude est celui de la justice occupationnelle. Ce concept, abordé par Townsend et Wilcock (2004), est important dans cette situation où les opportunités occupationnelles des enfants ayant une DI sont restreintes. La justice occupationnelle se définit comme une notion mettant l'emphasis sur les droits, les responsabilités et les libertés qui permettent aux gens d'expérimenter la santé et la qualité de vie à travers l'engagement dans des occupations (Townsend et Wilcock, 2004; Wolf et coll., 2010). De plus, ce concept reconnaît et fournit les ressources et les opportunités nécessaires pour répondre aux besoins des individus tout en permettant l'accès à du soutien pour participer à des occupations essentielles et signifiantes (Townsend et Polatajko, 2007; Wilcock et Townsend, 2000). Ce concept permet donc de limiter la discrimination basée sur les différences. Il favorise plutôt une justice occupationnelle, soit une équité pour chaque être humain de participer à des occupations. Ce concept amène alors l'approfondissement du sujet à l'étude par une réflexion sur tous les aspects pouvant avoir un effet sur le quotidien et l'inclusion de ces individus dans la société, ici dans des activités sportives.

3.2 Cadre conceptuel de l'étude

Pour poursuivre, un cadre conceptuel est utilisé afin de guider cette étude. Ce cadre est le *Modèle de Développement Humain— Processus de Production du Handicap 2* (MDH-PPH2) conçu par Fougeyrollas (2010).

Ce modèle théorique permet de comprendre les éléments qui sous-tendent la participation sociale ou, à l'inverse, la situation de handicap d'une personne (Fougeyrollas, 2010). Ce modèle est basé sur deux éléments majeurs, soit les facteurs personnels et les facteurs environnementaux qui, par leur interaction, définissent le niveau de participation sociale de l'individu dans ces habitudes de vie, incluant les rôles sociaux et les activités courantes.

De fait, la participation sociale est définie par Fougeyrollas (2010) comme l'interaction entre les facteurs personnels (déficiences, incapacités et autres caractéristiques personnelles associées aux aptitudes, systèmes organiques et facteurs identitaires) et les facteurs environnementaux (facilitateurs et obstacles présents dans l'environnement physique et social) rendant ainsi possible la pleine réalisation des habitudes de vie (Fougeyrollas, 2010). Contrairement à la participation sociale, la situation de handicap se produit lorsqu'un individu ne parvient pas à exécuter ses rôles sociaux et ses activités courantes. Ceci survient lorsque l'interaction entre les éléments propres à l'individu (ses caractéristiques, ses forces et ses limites personnelles) et les éléments de son environnement (microsociétal, mésosociétal et macrosociétal) ne répondent pas au besoin de l'activité ou du rôle social.

De manière plus précise, au sujet des facteurs personnels, Fougeyrollas (2010) affirme que trois éléments composent ces facteurs, soit l'identité personnelle, les systèmes organiques et les aptitudes. Chacun de ceux-ci est influencé par des facteurs de risque et de protection qui mènent respectivement à des facilitateurs ou des obstacles, à une intégrité ou à une déficience des systèmes et à des capacités ou des incapacités. Ces éléments définissent alors l'individu et l'influence qu'il peut avoir sur la réalisation de ses activités courantes et de ses rôles sociaux. L'influence sur les habitudes de vie provient également des différents facteurs de l'environnement qui regroupent trois niveaux : microsociétal, mésosociétal et macrosociétal.

Chacune de ces dimensions de l'environnement des personnes est associée de près ou de loin à l'individu. Plus précisément, le micro-système est l'environnement proximal de l'individu (par exemple les frères et sœurs, les parents), le méso-système est l'environnement un peu plus élargi (soit celui incluant la famille élargie et les amis proches de la personne) et le macro-système inclut les éléments de la société dans laquelle l'individu vit (notamment les milieux scolaires et sportifs, la communauté). Chacun des éléments de ces trois systèmes peuvent être des facilitateurs ou des obstacles à la participation sociale d'une personne.

Ensuite, les habitudes de vie regroupent deux principaux éléments, soit les activités courantes et les rôles sociaux. Parmi les activités courantes se retrouvent la nutrition, les conditions corporelles, les soins personnels, la communication, l'habitation et les déplacements, alors qu'au niveau des rôles sociaux, il est question des responsabilités, des relations interpersonnelles, de la vie communautaire, de l'éducation, du travail et des loisirs (Levasseur, Desrosiers et St-Cyr Tribble, 2007). Tels sont les principaux éléments faisant partie de ce modèle théorique (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté et St-Michel, 1998; Fougeyrollas, 2010).

Ce modèle théorique est utilisé ici à titre de cadre conceptuel de l'étude, car il permet d'observer le système individu-environnement dans son ensemble afin de comprendre tous les aspects permettant ou empêchant une personne de participer socialement, c'est-à-dire de réaliser ses habitudes de vie. Il n'est donc pas seulement question du rôle que joue l'individu, mais aussi celui que joue son environnement afin de faciliter ou de nuire à la participation sociale d'une personne. De cette façon, il est possible d'agir sur plusieurs aspects afin de permettre aux individus de participer pleinement à leurs activités courantes et de réaliser leurs rôles sociaux.

Ce cadre conceptuel a été choisi, car il s'arrime aux présupposés théoriques et axiologiques de cette étude, à savoir que tout être humain devrait avoir le droit, au même titre que tout autre, de réaliser les activités qui lui tiennent à cœur (dans la mesure de ses capacités et intérêts), de façon à avoir une existence la plus saine et épanouissante possible. De fait, un idéal d'égalité des chances, en vertu de l'égalité fondamentale des êtres humains, oriente la

perspective éthique de cette recherche et rejoint, tel qu'il est spécifié antérieurement, l'idéal ergothérapique de la justice occupationnelle qui a été définie à la section précédente. Tels sont les présupposés théoriques (concepts) et axiologiques (valeurs) sur lesquels s'édifie la présente recherche.

Enfin, ce cadre a été sélectionné par sa vision holistique et écologique des stratégies pouvant être utiles à la participation de ces enfants à des sports. En effet, il permet de documenter les trois grandes dimensions impliquées dans la pratique d'activités sportives, soit la personne, l'environnement et les habitudes de vie, plus particulièrement les loisirs. Ce cadre garantit alors l'exploration de l'ensemble du sujet et de permettre aux entraîneurs de considérer chaque élément et stratégie pouvant influencer la participation des enfants vivant avec une DI à des sports. De plus, ce cadre assure une clarté et une précision de chaque dimension. Il est alors aisé de se retrouver et de comprendre l'influence qu'ont les concepts les uns sur les autres. Cela dit, il importe maintenant de spécifier les moyens utilisés afin de répondre à la question de l'étude et d'atteindre ainsi l'objectif ici visé.

4. MÉTHODE

4.1 Devis de recherche

Afin de répondre à la question de l'étude, un devis qualitatif de type phénoménologique a été utilisé, et ce, compte tenu de l'état actuel des connaissances qui était somme toute limité (Fortin, 2010; Davies et Logan, 2008). L'objectif de ce devis était de comprendre une expérience ou un phénomène par l'information recueillie sur le vécu de participants (Fortin, 2010; Davies et Logan, 2008). Puisque ce devis permettait d'approfondir des sujets peu connus et peu documentés, il s'avérait ici tout indiqué. Ce type d'étude s'intéressait aussi aux perceptions et aux points de vue de la population qui fait l'expérience du phénomène à l'étude (Deschênes, 2012), c'est pourquoi le devis qualitatif phénoménologique a été choisi. Celui-ci permettait effectivement de recueillir des informations sur un phénomène en laissant certains individus, connaissant les stratégies utiles à utiliser avec les enfants présentant une déficience intellectuelle, s'exprimer sur le sujet, de façon à partager leur perception du phénomène à l'étude.

Plus précisément, le devis basant cette recherche était qualitatif-descriptif de type exploratoire. C'était le devis le plus approprié et celui qui aidait le mieux à approfondir cette thématique peu développée à ce jour dans les écrits scientifiques. De fait, il assurait la collecte d'informations sur le sujet, soit les stratégies, grâce à l'utilisation des discussions avec les participants afin d'en retirer de nouvelles connaissances. Il permettait également d'explorer les nombreux aspects qu'implique la pratique d'activités sportives chez les jeunes vivant avec une DI afin de cibler les grandes lignes directrices. De manière plus précise, l'étude qualitative permettait d'utiliser les significances que donnent des personnes à des expériences pour ensuite les interpréter (Fortin, 2010; Deschênes, 2012). Dans la présente étude, les connaissances que les ergothérapeutes pouvaient apporter, afin de mieux comprendre la réalité des enfants présentant une DI qui participent à des sports et les stratégies à adopter avec eux, ont été explorées (Deschênes, 2012). De plus, cette recherche ne comportait aucune mesure quantitative. Elle permettait plutôt de documenter de manière qualitative les expériences des ergothérapeutes par des discussions afin de comprendre de manière élargie le phénomène nouveau, soit les stratégies à adopter par les entraîneurs afin de favoriser la participation des

enfants ayant une DI à des sports. Ensuite, à l'étude qualitative s'ajoutait une précision qui était l'aspect descriptif. Cet élément a été ajouté afin d'orienter l'étude sur la description des stratégies à adopter auprès des enfants présentant une déficience intellectuelle (Fortin, 2010). De cette façon, il a été possible de créer une image plus juste de la situation de ces enfants et des personnes qui les entourent. Finalement, étant une étude sur un sujet peu connu, cette recherche était de type exploratoire, car elle visait une exploration des éléments à l'étude afin d'offrir une base de résultats probants sur le sujet (Deschênes, 2012).

4.2 Échantillon et recrutement

Étant donné qu'il s'agissait d'une étude qui s'inscrivait dans le cadre de la rédaction d'un essai critique d'une maîtrise professionnelle et non pas d'un mémoire dans le cadre d'une maîtrise de recherche, l'échantillon a été restreint à quatre participants compte tenu du temps accordé au projet de recherche. De plus, pour permettre de bien comprendre les stratégies pouvant favoriser la participation des enfants ayant une DI à des activités sportives, les participantes à l'étude étaient des ergothérapeutes travaillant pour un Centre de Réadaptation en Déficience Intellectuelle et Troubles Envahissants du Développement (CRDITED) du Québec. De fait, ces thérapeutes connaissent ces enfants ainsi que les stratégies normalement utiles afin de les aider à accomplir leurs habitudes de vie et ainsi atteindre une participation sociale optimale. De plus, puisque les loisirs font partie des habitudes de vie, ces thérapeutes représentent des personnes ressources pouvant les soutenir lors de leur participation à des loisirs, notamment les sports, et ainsi offrir maintes stratégies et moult connaissances afin d'assurer une participation positive de ces enfants à des activités sportives. Il était, par la suite, envisageable de trianguler les données en comparant les nouvelles informations provenant des ergothérapeutes avec celles provenant des écrits afin d'en retirer des similitudes ainsi que des différences (Davies et Logan, 2008).

Pour ce qui était des ergothérapeutes, certains critères d'inclusion et d'exclusion ont permis de cibler les individus pouvant faire partie de l'étude. D'abord, seuls les ergothérapeutes travaillant avec des enfants de 1 à 14 ans présentant une déficience intellectuelle pouvaient participer à l'étude. De plus, ces ergothérapeutes devaient avoir au moins une année d'expérience avec cette clientèle. Par ailleurs, afin de préciser un peu plus la

population cible, les individus ne faisant plus de pratique clinique ou ayant déjà reçu une plainte de l'ordre étaient exclus de l'étude.

Le recrutement des participants était basé sur une méthode non probabiliste. Les participants étaient recrutés selon un échantillonnage accidentel ou de convenance lié à une méthode par choix raisonné et par effet « boules de neige » (Fortin, 2010). Cette première méthode se définit comme la collecte des participants par la recherche de volontaires (Fortin, 2010). Il s'agit donc de courriels qui étaient transmis afin d'informer les ergothérapeutes sur l'étude en cours (voir l'Annexe A). Les individus intéressés et correspondant aux critères de sélection étaient invités à répondre au courriel en ajoutant leur numéro de téléphone afin de permettre une prise de contact avec eux. C'était, suite à cela, qu'une explication plus approfondie de leur rôle dans l'étude leur était présentée afin d'obtenir leur consentement (voir l'Annexe B). Ensuite, la méthode par effet « boules de neige » a été ajoutée, car elle permettait de recruter de nouveaux participants en utilisant les contacts des premiers participants. Cette méthode a été utilisée en raison du manque de connaissances de la chercheuse-étudiante sur les ergothérapeutes travaillant auprès de cette clientèle. Il s'agissait alors de la meilleure méthode afin d'avoir des participants qui souhaitaient participer à l'étude et qui correspondaient aux critères d'inclusion (Deschênes, 2012).

4.3 Collecte des données

Pour mener à bien la collecte des données, il importait de situer les variables à l'étude. Certaines variables regroupaient les facteurs personnels des enfants présentant une DI. Ce groupe de variable comprenait le type de DI qui favorise ou diminue l'intégration ou l'inclusion sportive, voire la participation sociale, les méthodes d'apprentissage ainsi que les caractéristiques de ces enfants qui doivent être prises en considération lors de la mise en place d'un sport adapté ou intégré. Ensuite, les facteurs environnementaux qui ont été abordés regroupaient les attitudes à prendre avec ces enfants, les stratégies au niveau microsociétal, mésosociétal et macrosociétal qui soutiennent leur inclusion sportive, l'accessibilité et l'aménagement du lieu physique ainsi que les objets, les équipements et les adaptations pour permettre leur participation. Finalement, afin de compléter les stratégies à considérer lorsqu'il est question de la participation à des activités sportives, les variables reliées aux choix et aux

opportunités offertes aux jeunes lors des activités ainsi que les variables liées aux responsabilités et aux libertés permises ont été ajoutées à celles déjà établies grâce au cadre conceptuel.

Ensuite, avec ce type de devis, la méthode de collecte des données la plus appropriée était l'entrevue qualitative semi-dirigée. Ce type d'entrevue permet de sonder la compréhension des participants du phénomène à l'étude et de ses variables en offrant une structure à l'entrevue (Deschênes, 2012), mais en laissant une certaine liberté aux participants pour partager leurs perceptions et expériences. Le schéma de l'entrevue était basé sur les concepts à l'étude, soit les trois dimensions du modèle de développement humain : personne, environnement et habitudes de vie (Fougeyrollas, 2010) qui assuraient l'exploration complète des stratégies ainsi que le concept de justice occupationnelle permettant d'approfondir les méthodes visant l'équité dans la pratique de sports. À cela s'ajoutent certaines variables déterminées par la chercheuse-étudiante concernant plusieurs éléments plus précis liés à la participation de ces enfants à des activités sportives, ce qui permettait d'approfondir chacun des concepts mentionnés ci-haut. De manière générale, il s'agissait de questions ouvertes qui offraient la chance aux participants de s'exprimer sur chacun des aspects et ainsi d'en dégager le plus d'informations sur leurs perceptions et leurs points de vue eu égard aux meilleures stratégies à adopter auprès des enfants ayant une DI afin de favoriser leur participation à des sports (Fortin, 2010; Davies et Logan, 2008). Ce type d'entrevue permettait aussi à la chercheuse-étudiante de poser des questions et, par la suite, de laisser parler le participant tout en ajoutant des sous-questions au besoin (Deschênes, 2012). La discussion était donc basée sur les questions de départ et elle s'enrichissait par les réponses et les sous-questions qui pouvaient émerger au cours de la rencontre. Ces discussions étaient enregistrées sur bande audio et transcrites intégralement sous forme de verbatim afin de recueillir l'information qualitative entière et de faciliter l'analyse des propos des participantes. Les thèmes abordés lors des entrevues couvraient les variables à l'étude qui ont été mentionnées précédemment (voir l'Annexe C).

L'entrevue se réalisait individuellement et pouvait durer entre une et deux heures, selon les informations fournies par les participantes. Finalement, les rencontres s'effectuaient

à l'endroit sélectionné par les participantes, soit le milieu de travail, le domicile ou le milieu scolaire afin de faciliter la prise de rendez-vous et la participation à l'étude.

4.4 Analyse des données

Ce type de devis nécessitait une analyse qualitative des données. Cette analyse impliquait un processus de conceptualisation des données recueillies à propos des stratégies favorisant la participation des enfants ayant une DI à des activités sportives (Deschênes, 2012). Il s'agissait alors de l'exploration du phénomène nouveau par l'entrevue afin de permettre d'en dégager des thématiques qui synthétisent les connaissances provenant des participantes. L'analyse des données recueillies a été accomplie grâce à la transcription intégrale des entrevues sous forme de verbatim. Par la suite, la codification des verbatim a été effectuée par la méthode mixte où les thématiques ont été déterminées à l'avance à partir du cadre conceptuel, de la question et des variables à l'étude. Toutefois, il était également possible, par cette méthode, de modifier les thématiques en cours d'analyse ou d'en ajouter de nouvelles (Deschênes, 2012; Fortin, 2010). Ce fût donc par la lecture des informations que les données ont été regroupées en thématiques. Ceci impliquait la mesure de fréquence, l'ordre et l'intensité des mots utilisés afin de distinguer les éléments essentiels des éléments secondaires. Cette étape impliquait la condensation des données en catégories thématiques. Ensuite, par la présentation des données, les informations ont été synthétisées afin de pouvoir tirer des conclusions. Pour faire suite à cette étape, l'élaboration et la vérification des conclusions ont été produites. Ce sont donc des propositions générales qui ressortaient de l'étude et qui étaient analysées afin de déterminer leur rigueur scientifique (Deschênes, 2012).

4.5 Considérations éthiques

Le présent protocole de recherche a été soumis au comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Une certification éthique a été émise en date du 1^{er} octobre 2012 (CER-12-183-06.08) et a permis le début des démarches auprès d'un Centre de Réadaptation en Déficience Intellectuelle et en Trouble Envahissant du Développement (CRDITED) afin de permettre la participation de certains membres ergothérapeutes de leur personnel à cette étude. L'approbation du comité d'éthique de la recherche conjointe des CRDITED a été obtenue en date du 28 janvier 2013 (CÉRC-0147).

Les certifications éthiques ayant permis la conduite de cette étude se trouvent en annexe (voir les Annexes D, E et F). De plus, un formulaire de consentement a été signé par chacune des quatre participantes de la recherche lors de la première rencontre, et ce, pour l'entrevue et l'enregistrement audio de la rencontre. Finalement, l'étude considérait également la confidentialité des participantes. En effet, la confidentialité fût préservée du mieux possible par l'attribution d'un numéro fictif à chacune des participantes ainsi que par la limitation des informations fournies à leur sujet. Cependant, étant donné que le CRDITED est un milieu de pratique peu fréquent, il est possible que les participantes se connaissent ou se reconnaissent entre-elles. Les documents utilisés et l'ensemble des renseignements obtenus lors de cette recherche ont été préservés dans un classeur sous clé accessible que par la chercheuse-étudiante et la directrice de l'essai assurant ainsi la confidentialité des données recueillies. Telles sont les principales considérations éthiques de l'étude.

5. RÉSULTATS

Cette section présente les principaux résultats de cette étude. Notamment, il y est présenté les caractéristiques des participants de l'étude. Ensuite, cette section énonce les stratégies favorisant les apprentissages, le déroulement des activités et la participation des enfants ayant une DI à des sports. Celles-ci sont décrites et classées suivant les trois dimensions du modèle de développement humain (Fougeyrollas, 2010), soit la personne, les habitudes de vie et l'environnement (voir la section consacrée au cadre conceptuel pour plus de détails). Cette section se termine par la présentation de conseils destinés aux entraîneurs désirant inclure des enfants ayant une DI aux activités sportives qu'ils organisent et dirigent.

D'abord, cette étude est réalisée grâce à quatre participantes, toutes des ergothérapeutes. Celles-ci travaillent toutes pour un CRDITED, mais présentent des caractéristiques distinctes qui sont présentées dans le tableau 1 ci-dessous. Chacune d'elles a été rencontrée afin de recueillir leurs perceptions et leurs points de vue sur le sujet à l'étude.

Tableau 1
Caractéristiques des participantes

	Clientèle desservi ou rôle	Années d'expérience en déficience intellectuelle
Ergothérapeute #1	Enfant 0-18 ans (principalement 0-7 ans) présentant une DI et coordonnatrice clinique	5 ans
Ergothérapeute #2	Enfant 0-21 présentant une DI, majeure en 0-5 ans	3 ans
Ergothérapeute #3	Enfant de 0-18 ans présentant une DI	6 ans
Ergothérapeute #4	Enfant de 0-21 ans présentant une DI	2 ans

Comme l'indique ce tableau, les ergothérapeutes ayant participé à cette étude desservent une clientèle d'enfants et d'adolescents ayant une DI et ont en moyenne quatre années d'expérience professionnelle. Les sous-sections suivantes présentent leurs points de vue eus égard aux stratégies à adopter pour favoriser la participation des enfants ayant une DI à des sports.

5.1 Stratégies liées à la dimension de la personne du MDH-PPH 2

Les ergothérapeutes soulèvent maintes stratégies et moult éléments à considérer advenant la participation d'un enfant présentant une DI à des activités sportives. D'abord, le tableau 2 présente les stratégies et les éléments à considérer concernant les enfants ayant une DI eux-mêmes.

Tableau 2
Stratégies liées à la dimension de la personne

Éléments	Stratégies recommandées
Aptitudes	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître l'influence des caractéristiques de la DI sur la réalisation des activités sportives - Considérer chaque enfant comme un être unique - Connaître les différentes difficultés vécues par ces enfants - Connaître les différentes méthodes facilitant leurs apprentissages <ul style="list-style-type: none"> ✓ Physique : « <i>main sur main</i> », apports proprioceptifs, utilisation du schème neurodéveloppemental, préparation du corps et mise en action directe. ✓ Visuelle : indices visuels, démonstrations et signes gestuels ✓ Verbale : modelage, scripts verbaux, stratégies mnémotechniques et consignes adaptées
Facteurs identitaires (diagnostic)	<ul style="list-style-type: none"> - Considérer l'influence du niveau de DI sur la participation à des sports - Considérer l'influence du type de syndrome sur la participation à des sports
Systèmes organiques	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître les conditions de santé associées à la DI - Avoir conscience des risques et des dangers pouvant être engendrés par la pratique de sport avec une condition de santé associée ainsi que les méthodes pour les réduire

Le tableau 2 présente une synthèse des différentes stratégies liées à la dimension de la personne. De plus amples détails sont fournis par rapport à ces trois groupes de stratégies dans les trois sous-sections suivantes.

5.1.1 Connaissances des aptitudes

Les ergothérapeutes rencontrées mentionnent l'influence des caractéristiques personnelles des enfants sur la réalisation d'activités sportives. De fait, une ergothérapeute rapporte que la déficience intellectuelle est une condition ayant un impact sur le fonctionnement cognitif de ces enfants amenant ainsi des obstacles lors de l'accomplissement de leurs activités quotidiennes, dont les sports peuvent faire partie. Aussi, toutes les ergothérapeutes soulignent que ces enfants montrent des difficultés sur plusieurs plans, soit les

aptitudes cognitives, physiques et affectives, et ce, à divers degrés. Les ergothérapeutes ajoutent que ces difficultés engendrent maints défis lors des apprentissages, entre autres dans des sports. Ceci les amène à nécessiter plus de temps de pratique et de répétition que les enfants à développement typique afin de réaliser correctement et de manière autonome les tâches reliées aux sports. À ce sujet, une ergothérapeute affirme :

Oui, il faut répéter, oui c'est difficile, mais ils ont de super belles capacités. Il faut vraiment juste leur donner l'input qu'il faut, sinon ce serait trop facile de dire qu'il est [un enfant vivant avec une] DI, alors il ne peut pas faire cela. Alors, si l'on veut qu'il fasse un sport, il faut enlever ce vocabulaire-là, parce qu'il peut le faire.

Les ergothérapeutes poursuivent en affirmant que le renforcement positif est également important afin de préserver l'intérêt et la motivation de ces enfants. En effet, une ergothérapeute affirme à ce sujet : « *l'intérêt est un aspect important [...] parce que si le plaisir et l'intérêt ne sont pas là, c'est encore plus difficile de maintenir l'attention, car ils ne voient pas le but et ce que cela va leur apporter* ». Une autre ergothérapeute mentionne aussi l'importance d'être créatif et d'aller au-delà de ses connaissances afin de rendre les activités plaisantes pour les enfants.

En outre, les ergothérapeutes rapportent des caractéristiques très similaires pour décrire les difficultés cognitives, physiques et affectives de ces enfants, même si certaines caractéristiques sont également mentionnées que par une ou deux ergothérapeutes. Malgré tout, toutes ces particularités liées aux aptitudes de ces enfants peuvent représenter des obstacles à leur participation sportive si elles ne sont pas connues et considérées lors de la réalisation de l'activité. En bref, pour connaître toutes les caractéristiques et les difficultés pouvant être présentes chez ces enfants, consultez les trois tableaux ci-dessous.

Tableau 3
Difficultés cognitives des enfants présentant une déficience intellectuelle

	Nombre d'ergothérapeutes rapportant cette difficulté
Compréhension des consignes et des règles	4/4
Planification motrice ²	4/4
Capacité d'apprentissage	4/4
Attention	4/4
Mémoire	4/4
Idéation mentale	3/4
Raisonnement	2/4
Résolution de problèmes	2/4
Communication ³	1/4
Autocritique	1/4
Capacité d'adaptation	1/4

Tableau 4
Difficultés physiques des enfants présentant une déficience intellectuelle

	Nombre d'ergothérapeutes rapportant cette difficulté
Hypotonie	4/4
Mouvements non dissociés ⁴	4/4
Planification des mouvements	4/4
Ajustement des mouvements dans l'espace	4/4
Coordination des yeux	1/4
Poursuite visuelle	1/4
Fixation visuelle	1/4
Contrôle postural	1/4
Réaction d'équilibre	1/4
Endurance	1/4
Dextérité fine	1/4

Tableau 5
Difficultés affectives des enfants présentant une déficience intellectuelle

	Nombre d'ergothérapeutes rapportant cette difficulté
Intérêt	4/4
Motivation	4/4
Recherche d'interaction maladroite	1/4
Jeu en parallèle avec les autres enfants	1/4

Pour remédier à ces difficultés, les ergothérapeutes proposent certaines stratégies facilitant les apprentissages de ces enfants. Celles-ci permettent d'apporter un soutien à l'enfant pendant l'apprentissage de l'activité afin de faciliter son déroulement. Elles se

² Cela signifie de créer mentalement la séquence des mouvements nécessaires pour exécuter l'action demandée.

³ Se présente généralement lors d'une demande à l'adulte ou à un pair.

⁴ Ce sont des mouvements qui se réalisent avec le membre en entier plutôt qu'une partie seulement du membre.

présentent sous trois formes, soit les stratégies physiques, visuelles et verbales offrant chacune un degré et un type de soutien différents. En effet, les stratégies physiques représentent, selon les ergothérapeutes, celles qui offrent le plus de soutien à l'enfant, alors que les stratégies verbales offrent peu de soutien. Les stratégies peuvent alors être graduées selon les besoins des enfants. Elles peuvent également être sélectionnées selon ce qui correspond le mieux aux besoins de l'enfant ainsi que à sa manière d'apprendre. Les ergothérapeutes ajoutent que la méthode d'essais et d'erreurs est la plus appropriée afin de déceler les stratégies pertinentes pour chaque enfant ainsi que celles répondant à son stade de développement. Les sous-sections suivantes présentent ces multiples stratégies.

5.1.1.1 *Stratégies physiques*

Plusieurs stratégies physiques sont nommées par les ergothérapeutes. En effet, cinq stratégies sont précisées, soit la méthode du « *main sur main* », les apports proprioceptifs, l'utilité des concepts liés au schème neurodéveloppemental, la préparation du corps avant l'activité ainsi que la mise en action de l'enfant.

D'abord, les ergothérapeutes mentionnent maintes stratégies de guidance physique pour aider ces enfants à apprendre et à intégrer les différentes actions utiles pour réaliser le sport qu'ils ont sélectionné. Elles nomment l'influence positive du « *main sur main* », où l'adulte fait la tâche avec les enfants en soutenant et en modelant le mouvement, tout en appuyant ses mains sur les membres de l'enfant afin de démontrer le patron de mouvement désiré. Ceci s'approche d'une seconde stratégie soulevée par ces participantes, soit l'utilisation des apports proprioceptifs. Une ergothérapeute indique que : « *c'est d'aller exercer une pression du membre vers le corps pour qu'il sente mieux son corps pendant qu'il fait le mouvement* ». Une autre participante utilise le vélo en exemple : « *on est à l'arrière de l'enfant, on place tout comme il le faut sur le vélo. Ensuite, tu pousses sur une jambe et tu tires sur l'autre jambe [...] pour que l'enfant comprenne* ». Dans le même ordre d'idée, l'ergothérapeute #1 affirme qu'il est possible de modeler le mouvement à l'aide des concepts du schème neurodéveloppemental qui consiste à changer la position du corps des enfants pour qu'ils apprennent à s'ajuster. Ceci implique selon elle : « *tous les transferts de poids et le changement du centre de gravité* ».

Par la suite, une ergothérapeute affirme qu'il est avantageux de préparer le corps des enfants avant de faire l'activité. Elle apporte quelques idées, soit de sauter et de peser les mains ensemble, ce qui situe le corps et permet aux enfants de bien sentir les mouvements. Finalement, l'ergothérapeute #2 mentionne que la stratégie la plus efficace est la mise en action directe des enfants dans l'activité, c'est-à-dire de permettre aux enfants de réaliser l'activité afin qu'ils puissent mettre en pratique les stratégies et surtout de mieux comprendre ce qu'ils doivent effectuer. Cette réalisation assure également aux enfants de pratiquer le sport afin d'acquérir les aptitudes lui étant associées.

En bref, ces enfants nécessitent parfois un soutien concret et physique pour bien comprendre l'activité et les mouvements devant être effectués pour la réaliser. Ces stratégies offrent donc des solutions pouvant être utilisées par les entraîneurs.

5.1.1.2 Stratégies visuelles

Ensuite, parmi les stratégies nommées par les ergothérapeutes, se trouvent celles associées à l'aide visuelle pouvant leur être dispensée. En effet, trois stratégies sont indiquées, soit l'utilisation d'indices visuels, de démonstrations et de signes gestuels.

Les principales stratégies visuelles rapportées par les ergothérapeutes mettent en scène des méthodes de guidance visuelle. En effet, elles s'entendent toutes pour dire qu'une des méthodes à privilégier est l'utilisation d'indices visuels, soit pour identifier des éléments de l'espace (par exemple apposer un X au sol où l'enfant doit se placer, mettre des rubans de couleurs pour identifier les équipes, afficher des images afin d'identifier l'endroit où déposer le matériel, etc.), soit pour illustrer la séquence des tâches d'une activité à l'aide de photographies ou de pictogrammes. Les participantes précisent que les photographies représentent l'enfant, lui-même, pendant qu'il effectue le mouvement ou la tâche, alors que les pictogrammes illustrent par un dessin un personnage, un mouvement à réaliser ou une tâche à accomplir. L'ergothérapeute #1 a affirmé qu'« *en photo, c'est plus simple; [...] en pictogramme, c'est plus abstrait pour eux* ». En apposant côte à côte les images, la séquence des mouvements peut être illustrée et plus facilement apprise par ces enfants. Aussi, les

images peuvent être utilisées pour permettre aux enfants de communiquer leurs besoins, par exemple pour formuler une demande en pointant l'image appropriée à ce qu'ils désirent.

Par ailleurs, les démonstrations sont aussi des stratégies efficaces, selon les spécialistes, qui peuvent être effectuées par l'adulte ou par les pairs (qui agissent, à ce moment, comme des modèles pour les autres enfants). Cette méthode permet de visualiser l'action à accomplir, ce qui leur assure une meilleure compréhension de la consigne ou de la tâche. À ce sujet, l'ergothérapeute #2 indique que les modèles peuvent aussi être utilisés pendant l'action. Elle affirme qu'il est favorable de placer deux enfants ensemble lorsqu'ils exécutent les mêmes mouvements ou les mêmes tâches. Elle mentionne : *« c'est comme un repère visuel pour l'enfant »*.

Ensuite, l'ergothérapeute #3 affirme qu'il est facilitant d'utiliser des signes gestuels (par exemple, le geste pour demander de l'aide, celui démontrant *« viens ici »*) lorsque l'on fait une demande aux enfants. Elle soulève à ce sujet : *« il y en a qui comprennent les consignes, mais parfois en situation où il y a plusieurs personnes autour, on est facilement distrait. Alors, le verbal disparaît rapidement [tandis que] le visuel, lui au moins, il reste »*. Cela dit, il est pertinent pour eux d'utiliser à la fois les indications verbales et visuelles afin d'assurer leur compréhension des consignes et des règles. Bref, elle affirme :

Il ne faut pas hésiter à faire des adaptations. Il faut y aller le plus visuel possible, pour être sûr qu'ils comprennent. Il y a souvent un tableau quelque part, alors on fait des signes et des dessins, et la personne va comprendre.

En somme, il n'est pas suffisant d'énoncer des consignes ou des règles pour qu'elles soient effectuées correctement. C'est pourquoi les stratégies visuelles énoncées ci-dessus peuvent être utilisées afin de favoriser une meilleure participation de ces enfants à des sports.

5.1.1.3 Stratégies verbales

Les ergothérapeutes rencontrées énoncent aussi quatre types de stratégies pouvant faciliter la communication verbale avec ces jeunes, soit l'utilisation du modelage, des scripts verbaux, des stratégies mnémotechniques et de consignes adaptées à ces enfants.

D'abord, les stratégies verbales mentionnées par les ergothérapeutes ayant participé à l'étude regroupent différentes méthodes de guidance verbale. Parmi celles-ci se retrouve le modelage où la personne nomme les étapes à haute voix pendant que l'enfant exécute la tâche. L'ergothérapeute #1 aborde aussi l'efficacité des scripts verbaux qui consistent à mettre des mots ou des sons sur certains gestes. Elle donne l'exemple des ciseaux où il est possible de dire « *croc croc croc* », pendant que les enfants découpent, ou « *drible drible lance* », s'il est question de basketball. Aussi, elle ajoute l'utilité des stratégies mnémotechniques impliquant l'apposition d'une image sur une action. Elle rapporte qu'« *une image classique, c'est les oreilles de lapin pour faire des boucles* ».

Par la suite, les ergothérapeutes mentionnent des stratégies relatives aux consignes données aux enfants vivant avec une déficience intellectuelle. En effet, elles soulignent l'importance de formuler des consignes courtes, simples et contenant qu'une seule idée. Il s'agit, pour l'ergothérapeute #2, de : « *mettre le moins de mots possible, mais les meilleurs mots possible [pour favoriser la compréhension des enfants]* ». Les ergothérapeutes ajoutent que les consignes peuvent être dites à plusieurs reprises aux enfants. Cependant, elles notent qu'il importe tout de même de leur laisser un moment pour traiter l'information afin qu'ils puissent comprendre ce qu'ils ont à faire. Ensuite, il est possible, selon elles, de demander aux enfants de répéter la consigne et même de leur poser des questions lorsqu'ils rencontrent une difficulté de compréhension afin qu'ils trouvent une solution par eux-mêmes. Ce dernier aspect se nomme la découverte guidée. Cet élément est plus difficile pour ces enfants, selon les participantes à l'étude. De plus, l'ergothérapeute #3 mentionne l'importance d'éviter les questions ouvertes qui sont plus difficiles à répondre pour ces enfants. Les questions fermées (se répondant par oui ou non) sont préférables, de même que les questions à choix de réponses. À ce sujet, une ergothérapeute affirme :

Dire une longue phrase avec ces émotions et tout cela n'est pas important. [Il importe de se demander] ce que l'on veut vraiment. C'est beaucoup à nous de nous adapter à eux pour leur dire cela le plus simplement possible. Je ne répèterai pas et je vais lui donner du temps. Tout cela fait une différence pour la réussite ou non de l'inclusion dans le sport.

En somme, ces enfants nécessitent une adaptation de la communication afin qu'ils comprennent et mettent en pratique les informations fournies par les entraîneurs. Les stratégies énoncées ci-dessus peuvent alors guider les entraîneurs lors de la participation de ces enfants à des activités sportives.

Les paragraphes ci-dessus montrent ainsi l'importance de bien connaître les caractéristiques, les difficultés et les méthodes pour les aider lors de la participation sportive. Il ne suffit donc pas de les accepter dans les sports, mais d'apprendre à les connaître au même titre que les autres enfants.

5.1.2 Connaissances des facteurs identitaires (diagnostic)

Par la suite, les ergothérapeutes rencontrées estiment qu'il s'avère important de considérer le type et le degré de la déficience intellectuelle lorsqu'une activité sportive est envisagée. Elles amènent deux éléments à prendre en considération, soit le degré de la déficience ainsi que les caractéristiques du syndrome. Deux ergothérapeutes rapportent que chaque déficience varie d'un degré de sévérité allant de léger à sévère. Les quatre ergothérapeutes s'entendent toutefois pour dire que plus le degré de la déficience est sévère, plus la participation à des activités sportives est entravée et représente un défi. De fait, une ergothérapeute affirme au sujet de la déficience intellectuelle sévère : *« quand c'est une déficience intellectuelle plus sévère, cela touche l'intérêt et l'apprentissage des tâches, c'est ce qui est plus difficile »*. Ceci est également corroboré par une autre ergothérapeute qui mentionne : *« ce sont donc des enfants qui sont peu fonctionnels et qui adhèrent plus particulièrement à des activités d'autostimulation »*. L'ergothérapeute #3 affirme aussi que *« cela ne veut pas dire que c'est infaisable de les intégrer ou de les faire participer »*. Ensuite, l'ergothérapeute #2 affirme au sujet des enfants vivant avec une DI modérée :

Au niveau modéré, on peut y aller fonctionnel, mais il va avoir beaucoup de difficultés pour ce qui est des règles, ce qui est lié à la compréhension de jouer avec l'autre. Si c'est un sport d'équipe, ce sera très difficile, mais c'est encore possible avec de l'encadrement.

Cette même ergothérapeute définit aussi la déficience légère comme étant celle qui offre le plus de possibilités sur le plan des activités sportives autant individuelles que celles réalisées en équipe. Selon elle, ce sont des enfants qui sont « *capables de se motiver et avoir la conscience du but* ». Une autre ergothérapeute rapporte que le degré de déficience agit généralement sur le nombre de consignes et de directives pouvant être donné, sur le degré de supervision nécessaire ainsi que sur la possibilité de participer à des sports plus complexes.

Par ailleurs, plusieurs syndromes, identifiés par deux ergothérapeutes, facilitent ou nuisent à la participation de ces enfants à des activités sportives. D’abord, elles mentionnent que certains syndromes comme la Trisomie 21⁵ et le syndrome du X fragile⁶ sont de ceux qui apportent le plus d’espoir sur le plan de la participation à des sports. Cependant, des syndromes comme celui du Cri-du-chat⁷ et celui d’Angelman⁸ amènent une déficience motrice supplémentaire, alors la participation à des activités sportives est plus difficile à envisager. Par contre, l’ergothérapeute #2 spécifie que « *dans un même diagnostic, rien n’est coulé dans le béton, il y a le degré, mais aussi la stimulation que l’enfant a eue* [qui permet de définir la possibilité de participation] ».

En somme, le diagnostic définit peu les enfants étant donné la variance qui peut s’y retrouver. De fait, le degré de déficience peut donner de plus amples informations sur les possibilités de chacun des enfants. Il est alors, une fois de plus, important de considérer la valeur unique de chacun pour définir son potentiel dans l’activité.

5.1.3 Connaissances des systèmes organiques

Les ergothérapeutes rencontrées abordent également le domaine des systèmes organiques en affirmant le besoin de connaissances des entraîneurs sur les conditions pouvant

⁵ Aussi appelé Syndrome de Down, il implique une anomalie du chromosome 21 amenant une déficience intellectuelle, un retard de développement ainsi que plusieurs signes physiques particuliers (Gouvernement du Québec, 2013).

⁶ Syndrome héréditaire provenant d’une anomalie du chromosome X. Les caractéristiques sont : déficience intellectuelle variée, trouble de l’attention, retard de langage et signes autistiques (Flori, Doray et Carelle, 2006).

⁷ Se définit par une anomalie d’un chromosome amenant un retard intellectuel et psychomoteur important. Les caractéristiques générales regroupent : cri monochromatique aigu et particularités faciales (Ouldim et coll., 2012).

⁸ Syndrome neurologique provenant d’une anomalie chromosomique. Les principales caractéristiques sont : retard de développement variable (intellectuel et moteur), hyperactivité, difficulté d’attention et absence du langage (Association française du syndrome d’Angelman, 2011).

être associées à la déficience intellectuelle ainsi que l'influence qu'elles peuvent avoir sur leur participation à des activités sportives. Le tableau 6 qui suit présente ces différentes conditions.

Tableau 6
Conditions associées à la déficience intellectuelle

	Nombre d'ergothérapeutes ayant rapporté cette difficulté
Problèmes cardiaques	4/4
Problèmes respiratoires	4/4
Hyperlaxité ligamentaire	4/4
Hypotonie	4/4
Anomalie d'une vertèbre supérieure	4/4
Strabisme	4/4
Épilepsie	4/4
Rhume/bronchite/otite	1/4
Troubles sensoriels	1/4

Les ergothérapeutes rapportent, comme il est présenté dans le tableau 6, que certaines conditions de santé ou conditions associées sont présentes chez les enfants ayant une DI. Les conditions mentionnées par toutes les ergothérapeutes sont les suivantes : problèmes cardiaques et respiratoires, hyperlaxité ligamentaire, hypotonie, anomalies d'une vertèbre supérieure, strabisme et épilepsie. Ces autres conditions ont été nommées que par une participante : rhume/bronchite/otite et troubles sensoriels. Il importe de s'intéresser à ces problématiques de santé puisqu'elles peuvent influencer la participation à des activités sportives des enfants ayant une DI. Notamment, elles peuvent amener certains risques pour ces enfants (blessures, luxations, etc.). Ces dangers et ces risques peuvent être communiqués par le médecin ou les parents de l'enfant étant donné la variété de possibilités pour chaque enfant.

Plusieurs stratégies sont énoncées par les ergothérapeutes pour réduire les dangers et les risques pouvant être associés à la pratique de sport chez ces enfants :

- ✚ Faire des essais pour s'assurer que les exigences de l'activité concordent avec les capacités des enfants.
- ✚ Faire équipe avec les parents afin de connaître les particularités des enfants.
- ✚ Faire équipe avec le médecin et le physiothérapeute pour renforcer les muscles et assurer la protection des structures corporelles.

- ✚ Considérer le type d'activités sportives (récréative ou compétitive) pour déterminer le niveau de risques (les sports récréatifs apportent moins de risques).
- ✚ Considérer le nombre d'heures d'activités sportives par semaine pour déterminer le niveau de risque (un nombre plus élevé augmente le niveau de risque).

Bref, les conditions associées peuvent également influencer la participation de ces enfants à des activités sportives. La connaissance de celles-ci permet d'assurer une plus grande sécurité de l'enfant pendant les activités.

5.2 Stratégies liées à la dimension des habitudes de vie du MDH-PPH 2

Par la suite, les ergothérapeutes participant à l'étude abordent certaines stratégies concernant plus particulièrement les habitudes de vie (dont les sports font partie) qui doivent être considérées lors de la participation des enfants présentant une DI à des activités sportives.

Tableau 7
Stratégies liées à la dimension des habitudes de vie

Élément des habitudes de vie	Stratégies recommandées
Rôles sociaux : Loisirs	<ul style="list-style-type: none"> - Considérer les options concernant le moment idéal pour pratiquer des activités sportives : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dans la matinée ✓ En soirée ✓ Durant la fin de semaine - Connaître les avantages et les désavantages de la structure et des choix fournis durant les activités sportives - Connaître le niveau de responsabilité et d'autonomie à fournir pendant les activités - Connaître les règles à insérer dans les sports : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Règles de sécurité ✓ Règles liées aux comportements attendus ✓ Règles liées au sport lui-même - Considérer les options concernant le type d'activité : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Adaptée ou intégrée ✓ De groupe ou individuelle - Connaître les stratégies facilitant la réalisation de l'activité sportive (enchaînement rétrogradé, division des tâches et routines)

Le tableau 7 présente une synthèse des stratégies à considérer eu égard aux loisirs, voire aux sports. Les catégories de stratégies sont développées dans les sept sous-sections suivantes.

5.2.1 Moment idéal pour réaliser des activités sportives

Le premier aspect à considérer selon les ergothérapeutes rencontrées est le choix du moment pour la participation de ces enfants à des activités sportives. Elles nomment alors plusieurs choix, soit en matinée, en soirée et pendant la fin de semaine.

Les ergothérapeutes s'entendent pour dire qu'il n'y a pas de meilleurs moments pour tous les enfants. Cela dit, deux ergothérapeutes affirment qu'il faut favoriser la participation à des activités sportives lorsque les enfants sont éveillés et disponibles cognitivement aux apprentissages. Trois ergothérapeutes affirment aussi que ces deux éléments peuvent être influencés par la prise de médicaments. L'ergothérapeute #3 précise aussi que les exigences de l'activité et le nombre de stimuli présent lors de l'activité influencent le moment de la journée à choisir par les familles. *A contrario*, une ergothérapeute affirme que, dans le cas où l'objectif est le plaisir, le moment de la journée peut être sélectionné en fonction du niveau d'énergie des enfants. Elle mentionne que, chez les enfants plus jeunes, le matin est souvent celui qui est le plus gagnant, alors que pour les enfants d'âge scolaire le moment peut varier. En effet, les quatre ergothérapeutes soulignent la pertinence de la participation à une activité en soirée pour les enfants qui présentent un besoin de bouger après l'école, alors que pour ceux qui sont plutôt fatigués en fin de journée, la fin de semaine peut être à privilégier.

En somme, il importe de considérer le moment qui convient le plus pour chaque enfant afin de favoriser la pleine participation de celui-ci à l'activité qu'il a choisie.

5.2.2 Activité structurée / activité offrant des choix

Les ergothérapeutes rencontrées discutent aussi des informations liées aux façons de fonctionner pendant les activités. Elles distinguent alors les activités structurées des activités offrant des choix aux enfants. Les activités structurées représentent celles où les entraîneurs

décident du déroulement du sport, alors que les activités offrant des choix permettent aux enfants de prendre des décisions concernant le déroulement de l'activité.

Tableau 8
Comparaison entre l'activité structurée et l'activité offrant des choix

Activité structurée		Activité offrant des choix
1) Permet de guider l'exploration et les apprentissages (ergothérapeute #1).	versus	1) Permet l'autodétermination des enfants (ergothérapeutes #1 et #4).
2) Est essentielle lorsque l'enfant intègre une activité où la routine est déjà établie (ergothérapeute #1).		2) Évite l'opposition des enfants provenant de l'excès de structure (ergothérapeute #2).
3) Permet d'encadrer les choix offerts (ergothérapeute #2).		3) Permet aux enfants de choisir le sport qui l'intéresse (ergothérapeutes #1, #2, #3 et #4).
4) Est utile pour faire respecter les règles de conduite et celles de jeu (ergothérapeutes #2, #3 et #4).		4) Permet aux enfants de choisir la position qu'ils désirent prendre dans le sport (ergothérapeute #4).

Comme il est mentionné dans le tableau 8, les deux types d'activités apportent leur nombre d'avantages. Il est également possible de constater que les deux types d'activité peuvent être mis en commun afin d'en retirer le plus grand nombre de bénéfices. Il importe aussi, selon l'ergothérapeute #2, de ne pas laisser l'enfant tout choisir, mais de cibler certains éléments. Par exemple elle mentionne que « *dans les règles, dans tout ce qui représente la structure, je laisserais moins de choix. [Toutefois, pour] tout ce qui est lié à l'intérêt et tout ce qui va jouer sur sa motivation, je lui laisserais le choix* ». Selon elle, il s'agit de créer un juste milieu entre la structure et la liberté dans les activités sportives.

Par ailleurs, deux ergothérapeutes affirment que le nombre de choix à offrir dépend de chaque enfant, notamment de leur âge et des choix disponibles. Elles ajoutent qu'il est souvent plus facile de faire un choix lorsqu'il n'y a que deux options, mais que certains enfants sont en mesure de choisir même lorsqu'il y a plus d'options. Il est alors important de bien les connaître afin de leur offrir le nombre approprié d'alternatives.

En somme, les entraîneurs peuvent avoir recours à la structure et aux choix pendant les activités. Cependant, ces techniques doivent être utilisées au bon moment afin que tout se déroule bien et que tout réponde aux attentes des enfants et des entraîneurs.

5.2.3 Autonomie et responsabilités des enfants dans les activités sportives

Un autre élément abordé par les ergothérapeutes est relié à l'autonomie et aux responsabilités que peuvent avoir les enfants ayant une DI lors des activités sportives. Les paragraphes ci-dessous présentent ce qui est à retenir sur ce sujet.

Pour ce qui est de l'autonomie, les éléments à retenir sont similaires d'un ergothérapeute à l'autre. L'ergothérapeute #3 affirme qu'il importe d'éviter de surprotéger les enfants en faisant les choses à leur place. L'ergothérapeute #1 affirme que « *l'objectif, c'est de lui apporter le moins de support possible à la fin; mais pendant la phase d'apprentissage, il faut quand même être présent* ». Deux ergothérapeutes poursuivent dans le même sens en mentionnant que c'est souvent l'adulte qui impose des limites aux enfants et qu'ils sont impressionnants lorsqu'ils sont laissés à eux-mêmes tout en étant encadrés selon leurs capacités. Cela dit, elles mentionnent l'ajustement des exigences et l'orientation lors des apprentissages comme deux éléments assurant la progression de ces enfants.

Pour ce qui est des responsabilités, une ergothérapeute souligne l'importance de ne pas hésiter à leur en donner tant et aussi longtemps que cela concorde avec leurs capacités. Elle affirme que ce sont des enfants qui « *aiment être en action et qui sont capables d'en prendre* ». Aussi, deux ergothérapeutes s'entendent pour dire que plusieurs responsabilités peuvent leur être données, telles que prendre soin de l'équipe en étant porteur d'eau pendant les compétitions, sortir et ranger le matériel, tenir des objets, faire des démonstrations, faire son sac avant de partir ainsi que respecter les comportements qui sont attendus. L'ergothérapeute #3 mentionne que ces enfants en retirent une grande fierté.

En résumé, ces enfants sont en mesure de réaliser beaucoup de tâches. Il suffit de leur faire confiance et de les soutenir à travers leurs accomplissements. Ainsi, les entraîneurs ne doivent pas se restreindre sur le plan des responsabilités et de l'autonomie à laisser à ces enfants.

5.2.4 Règles de jeu lors des activités sportives

Lors des activités sportives, plusieurs règles peuvent être présentes. Les ergothérapeutes abordent ce sujet en spécifiant ce qui peut être fait avec ces enfants. D'abord, ces ergothérapeutes énoncent l'importance d'établir des règles. Elles spécifient toutefois qu'il importe de sélectionner les plus pertinentes lors de la participation des enfants vivant avec une DI à des activités sportives. À ce sujet, trois ergothérapeutes affirment qu'il doit y avoir des règles de sécurité afin d'assurer un bon déroulement. Une autre ergothérapeute ajoute qu'il importe aussi d'établir des règles liées aux comportements attendus. Ensuite, une fois que celles-ci sont acquises, il est possible, selon les spécialistes, d'intégrer graduellement les règles reliées au sport sélectionné. Il est également pertinent pour deux ergothérapeutes d'avoir les mêmes règles pour tous les enfants, en adaptant tout de même les attentes et les exigences selon les enfants (par exemple, le temps assis en silence peut être plus ou moins long dépendamment des enfants). En bref, les règles doivent être amenées graduellement aux enfants en débutant avec celles liées à la sécurité et aux comportements pour ensuite insérer celles liées à l'activité sportive.

L'ergothérapeute #2 note que ce qui importe davantage est la manière de présenter les règles, plutôt que le nombre ou le type de règles. Ceci est aussi corroboré par une autre ergothérapeute qui mentionne qu'il importe de donner du temps aux enfants pour apprendre les règles, de les soutenir pour faciliter leur apprentissage et de considérer que les règles sont plus complexes lorsqu'il est question d'un sport de groupe. Selon elles, il faut considérer les capacités des enfants afin de leur offrir le nombre et le type de règles appropriés.

5.2.5 Sport adapté / sport intégré

Selon l'ergothérapeute #1, les deux types de sport sont possibles. L'ergothérapeute #3 affirme que certains enfants ont les capacités de participer à des sports intégrés avec leurs pairs sans DI et en retirent du plaisir. D'un autre côté, d'autres enfants vont percevoir plus particulièrement l'écart qui s'agrandit avec le temps sur le plan des aptitudes. Ceux-ci vont alors centrer leur attention sur les difficultés qu'ils présentent pendant l'activité, ce qui les amène à en retirer peu de plaisir. Ces deux ergothérapeutes indiquent qu'il importe de miser sur le plaisir des enfants, donc sur le type d'activité répondant aux besoins et aux désirs de

ceux-ci. Pour l'ergothérapeute #3, les enfants inclus dans un sport intégré ont l'avantage d'avoir de bons modèles autour d'eux pour développer leurs aptitudes.

En somme, les deux types de sports peuvent être favorables pour ces enfants, mais doivent aussi répondre au besoin de vivre du plaisir dans l'activité. Le choix d'activité doit alors se baser sur le concept de plaisir.

5.2.6 Activités sportives de groupe / activités individuelles

Les ergothérapeutes rencontrées amènent aussi deux autres types d'activité devant être considérés pour favoriser la participation maximale de ces enfants à des activités sportives. Il s'agit des activités de groupe et des activités individuelles. Le tableau 9, qui suit, présente les éléments à retenir par rapport à chaque type d'activité.

Tableau 9
Activité sportive de groupe / activité sportive individuelle

Activité sportive de groupe		Activité sportive individuelle
1) Favorise l'utilisation complémentaire des forces de chacun : entraide (ergothérapeute #1).	versus	1) Est utile avec les enfants présentant une DI modérée à sévère (ergothérapeutes #2 et #3).
2) Favorise le développement des interactions sociales (ergothérapeute #1).		3) Facilite les apprentissages (ergothérapeute #2).
3) Favorise le sport individuel, mais en groupe. Les enfants se soutiennent en préservant les avantages du sport individuel (ergothérapeute #2 et #4).		2) Facilite l'adaptation de l'activité en fonction des besoins et des capacités d'apprentissage des enfants (ergothérapeutes #2 et #3).
4) Augmente le niveau de difficulté étant donné la variance des capacités des enfants (ergothérapeutes #1, #2, #3 et #4).		4) Simplifie l'activité en évitant tout ce qui concerne la gestion des autres enfants (ergothérapeute #2).
5) Nécessite plus de soutien afin d'assurer le bon fonctionnement (ergothérapeute #2).		5) Permet de suivre plus facilement le rythme de l'enfant (ergothérapeute #3).

Le tableau 9 présente les avantages et les inconvénients des deux types d'activités, c'est-à-dire des sports réalisés en groupe ou en individuel. Les ergothérapeutes affirment que chacun des types d'activité est utile selon ce que la personne désire faire et avec quels enfants l'activité est réalisée. De fait, si l'objectif est de développer l'entraide, les interactions tout en développant les aptitudes liées à un sport, l'activité sportive de groupe est plus appropriée.

Toutefois, si l'objectif implique plus particulièrement le développement des aptitudes liées au sport sélectionné, en permettant à l'enfant de vivre du succès peu importe son niveau de difficulté en adaptant l'activité, le sport individuel peut être envisageable. Ce second type est aussi favorisé avec les enfants ayant une déficience modérée ou sévère où l'inclusion avec les autres est plus difficile.

5.2.7 Stratégies liées à l'activité elle-même

Peu importe le type de sport sélectionné, maintes stratégies peuvent être appliquées par les entraîneurs afin de faciliter la réalisation des activités par les enfants présentant une déficience intellectuelle. En effet, les ergothérapeutes apportent trois stratégies liées à l'activité elle-même, soit l'enchaînement rétrogradé, la division de la tâche et la création d'une routine.

D'abord, les deux premières stratégies impliquent des méthodes reliées à la modification des tâches. Les ergothérapeutes mentionnent l'enchaînement rétrogradé comme étant une méthode facilitant l'intégration d'une nouvelle action. Ceci consiste à amorcer l'apprentissage par la dernière étape. Autrement dit, une ergothérapeute affirme :

Plutôt que de laisser l'enfant aller jusqu'à ce qu'il ne soit plus capable et qu'il soit en échec, j'aime mieux lui donner de l'aide et lui donner la dernière activité à faire tout seul et qu'il réussisse. [...] Tranquillement, on lui en donne de plus en plus au lieu de laisser l'enfant aller et voir qu'il bloque et qu'il se décourage.

Cette stratégie leur permet alors de vivre des succès en leur assurant la réussite de la dernière étape et ainsi de suite. Ceci les motive à poursuivre leurs efforts et, petit à petit, les enfants atteindront le plus haut niveau possible d'autonomie.

Ceci est aussi lié directement à une autre stratégie abordée par trois ergothérapeutes qui consiste à diviser la tâche en petites étapes pour bien comprendre les aptitudes impliquées dans chaque tâche et ainsi en travailler qu'une à la fois. Une ergothérapeute énonce : « [il importe de] *micrograder tout. Pour nous, cela semble être une étape, mais souvent il faut la micrograder encore plus pour que l'enfant apprenne à la faire* ». Il s'agit aussi, selon elles,

d'établir et de leur montrer tous les mouvements nécessaires pour réussir la tâche, et ce, graduellement.

Finalement, trois ergothérapeutes sur quatre soulignent l'importance de créer une routine pour faciliter l'apprentissage. La routine concerne les règles ainsi que l'environnement autant physique que social. Ceci rend les enfants confortables dans l'activité et leur permet de suivre aisément le groupe ou l'activité.

En somme, chacune de ces stratégies peut aider ces enfants à réaliser l'activité sportive, car elle assure l'ajustement de la tâche pour répondre aux besoins de ceux-ci. Les entraîneurs peuvent alors y avoir recours pour faciliter la participation de ces enfants à des activités sportives.

Bref, cette section montre que plusieurs éléments doivent être considérés advenant la participation des enfants ayant une DI à des activités sportives. La réalisation des activités peut alors être facilitée par un choix assidu lié aux différents éléments entourant la pratique du sport, soit le moment de la réalisation, la structure et les choix, l'autonomie et la responsabilité, les règles, le type de sport (adapté/intégré, de groupe/individuel) ainsi que les stratégies d'apprentissage.

5.3 Stratégies liées à la dimension de l'environnement du MDH-PPH2

Les ergothérapeutes rencontrées mentionnent aussi plusieurs éléments à considérer par rapport à l'environnement physique et social lors de la pratique d'activités sportives avec ces enfants. De fait, elles nomment plusieurs stratégies pouvant être appliquées par les entraîneurs, comme le résume le tableau 10 ci-dessous.

Tableau 10
Stratégies liées à l'environnement physique et social

Type d'environnement	Stratégies
Physique	<ul style="list-style-type: none"> - Considérer les options concernant le lieu approprié : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sans distraction ✓ Connue ou non de l'enfant ✓ Milieu régulier où se déroule l'activité normalement - Sélectionner minutieusement le matériel en considérant : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Grosseur des objets ✓ Texture des objets ✓ Rigidité du matériel
Social	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir un nombre d'adultes approprié au nombre d'enfants - Préconiser des attitudes adéquates : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ludique ✓ Patient ✓ Doux, ferme et constant ✓ Tolérant ✓ Ouvert au rythme de chacun ✓ Éviter de mettre de la pression sur les enfants et les familles - Considérer l'influence de la famille (culture sportive, attitudes parentales surprotectrices, connaissances de l'enfant, des difficultés et des stratégies ainsi que les ressources financières disponibles) - Considérer l'influence de la société - Avoir recours à des professionnels, des individus et des fondations

Le tableau 10 montre que plusieurs éléments doivent être considérés lors de la participation des enfants présentant une DI à des activités sportives, et ce, autant sur le plan de l'environnement physique que social. Les paragraphes ci-dessous donnent certaines précisions à propos de ces différents éléments.

5.3.1 Adaptations liées à l'environnement physique

Pour ce qui est de l'environnement physique, les ergothérapeutes discutent de deux éléments à considérer afin de faciliter la participation des enfants ayant une DI à des activités sportives. En effet, elles abordent l'influence du lieu de l'activité et des équipements/matériaux utilisés lors de la réalisation du sport par les enfants ayant une DI.

D'abord, concernant le lieu pour réaliser l'activité, les ergothérapeutes énoncent trois éléments à considérer, soit la quantité de distractions, le degré de connaissance des enfants du

milieu choisi et l'avantage d'un milieu régulier. Pour ce qui est de la quantité de distractions, trois ergothérapeutes soulèvent l'importance de diminuer les distractions visuelles (nombre d'objets et mouvements des enfants) et auditives (bruits environnants). Ensuite, une ergothérapeute affirme au sujet de la connaissance du lieu par les enfants : *« il y a des avantages et des inconvénients à se situer dans un milieu connu des enfants »*. Elle remarque le besoin d'exploration des enfants dans le cas d'un lieu nouveau et la tendance à reproduire l'activité déjà apprise dans le cas d'un lieu connu. Pour résoudre cette problématique, elle affirme qu'il *« peut être intéressant d'y aller avant la première journée de l'activité afin de permettre aux enfants d'explorer tout en étant dirigés par l'adulte »*. Finalement, deux ergothérapeutes considèrent le milieu régulier comme étant une option intéressante, puisqu'il permet de faciliter la généralisation des apprentissages.

Dans un autre ordre d'idée, les équipements et le matériel utilisés peuvent aussi être adaptés à ces enfants. Ces éléments sont énoncés dans le tableau 10. En effet, les ergothérapeutes rencontrées résument les stratégies en affirmant que la grosseur, la texture et la rigidité sont les trois propriétés des objets qui peuvent être modifiées pour aider ces enfants à participer à des sports.

En somme, le lieu et les équipements doivent être choisis minutieusement afin que ces enfants puissent participer le plus aisément possible à ces activités. Il suffit de leur fournir l'environnement le plus approprié à leurs aptitudes afin qu'ils réalisent l'activité en vivant du plaisir et des réussites. D'ailleurs, ceci est facilité par le fait que ces enfants, contrairement aux enfants ayant une déficience physique, requièrent peu d'adaptations de l'environnement pour faciliter leur participation.

5.3.2 Adaptations liées à l'environnement social

De la même manière, les cinq éléments clés concernant l'adaptation de l'environnement social sont énoncés dans le tableau 10, soit le nombre d'adultes à privilégier, les attitudes à préconisées, l'influence de la famille et de la société ainsi que l'apport que peuvent avoir les professionnels et les fondations sur la participation des enfants ayant une DI à des sports. Cela dit, certaines précisions sont fournies dans les paragraphes qui suivent.

D'abord, une ergothérapeute mentionne ceci au sujet du nombre d'adultes à préconiser afin de permettre à ces enfants d'être actifs : *« tu ne peux pas dire quand tu inscris un enfant DI qu'il y en a juste un de plus, ça va être correct, je vais être capable de gérer. Il vaut mieux avoir un peu plus de personnels »*. L'ajout de personnels est alors à considérer dans le cas de la pratique d'une activité sportive par des enfants ayant une DI.

Par ailleurs, plusieurs attitudes sont nommées dans le tableau 10 et représentent des éléments pouvant faciliter la réussite de l'activité par ces enfants. De manière plus précise, une attitude ludique désigne, selon une ergothérapeute : *« cela ne veut pas dire de faire le clown, cela veut dire de rendre l'activité intéressante, amusante »*. Elle précise aussi : *« c'est d'être soi-même engagé dans l'activité pour que l'enfant ait envie lui-même de s'y engager »*. De plus, une autre ergothérapeute précise sa pensée liée à l'importance d'être doux, ferme et constant avec ces enfants. De fait, elle affirme que ceci doit être appliqué aux routines et aux règles des sports, car cela rassure ces enfants.

Par la suite, la famille représente aussi, pour les ergothérapeutes rencontrées, un des éléments clés pouvant influencer la pratique de sports chez les enfants ayant une DI. D'abord, une ergothérapeute mentionne que l'intérêt des familles pour le sport influence la pratique sportive future des enfants. En effet, cette ergothérapeute affirme que la participation à des activités sportives est plus fréquente chez les enfants de parents qui en font eux aussi ou qui en ont fait dans le passé. Elle ajoute que *« lorsque le sport fait partie de la culture familiale, les stratégies sont plus supportées par les parents »*. Les parents peuvent ainsi être présents avec leur(s) enfant(s) pour soutenir leurs apprentissages. De plus, deux ergothérapeutes énoncent que les familles peuvent aussi agir sur le niveau de fonctionnement de leur(s) enfant(s), en ceci que des attitudes parentales surprotectrices peuvent contribuer à ralentir le développement des enfants. À ce sujet, l'une d'entre elles affirme ceci :

Lorsque tu es un parent et que tu as un enfant différent, tu as tendance à le couvrir, ce qui est parfaitement normal. Les enfants ont donc moins la chance d'explorer parce que les parents ou l'entourage se disent que [...] c'est sûre qu'il n'est pas capable de faire cela, alors ils le font à sa place.

Ce sont aussi eux, selon l'ergothérapeute #2, qui passent la majeure partie du temps avec les enfants, donc ils les connaissent et peuvent donner beaucoup d'informations liées à leurs capacités, leur fonctionnement et les stratégies gagnantes à utiliser avec leur(s) enfant(s). Finalement, un autre élément à considérer est le statut socio-économique des parents qui peut influencer positivement ou négativement les possibilités de vivre des expériences sportives pour les enfants.

Un autre élément relatif à l'environnement social est l'influence de la société sur la participation de ces enfants à des sports. Le premier élément mentionné par deux ergothérapeutes concerne l'importance accordée à la performance, à la normalisation et à la compétition dans la société québécoise actuelle qui fait en sorte que ces enfants sont parfois refusés dans les équipes régulières. À ce sujet, l'ergothérapeute #1 affirme que : *« des parents vont prendre cela plus à cœur que leurs enfants encore et ils n'ont pas le goût que dans l'équipe, il y ait un enfant pas performant ou moins performant parce que cela fait perdre l'équipe »*. Il y a aussi les préjugés, les perceptions négatives et les regards défaitistes de la société qui sont abordés par deux ergothérapeutes et qui amènent de l'insécurité aux parents quant à l'inclusion de leur(s) enfant(s). Ces visions peuvent aussi être présentes chez les entraîneurs qui ont parfois vécu de mauvaises expériences qui limitent leur intérêt à intégrer à nouveau ces enfants. Cependant, certains entraîneurs ont aussi vécu de belles expériences et maintiennent leur ouverture envers l'intégration, voire l'inclusion des enfants ayant une DI, selon une autre ergothérapeute. Un autre élément est lié à ce dernier et représente le manque de connaissances de la société sur la déficience intellectuelle et sur le potentiel de ces enfants. Une ergothérapeute affirme à ce sujet :

Il faut que les parents veuillent beaucoup pour être capables d'intégrer les enfants dans les activités sportives, et présentement les enfants qui ont une DI sont pas mal limités à la participation dans leur cour d'école et dans les activités scolaires.

Finalement, tous ces éléments influencent le nombre d'opportunités qui existent pour ces enfants. Selon les ergothérapeutes rencontrées, les opportunités sont restreintes pour l'instant en ce qui concerne ces enfants et elles varient d'une région à une autre du Québec.

Elles mentionnent également qu'il faudrait, dès maintenant, plaider afin qu'il y ait plus d'opportunités sportives pour ces enfants. D'ailleurs, pour connaître les opportunités existantes dans certaines régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec, veuillez consulter le tableau 11 présenté à l'Annexe G.

Finalement, un dernier aspect à considérer est l'influence positive que peuvent avoir les professionnels de la santé, les parents, les regroupements de parents ainsi que les fondations pour aider les familles et les entraîneurs lors de la participation des enfants vivant avec une DI dans les activités sportives. Ils peuvent alors apporter plusieurs types de soutien. En effet, les ergothérapeutes affirment qu'ils peuvent offrir du temps aux parents pour les aider à inclure leur(s) enfant(s), prodiguer des soins aux enfants, transmettre des connaissances ou même fournir un appui financier. Pour connaître ce que chacun peut faire pour aider ces familles, consultez le tableau 12 de l'Annexe H.

En résumé, l'environnement social peut influencer à divers égards la participation de ces enfants à des activités sportives. Ces différents éléments doivent alors être connus des entraîneurs afin d'éviter qu'ils aient une influence négative sur la pratique de sports chez les enfants vivant avec une DI.

5.4 Conseils pratiques pour les entraîneurs

Pour terminer, voici plusieurs conseils formulés par les ergothérapeutes rencontrées dans le cadre de cette étude afin d'aider les entraîneurs désirant inclure des enfants présentant une déficience intellectuelle dans leurs activités sportives. Ces conseils sont présentés selon le cadre conceptuel de l'étude, soit selon les trois dimensions du modèle de développement humain (dimensions de la personne, des habitudes de vie et de l'environnement). Ces conseils sont donc les suivants :

5.4.1 Conseils liés à la personne

1. Bien connaître l'enfant, ses caractéristiques (difficultés, forces, diagnostic, conditions associées), ses besoins et ses méthodes d'apprentissages (ergothérapeutes #1 à #4).
2. Offrir le bon niveau de soutien à l'enfant afin de favoriser son apprentissage et son autonomie (ergothérapeutes #1 à #4).
3. Fournir plus de temps, de pratique, de répétitions et de renforcements positifs afin de maintenir leur intérêt et favoriser leur apprentissage (ergothérapeutes #1 à #4).
4. User de créativité dans tout le processus menant à l'apprentissage et à la participation à des activités sportives (ergothérapeutes #1 et #2).
5. Favoriser une méthode d'essais et erreurs afin de découvrir les stratégies appropriées et pertinentes pour l'enfant (ergothérapeutes #1 à #4).
6. En côtoyer afin d'apprécier leur potentiel et leur façon de voir la vie. Ce sont des enfants simples et qui ne se cassent pas la tête avec les détails de la vie (ergothérapeute #2).
7. Donner une chance et éviter de les juger par leur diagnostic (ergothérapeute #2).
8. Croire au potentiel de ces enfants (ergothérapeute #4).

5.4.2 Conseils liés aux habitudes de vie

9. Se fier au besoin énergétique et à la routine d'éveil de l'enfant lors de la sélection de la période d'activité sportive (ergothérapeutes #1 et #3).
10. Créer un juste milieu entre la structure et les choix offerts (ergothérapeute #2).
11. Viser une optimisation de l'autonomie de l'enfant autant pour ce qui est de l'activité que des responsabilités associées (ergothérapeutes #1 à #4).
12. Éviter le surplus de règles : débiter par les règles liées à la sécurité et aux comportements attendus (ergothérapeutes #1 à #4).
13. Favoriser l'apprentissage graduel des tâches associées aux sports en montrant qu'une étape à la fois à l'enfant (ergothérapeutes #1 à #4).
14. Ne pas hésiter à se lancer dans une expérience, car c'est la meilleure façon d'apprendre et de voir de quelle manière tout peut se dérouler (ergothérapeute #3).
15. Être ouvert à intégrer ces jeunes dans les équipes déjà présentes ou en développer de nouvelles qui peuvent être adaptées aux aptitudes de ces enfants (ergothérapeute #4).

5.4.3 Conseils liés à l'environnement

16. Sélectionner le lieu et les équipements en fonction des aptitudes et des besoins de l'enfant (ergothérapeutes #1 à #4).
17. Favoriser des attitudes positives et visant la participation et l'engagement des enfants dans l'activité (ergothérapeutes #1 à #4).
18. Ne pas hésiter à avoir recours à des professionnels afin de s'outiller en matière de stratégies et afin de rendre accessibles et sécuritaires les sports (ergothérapeutes #1 et #4).
19. Avoir plus de soutien pour aider à l'apprentissage des enfants (subvention de fondations, entraîneurs supplémentaires, aide d'un étudiant) (ergothérapeute #1).
20. Lorsqu'un problème survient, éviter de s'y arrêter et de chercher un coupable. En discuter avec la famille et les professionnels pour trouver une solution (ergothérapeute #3).
21. Considérer la famille (budget, besoins et connaissances) dans la participation de l'enfant (ergothérapeutes #1 à #4).
22. Diminuer l'importance accordée à la performance, à la normalisation et à la compétition afin que ces enfants vivent du plaisir lors des activités sportives (ergothérapeutes #1 à #4).

6. DISCUSSION

La question à la base de cette étude était : Quelles sont les stratégies à adopter par les entraîneurs afin de favoriser la participation d'enfants ayant une DI à des activités sportives? Aussi, l'objectif était d'explorer les stratégies pouvant être utiles aux entraîneurs afin de favoriser la participation des enfants présentant une déficience intellectuelle à des activités sportives. Le moyen choisi afin de répondre à cette question et ainsi atteindre cet objectif a été de rencontrer des ergothérapeutes ayant une expérience auprès de cette clientèle afin de recueillir leurs points de vue eu égard aux stratégies à adopter par les entraîneurs pour favoriser la participation de ces enfants à des sports. La contribution des quatre ergothérapeutes à propos des stratégies et des éléments à considérer par les entraîneurs advenant la participation de ces enfants à des activités sportives a permis de répondre à la question de départ et à l'objectif qui en découlait.

Dans cette section, les résultats de la recherche sont discutés afin de déterminer les concordances et les divergences existantes avec les écrits scientifiques. Ceci permet, par le fait même, d'identifier l'apport des ergothérapeutes rencontrées dans le cadre de cette étude à l'avancement des connaissances sur le sujet. Ensuite, une seconde sous-section est réservée à l'identification des forces et des limites de l'étude. Enfin, les conséquences pour la pratique en ergothérapie ainsi que pour les entraîneurs et les familles sont exposées.

6.1 Comparaison entre les écrits et les résultats de l'étude

D'abord, les concordances ainsi que les divergences entre les écrits et les résultats de cette étude sont énoncées. Par souci de clarté, cette section est sous-divisée selon les trois dimensions du cadre conceptuel de la recherche, soit la dimension de la personne, celle des habitudes de vie ainsi que celle de l'environnement. Finalement, une vision globale de l'apport des ergothérapeutes sur les stratégies pouvant favoriser la participation des enfants présentant une déficience intellectuelle à des sports est présentée.

6.1.1 Dimension de la personne

Pour ce qui est de la dimension de la personne, les écrits et les ergothérapeutes rapportent plusieurs éléments similaires. Ces éléments sont majoritairement liés aux

caractéristiques des enfants présentant une déficience intellectuelle, et ce, particulièrement sur le plan de la dimension physique (Bégarie et coll., 2009; Grandisson et coll., 2010; Morin et coll. 2011). Cela dit, les ergothérapeutes rencontrées apportent des spécifications qui ne sont pas documentées dans les écrits. Celles-ci ont trait aux aptitudes cognitives et affectives de la personne, par exemple, en spécifiant les différentes difficultés cognitives rencontrées par ces enfants (mémoire, attention, capacité d'abstraction, etc.) ainsi qu'en affirmant que ces jeunes ont parfois des difficultés à entrer en contact avec les autres enfants (méthodes inappropriées, jeu en parallèle), même s'ils sont des personnes qui recherchent les interactions sociales. Les écrits et les ergothérapeutes s'entendent aussi sur la plupart des conditions associées à la déficience intellectuelle (Bégarie et coll., 2009; Frances et Ross, 1996; Morin et coll., 2011). Les ergothérapeutes spécifient cependant la nature unique de chaque enfant en ce qui concerne les difficultés présentes. De plus, les ergothérapeutes et les écrits confirment l'importance de considérer le degré de motivation chez ces enfants lors de la pratique d'une activité sportive (Sayers Menear, 2007; Olympiques Spéciaux, 2012). Finalement, les ergothérapeutes consolident aussi une information présente dans la littérature en mettant l'emphasis sur l'importance d'utiliser le stade de développement des enfants pour établir le niveau de participation et le degré d'autonomie attendu dans l'activité.

D'un autre côté, les ergothérapeutes rencontrées apportent aussi plusieurs éléments nouveaux en ce qui concerne cette dimension. D'abord, elles appuient les écrits en affirmant que la déficience intellectuelle amène une difficulté sur le plan des aptitudes liées aux activités intellectuelles, mais elles soulignent que ces difficultés doivent engendrer un impact sur le fonctionnement quotidien de ces enfants. Finalement les ergothérapeutes amènent une distinction en ce qui concerne le lien entre le degré de la déficience intellectuelle (léger, modéré et sévère) et les possibilités de participation à des activités sportives, ce qui n'est à notre connaissance pas documenté dans les écrits. Elles affirment en effet que c'est la déficience intellectuelle légère qui amène le plus haut degré ou le plus d'espoir de participation.

Ces deux paragraphes montrent que certains éléments appuient les écrits actuels sur le sujet, alors que d'autres ajoutent certaines précisions qui aident à mieux comprendre les

différentes difficultés et particularités des enfants présentant une déficience intellectuelle et désirant participer à des activités sportives.

6.1.2 Dimension des habitudes de vie

Pour cette dimension, les écrits et les ergothérapeutes sont en accord sur plusieurs aspects. Cela dit, plusieurs éléments sont similaires, malgré certains ajouts provenant des ergothérapeutes. D'abord, les écrits documentent l'importance d'ajuster les règles lorsque l'activité sportive inclut des enfants présentant une DI (Baran et coll., 2009; Olympiques Spéciaux, 2012). Les ergothérapeutes confirment cet élément, mais vont plus loin en mentionnant quels types de règles doivent être implantés et dans quel ordre les insérer. Les écrits et les ergothérapeutes rencontrés s'entendent aussi sur le fait que la participation à des activités sportives est facilitée lorsque le niveau des aptitudes est semblable entre les enfants d'un même groupe que ce soit une activité adaptée ou intégrée (Grandisson et coll., 2012). Ils font aussi ressortir la différence entre les sports de groupe et les sports individuels en affirmant que le plus grand avantage des sports de groupe est l'impact sur les aptitudes interpersonnelles (Baran et coll., 2009; Grandisson et coll., 2010 et 2012; Hutzler et Korsensky, 2010; Saenz, 2003; Siperstein et coll., 2007 et 2009). Toutefois, les ergothérapeutes abordent des avantages pour ce qui est de la pratique du sport individuel en le comparant au sport de groupe. De fait, elles mentionnent l'avantage qu'a le sport individuel eu égard à la possibilité d'adapter l'activité à l'enfant et ainsi suivre réellement son rythme individuel d'acquisition, et ce, d'autant plus avec les enfants ayant une DI modérée à sévère.

De nouveaux éléments sont également mentionnés par les ergothérapeutes en ce qui a trait aux habitudes de vie, en l'occurrence aux activités sportives. En effet, elles amènent plusieurs éléments concernant l'influence du moment de la journée sur le niveau de participation des enfants présentant une déficience intellectuelle. De plus, les ergothérapeutes rapportent qu'il importe de porter une attention particulière au degré de complexité des activités afin de faciliter la participation de ces enfants. Il est alors, selon elles, difficile d'inclure ces enfants lorsque le niveau de complexité est trop élevé notamment en ce qui concerne les règles de jeu, le degré de structure et le nombre de choix dans l'activité. Elles apportent aussi des informations concernant le potentiel de ces enfants dans les activités, en

outre eu égard à leur autonomie et aux responsabilités qu'il est possible de donner à ces enfants. Ces deux éléments peuvent également être des sources de valorisation pour eux. Finalement, la perception des ergothérapeutes sur ces éléments se révèle plus positive que celle qui se dégage des écrits actuels qui mentionnent régulièrement les difficultés et les obstacles vécus par ces enfants lors de la pratique de sports, en émettant de mentionner les forces et les qualités des enfants ayant une déficience intellectuelle (Baran et coll., 2009; Grandisson et coll., 2012; Grandisson, Tétreault et Freeman, 2010; Siperstein, Glick, Harada, Bardon et Parker, 2007; Siperstein, Glick et Parker, 2009).

Bref, les informations amenées par les ergothérapeutes rencontrées dans le cadre de cette étude précisent les éléments à considérer dans les activités sportives afin d'adapter ces sports aux enfants ayant une DI.

6.1.3 Dimension de l'environnement

Pour ce qui est de l'influence de l'environnement sur la participation des enfants présentant une déficience intellectuelle, les écrits et les ergothérapeutes s'entendent plutôt bien. En effet, ils sont en accord sur l'influence de la société (attitudes, connaissances, soutiens, accessibilités aux équipements et aux infrastructures) et des entraîneurs (motivation, connaissances et expériences antérieures) sur le degré d'inclusion de ces enfants dans les activités sportives (Grandisson et coll., 2010 et 2012). Ils sont aussi d'avis que le nombre et la visibilité des opportunités sont restreints et qu'il importe d'impliquer les parents dans le processus de participation étant donné leurs connaissances liées à leur(s) enfant(s) ainsi que leur influence sur la participation des enfants (Grandisson et al, 2012).

Les ergothérapeutes spécifient toutefois les attitudes qui devraient être préconisées lors de la pratique de sports, notamment une attitude ludique et faisant preuve de patience et de tolérance envers les enfants participant aux activités. Elles ajoutent aussi à ces informations que le fait que la société soit axée sur la performance, la compétition et la normalisation rend plus difficile la participation des enfants ayant une DI à des sports. Elles affirment également que d'autres aspects de l'environnement peuvent influencer leur participation et doivent être considérés lors de la pratique d'un sport, soit le type de lieu qui concorde le mieux avec les

besoins des enfants et le type de matériel à utiliser pour faciliter leur participation. Ceci les amène alors à identifier des personnes ressources et des fondations pouvant venir en aide à ces enfants, à leurs parents et aux entraîneurs.

Ces deux derniers paragraphes montrent que les informations à ce jour dans la littérature regroupent les principaux éléments à considérer lors de la participation des enfants vivant avec une DI à des activités sportives. L'apport des ergothérapeutes à ce sujet concerne majoritairement les aspects plus concrets à mettre en pratique par les entraîneurs (attitudes, considération du lieu et du matériel).

6.1.4 Apport des ergothérapeutes eu égard aux différentes stratégies

De manière générale, les stratégies sont peu documentées dans les écrits. Mis à part les écrits édités par le Mouvement des Olympiques Spéciaux (2013), la recension des écrits n'a pas permis de repérer d'autres stratégies pouvant faciliter la participation de ces enfants à des sports. Ainsi, les ergothérapeutes rencontrées dans le cadre de cette étude ont contribué grandement à l'avancée des connaissances sur les stratégies favorisant la participation des enfants présentant une déficience intellectuelle à des activités sportives. En fait, il s'agit de l'apport majeur de cette étude. Certaines stratégies mentionnées par les ergothérapeutes sont toutefois similaires à celles préconisées par le Mouvement des Olympiques Spéciaux. Notamment, les éléments communs concernent la pertinence des démonstrations, de la mise en action directe, de l'aide physique, de la division des tâches en étapes, des consignes simples et de l'utilité faible des stratégies verbales lorsqu'elles sont employées seules.

Toutes les autres stratégies discutées dans cet essai proviennent directement des entrevues réalisées auprès des quatre ergothérapeutes ayant participé à cette étude. Elles amènent des stratégies pouvant soutenir le travail des entraîneurs, en spécifiant les stratégies visuelles, verbales et physiques qui s'avèrent pertinentes et efficaces ainsi d'autres stratégies relatives à l'activité ou à l'environnement. Les similitudes, mais surtout les points de vue parfois différents des ergothérapeutes rappellent que les stratégies utiles avec certains enfants ne sont pas nécessairement appropriées pour tous les enfants. Ensuite, bien que les enfants ayant une DI aient des caractéristiques parfois semblables, chaque enfant demeure unique.

Finalement, si cette étude documente les stratégies pouvant être utiles pour les enfants ayant une DI, il est possible que ces dernières soient également applicables et utiles aux enfants à développement typique ayant parfois des difficultés lors de la réalisation d'activités sportives.

En somme, les stratégies documentées dans cet essai de maîtrise sont à maints égards inédites, bien qu'elles rejoignent par ailleurs celles proposées par Mouvement des Olympiques Spéciaux (2013).

6.2 Forces et limites de l'étude

Certaines forces et limites sont présentes dans cette étude et il importe de les considérer. Plus précisément, cette étude comporte deux forces et deux limites. D'abord, pour ce qui est des forces, l'étude apporte une contribution significative, en ceci qu'elle aborde un sujet peu traité dans les écrits. Ce faisant, plusieurs résultats inédits sont présentés dans cet écrit. Il est à espérer que ceux-ci pourront aider les entraîneurs qui se sentent parfois démunis face à ces jeunes et qui manquent par moments d'informations sur les méthodes efficaces et les éléments à considérer advenant la participation des enfants ayant une DI à leurs activités sportives. En ce sens, ce document pourrait servir à élaborer une formation sur la DI destinée aux entraîneurs des clubs sportifs réguliers et adaptés. Ensuite, le choix d'avoir opté pour des ergothérapeutes ayant une expérience auprès de cette clientèle afin de générer les connaissances de cette recherche est judicieux étant donné leurs connaissances sur la déficience intellectuelle et sur les adaptations possibles des activités (notamment des activités sportives) pour ces enfants. Ce sont aussi des professionnels qui ont une vision holistique et écologique des clients et de leurs environnements, ce qui permet de bien comprendre l'influence des différentes sphères de leur vie sur la participation de ces enfants à des sports (personne, habitudes de vie et environnement). En effet, ces professionnels de l'habilitation à l'occupation ont une formation sur les déficiences ainsi que sur l'analyse des activités qui est essentielle dans l'encadrement d'activités sportives. Finalement, cette vision holistique permet aux ergothérapeutes d'observer et d'agir à tous les niveaux dans le but d'optimiser leur participation dans les activités sportives.

D'un autre côté, cette étude comporte certaines limites qui doivent être considérées. D'abord, le nombre de participants, restreintes à quatre, fait en sorte que la saturation des données n'a pas été atteinte, ce qui est habituellement souhaité dans toute étude qualitative (Fortin, 2010). D'autres recherches semblables pourraient contribuer à valider les résultats obtenus dans cette étude, ce qui est évidemment souhaitable. De plus, une seconde limite est reliée aux participants. En effet, il est mentionné dans le paragraphe précédent que la participation des ergothérapeutes apporte des avantages, cependant le fait de n'avoir rencontré que des ergothérapeutes se présente également comme également une limite. La participation unique d'ergothérapeutes travaillant auprès de cette clientèle amène l'absence d'informations provenant d'autres sources potentiellement intéressantes, telles que les parents, les enfants ainsi que les entraîneurs qui ont leur propre vision sur le sujet à l'étude et qui vivent de très près l'expérience en question. À ce sujet, un groupe de chercheurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières participe à une étude sur les saines habitudes de vie chez les enfants ayant une déficience (intellectuelle, physique, visuelle et du langage). Cette étude aborde entre autres les activités physiques et sportives chez les enfants ayant une DI en présentant les points de vue de parents, d'enfants vivant avec une DI, d'intervenants et d'ergothérapeutes sur le sujet (Bédard et Drolet, 2013).

6.3 Conséquences pour la pratique

Cette étude amène maintes connaissances sur le sujet à l'étude, mais apporte également plusieurs conséquences et retombées pour la pratique en ergothérapie ainsi que pour les entraîneurs et les familles d'enfants vivant avec une DI. Les paragraphes ci-dessous présentent différentes retombées.

Pour ce qui est des ergothérapeutes, cette étude permet de rappeler à la société le rôle qu'ils peuvent avoir avec ces enfants. Ceci rappelle aussi leurs connaissances sur la déficience et sur les stratégies liées à la pratique d'une activité sportive. De plus, le sport redonne aux ergothérapeutes leur place pour travailler un autre aspect que la productivité et les soins personnels qui sont souvent priorisés dans la pratique en enfance. Il s'agit donc de redonner une place aux loisirs qui contribuent à la qualité de vie des enfants et qui réduisent, par le fait même, les risques engendrés par l'obésité et les conséquences négatives des autres conditions

de santé associés souvent au diagnostic de la DI (Bégarie et coll., 2009). De plus, le sport permet aux ergothérapeutes de travailler le potentiel ainsi que l'autonomie de l'enfant à travers une activité qui lui plaît. Ceci peut alors avoir des répercussions positives sur les autres sphères de son fonctionnement, car l'enfant a appris qu'il pouvait vivre de belles réussites.

Pour ce qui est des entraîneurs, les retombées sont grandes (dans la mesure où les résultats de cette étude sont diffusés et leur sont accessibles) puisqu'ils sont les individus ciblés par ce document. Cette étude vise à leur apporter plus de connaissances et de données sur la déficience intellectuelle ainsi que sur la pratique d'une activité sportive avec ces enfants. Ce document peut donc leur être utile dans la pratique de sports et même pour la mise en place de nouvelles activités sportives incluant des enfants présentant une DI. Aussi, ces stratégies peuvent possiblement être utilisées avec des enfants à développement typique pour faciliter leurs apprentissages. Ainsi, il est ici espéré que l'utilité des résultats puisse s'étendre aux besoins d'une population plus élargie d'enfants. Grâce à ces nouvelles informations, les entraîneurs pourront désormais se sentir plus à l'aise et mieux outillés, peut-on espérer, pour intervenir avec ces enfants, dans la mesure où ces informations leur seront transmises, répétons-le. Si tel est le cas, ils pourront également prendre des décisions et faire des actions liées à leurs nouvelles connaissances, ce qui réduirait, par le fait même, la présence de préjugés et de méconnaissances dans la société eu égard à la DI. Toutefois, pour y parvenir, il importe de permettre à ces entraîneurs d'avoir accès à ces informations, soit en leur offrant ce document ou en développant un document synthèse sur lequel ils pourraient se fier afin de connaître et appliquer les stratégies. Il s'agit alors d'assurer le transfert des connaissances pour que cette étude amène réellement des bienfaits aux personnes ciblées. En espérant aussi que cette étude leur permettra d'avoir un intérêt grandissant pour cette clientèle, qui a des besoins particuliers et qui mérite comme toute autre de participer à des activités qui contribuent à la santé, au bonheur et à la qualité de vie des êtres humains.

Pour ce qui est des familles, les retombées sont envisageables dans un avenir plus éloigné. En effet, des familles pourront, à long terme, avoir plus d'opportunités pour leur(s) enfant(s) et entretenir un espoir grandissant pour l'inclusion sociale de ceux-ci, tout en voyant idéalement une diminution des préjugés à leur égard. Cette étude permet également d'apporter

un soutien aux parents afin de faire valoir les droits de ces enfants à une justice occupationnelle pour rendre leur vie plus agréable et semblable aux enfants à développement typique. De plus, la participation des enfants à une activité qui leur est signifiante facilite le développement de leurs aptitudes, par l'intérêt qu'ils leur portent et l'effort qu'ils peuvent y mettre. Il est également plus agréable, pour les familles, de travailler les aptitudes de leurs enfants à travers une activité qu'ils aiment pour ensuite généraliser leurs nouveaux apprentissages et acquis moteurs, cognitifs et affectifs dans les autres activités de leur vie quotidienne.

7. CONCLUSION

Bien que la pratique de sport apporte de nombreux bénéfices aux enfants vivant avec une déficience intellectuelle, la société actuelle représente une des barrières à la participation de ces enfants, d'autant plus qu'elle offre peu d'opportunités sportives pour eux. D'ailleurs, peu de stratégies sont développées dans les écrits scientifiques afin de favoriser leur participation. C'est pour cette raison que cette étude visait à explorer des stratégies pouvant être utilisées par les entraîneurs dans le but de permettre aux enfants présentant une déficience intellectuelle de participer à des activités sportives. Grâce à la participation de quatre ergothérapeutes à une entrevue semi-structurée sur le sujet, maints éléments à considérer et moult stratégies utiles lors de la pratique d'activités sportives avec ces enfants ont été découverts. Les résultats indiquent que plusieurs stratégies liées aux enfants, aux sports eux-mêmes ainsi qu'à l'environnement doivent être considérées afin d'offrir la meilleure expérience possible aux enfants et de favoriser leur participation équitable à ces activités. Ces stratégies permettent également de répondre aux besoins de ces enfants en assurant l'ajustement de tous les éléments pouvant influencer leur participation sportive. Ils représentent tous des aspects pouvant guider les entraîneurs dans la pratique d'activités sportives en présence d'enfants ayant une DI. Cette étude confirme que peu d'informations et d'opportunités existent jusqu'à maintenant afin de permettre aux enfants vivant avec une DI de réellement prendre part à des activités sportives en obtenant le soutien dont ils ont besoin pour développer les aptitudes et les apprentissages nécessaires à l'activité. Pour y parvenir, chaque enfant doit être vu comme quelqu'un d'unique avec ses forces et ses difficultés pour ainsi lui offrir les services et l'aide dont il a besoin. Les stratégies doivent alors être considérées comme des outils pouvant faciliter leur participation, plutôt que comme des stratégies universelles applicables à tout enfant de manière non différenciée.

Cette étude a documenté plusieurs éléments (pertinents et liés à la participation des enfants présentant une DI à des activités sportives) peu ou pas discutés dans les écrits. Aussi, cette étude permet d'identifier des pistes futures de recherche. Trois sont ici présentées. D'abord, pour combler une des limites de cette étude, qui est la vision unique des ergothérapeutes pour établir les stratégies, il pourrait être pertinent de mener une enquête

auprès des parents, des enfants ayant une DI ainsi que des entraîneurs sur les stratégies intéressantes lors de la participation de ces enfants à des sports réguliers et adaptés. Ces informations complèteraient celles recueillies dans le cadre de cette étude et celles que l'on peut trouver dans les écrits. Ceci permettrait d'offrir à la population cible et aux entraîneurs toute l'information qu'ils nécessitent pour bien comprendre la situation de ces enfants et les méthodes pour remédier aux problématiques que ces enfants vivent lors de la pratique d'activités sportives. À ce sujet, il a été découvert à travers cette étude qu'une recherche est déjà entamée pour répondre à ce besoin. En effet, une étude sur les saines habitudes de vie chez les enfants présentant une déficience, soit intellectuelle, physique, sensorielle ou langagière est débutée. L'équipe « Choisir de gagner : le défi des saines habitudes de vie » réalise cette recherche. Cette étude vise la création de guides de pratique liés à la participation de ces enfants à des activités physiques et sportives, lesquels seront accessibles via le web assurant ainsi une large diffusion. De plus, une nouvelle recherche pourrait également être effectuée afin de rencontrer plus d'ergothérapeutes afin de valider les résultats ici discutés et d'assurer la saturation des données qui n'a pas pu être obtenue dans cette étude. Pour terminer, une dernière piste de recherche est basée sur le transfert des connaissances aux entraîneurs et sur la mise en place des informations recueillies dans cette étude et possiblement celles qui seraient obtenues dans les recherches proposées plus haut. Il serait intéressant de développer une méthode de transfert des connaissances afin d'offrir aux entraîneurs toute l'information dont ils ont besoin pour mettre en place une activité impliquant des enfants ayant une DI. Pour y arriver, le cycle de l'apprentissage vers l'action de KT Clearinghouse pourrait être utilisé (KT Clearinghouse, 2011). En effet, celui-ci permet de déterminer les étapes à franchir pour amener les entraîneurs à bien comprendre et à appliquer les connaissances en les adaptant, en repérant les barrières à leur application et en développant des stratégies pour y remédier. Une fois que cette étape serait accomplie, il serait possible d'évaluer un programme sportif, c'est-à-dire d'évaluer la mise en place d'un programme incluant des enfants présentant une DI. De cette façon, les stratégies pourraient être mises à profit dans le but de déterminer lesquelles semblent être gagnantes et de quelles manières elles facilitent la participation des enfants présentant une déficience intellectuelle à des activités sportives.

RÉFÉRENCES

- Alliance Canadienne pour la Maladie Mentale et la Santé Mentale. (2006). *Cadre d'action sur la maladie mentale et la santé mentale*. Repéré à http://www.cmha.ca/fr/public_policy/cadre-d%E2%80%99action-sur-la-maladie-mentale-et-la-sante-mentale/#.UBBr96DdZwG
- Association canadienne pour la santé mentale. (2013). *Information rapide : la santé mentale/ la maladie mentale*. Repéré à <http://www.cmha.ca/fr/medias/information-rapide-la-sante-mentale-la-maladie-mentale/#.UfxSLKzA5Ch>
- Association de Sherbrooke pour la Déficience Intellectuelle. (2010). *Qu'est-ce que la déficience intellectuelle?*. Repéré à <http://www.asdi-org.qc.ca/defdi.php>
- Association française du syndrome d'Angelman. (2011). *Le syndrome*. Repéré à <http://www.angelman-afsa.org/le-syndrome-c2.html>
- Baran, F., Top, E., Aktop, A., Özer, D., & Nalbant, S. (2009). Evaluation of a unified football program by special olympics athletes, partners, parents and coaches. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 2(1), 34-45.
- Bédard, A., & Drolet, M-J. (2013). *Guide facilitant les interventions lors de la pratique d'activités physiques et sportives chez les jeunes ayant une déficience intellectuelle*, en collaboration avec l'équipe de recherche « : Choisir de gagner sa vie : le défi des saines habitudes de vie ». Trois-Rivières (QC): Défi Sportif Altergo et Québec en Forme.
- Bégarie, J., Maïano, C., Ninot, G., & Azéma, C. (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*. Repéré à <http://www.em-consulte.com/article/228904/article/prevalence-du-surpoids-chez-des-preadolescents-ado>
- Davies, B., & Logan, J. (2008). *Reading research : a user-friendly guide for nurses and other health professionals*. Canada : Elsevier Mosby.
- Deschênes, G. (2012). *Notes du cours Erg-6003 : Méthodes de recherche quantitatives et qualitatives en réadaptation*. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Doczi, T. (2012). *Sport et inclusion sociale : Un cadre théorique*. Repéré à <http://www.enargywebzine.eu/spip.php?article157&lang=fr>
- Drolet, M-J. (2013). *De l'éthique à l'ergothérapie : la philosophie au service de la pratique en ergothérapie*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Drolet, M-J. (2013a). The axiological ontology of occupational therapy. A philosophical analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Early Online, 1-9.
- Ferland, F., & Dutil, E. (2012). *L'ergothérapie au Québec : histoire d'une profession*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

- Flori, E., Doray, B., & Carelle, N. (2006). *Syndrome de l'X Fragile*. Repéré à http://www-ulpmmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/gynecologie/X_fragile.pdf
- Fortin, M. F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.
- Fougeyrollas, P. (2010). *Le funambule, le fil et la toile : transformation réciproque du sens du handicap*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise Processus de production du handicap*. Québec : Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH)/SCCIDIH.
- Frances, A., & Ross, R. (1996). *DSM-IV : cas clinique [sic] : un guide clinique du diagnostic différentiel*. Washington D.C. : Elsevier Masson.
- Friedland, J. (2011). *Restoring the spirit: the beginnings of occupational therapy in Canada, 1890-1930*. Montréal : McGill-Queen's University Press.
- Gonzalez-Aguero, A., Vicente-Rodriguez, G., Gomez-Cabello, A., Ara, I., Moreno, L. A., & Casajus, J. A. (2012). A 21-week bone deposition promoting exercise programme increases bone mass in young people with Down syndrome. *Developmental Medicine And Child Neurology*, 54(6), 552-556.
- Gouvernement du Canada. (2012). *Conseils généraux : un élément essentiel de la santé*. Repéré à <http://www.canadiensensante.gc.ca/kids-enfants/physical-physique/tips-conseils-fra.php>
- Gouvernement du Canada. (2013). *Les droits de la personne et l'incapacité*. Repéré à <http://www.pch.gc.ca/fra/1354827727788/1354829460923>
- Gouvernement du Québec. (2013). *Trisomie 21*. Repéré à <http://www.msos.gouv.qc.ca/sujets/santepub/depistage-prenatal/index.php?trisomie-21>
- Grandisson, M., Tétreault, S., & Freeman, A. R. (2010). Le sport : promoteur de la santé et de la participation sociale en Déficience Intellectuelle. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 21, 54-65.
- Grandisson, M., Tétreault, S., & Freeman, A. R. (2012). Enabling integration in sports for adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities: JARID*, 25(3), 217-230.
- Hemayattalab, R. (2010). Effects of physical training and calcium intake on bone mineral density of students with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 31(3), 784-789.
- 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: JIDR*, 54(9), 767-786.

- KT Clearinghouse. (2011). *The knowledge-to-action cycle*. Repéré à <http://ktclearinghouse.ca/knowledgebase/knowledgetoaction>
- Law, M., & MacDermid, J. (2008). *Evidence-based rehabilitation : a gui de to practice*. Thorofare (NJ): Slack Inc.
- Levasseur, M., Desrosiers, J., & St-Cyr Tribble, D. (2007). Comparing the disability creation process and international classification of functioning, disability and health models. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 233-242.
- Martory, J., & Evrard, N. (2012). *Sport pour l'enfant*. Repéré à <http://sante-az.aufeminin.com/w/sante/s90/bebe-grossesse/enfant-sport.html>
- Menear, K. S. (2007). Parents' perceptions of health and physical activity needs of children with Down Syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 12(1), 60-68.
- Morin, D., Tassé, M. J., Ouellette-Kuntz, H., Kerr, M., Méridieu-Côté, J., & Clark, M. (2011). *La santé des personnes présentant une déficience intellectuelle au Québec*. Repéré à http://care-id.com/wp-content/uploads/2011/11/pr%C3%A9sentation_ACREDI_20111018.pdf
- Ninot, G., Bilard, J., & Delignières, D. (2005). Effects of integrated or segregated sport participation on the physical self for adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 49(9), 682-689.
- Ninot, G., Bilard, J., Delignières, D., & Sokolowski, M. (2000). Effets of integrated sport participation on perceived competence for adolescents with mental retardation. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 17, 208-221.
- Olympiques Spéciaux (Special Olympics). (2012). *Coaching Guide*. Repéré à http://sports.specialolympics.org/specialo.org/Special_/English/Coach/Coaching/Basics_o/Persons_.htm
- Ordóñez, F. J., Rosety, M., & Rosety-Rodríguez, M. (2006). Influence of 12-week exercise training on fat mass percentage in adolescents with Down syndrome. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 12(10), CR416-CR419.
- Organisation des Nations Unies. (2007). *De l'exclusion à l'égalité : réalisation des droits des personnes handicapées*. Genève (Suisse) : Copyright Nations Unies.
- Ouldim, K., Samri, I., Bouguenouch, L., Hamdaoui, H., Otmani, I. E., Hbib, M., Chaouki, S., & Hida, M. (2012). Le syndrome du C ri du Chat: à propos d'une observation. *Pan African Medical Journal*, 11(4), 1-5.
- Özer, D. (2005). A comparison of physical fitness and body awareness between special olympics athletes and non-athletes with intellectual disabilities. *ICHPER - SD Journal*, 41(3), 55-60.

- Özer, D., Baran, F., Aktop, A., Nalbant, S., Ağlamış, E., & 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.
- Rėklaitienė, D., & Požėrienė, J. (2008). Alternation of physical fitness of girls with mental Retardation affected by rhythmic gymnastics. *Education. Physical Training, Sport*, 69, 69-74.
- Saenz, C. (2003). *Friendships of children with disabilities*. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=ED479982&site=ehost-live>
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntix, B. W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., et coll. (2010). *Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports (11th ed.)*. Washington: American Association of Intellectual and Developmental Disability (AAIDD).
- Siperstein, G. N., Glick, G. C., Harada, C. M., Bardon, J. N., & Parker, R. C. (2007). Camp shriver: a model for including children with intellectual disabilities in summer camp. *Camping Magazine*, 80(4), 1-5.
- Siperstein, G. N., Glick, G. C., & Parker, R. C. (2009). Social inclusion of children with intellectual disabilities in a recreational setting. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(2), 97-107.
- Stadnyk, R. (2007). Occupational justice and injustice. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Eds). *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa (ON): CAOT Publication ACE.
- Stadnyk, R., Townsend, E. A., & Wilcock, A. A. (2010). Occupational justice. In C. Christiansen & E. A. Townsend (Eds). *An introduction to occupations: the art and science of living (2nd ed.)*. NJ: Prentice Hall.
- Statistique Canada. (2012). *Enquête sur la participation et les limitations d'activités : profil de l'incapacité au Canada*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/021203/dq021203a-fra.htm>
- Townsend, E. A. (2012). Boundaries and bridges to adult mental health: critical occupational and capabilities perspectives of justice. *Journal of Occupational Science*, 19(1), 8-24.
- Townsend, E. A., & Wilcock, A. A. (2004). Occupational justice and client-centered practice: a dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 75-87.
- Townsend, M., & 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.

- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. Ontario (ON): CAOT Publications ACE.
- Unapei. (2010). *Guide pratique de l'accessibilité : pour vous accompagner dans vos démarches en matière d'accessibilité en faveur des personnes en situation de handicap mental*. Repéré à <http://www.unapei.org/IMG/pdf/GuideAccess.pdf>
- Van de Vilet, P., Rintala, P., Fröjd, K., Verellen, J., Van Houtte, S., Daly, D. J., & Vanlandewijck, Y. C. (2006). Physical fitness profile of elite athletes with intellectual disability. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 16(6), 417-425.

ANNEXE A

Lettre de recrutement

Bonjour à vous,

Je me nomme Andréanne Bédard et je suis présentement à la maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Je communique avec vous afin de vous inviter à participer à mon étude sur la participation des enfants présentant une déficience intellectuelle à des sports. L'objectif principal de cette recherche est d'explorer les stratégies utiles aux entraîneurs afin de favoriser la participation des enfants ayant une déficience intellectuelle à des activités sportives. Finalement, ces informations permettront de formuler des pistes de stratégies pour les entraîneurs et le personnel dirigeant les équipes sportives. Ceci vise l'augmentation de l'inclusion des enfants présentant une déficience intellectuelle à des activités sportives.

Je vise donc à leur offrir, à eux aussi, l'opportunité de participer et de pratiquer un loisir qui leur procure du plaisir et qui leur permet de s'accomplir.

La cueillette d'information se fera à l'aide d'une entrevue semi-structurée, où il sera possible d'échanger sur le sujet. Cette entrevue sera enregistrée et transcrite intégralement par la suite. Toutefois, pour pouvoir participer, vous devez répondre aux critères suivants :

- 1) Travailler avec des enfants de 1 à 14 ans présentant une déficience intellectuelle.
- 2) Avoir au moins 1 an d'expérience auprès de cette clientèle.

Alors si cette étude vous intéresse et que vous désirez vous joindre à moi pour aider ces enfants, je vous invite à répondre à ce courriel et à me communiquer votre nom et votre numéro de téléphone pour que je puisse prendre contact avec vous.

Je vous remercie à l'avance et au plaisir de communiquer de nouveau avec vous.

Andréanne Bédard
Étudiante à la maîtrise en ergothérapie
Université du Québec à Trois-Rivières
Courriel : andreanne.bedard@uqtr.ca

ANNEXE B
Lettre d'information et de recrutement

LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche s'intitulant : L'étude des stratégies utiles aux entraîneurs afin de favoriser la participation des enfants ayant une déficience intellectuelle à des activités sportives : la perception d'ergothérapeutes.

Andréanne Bédard,
Étudiante à la maîtrise en ergothérapie,
Département d'ergothérapie,
Sous la direction de Marie-Josée Drolet, Professeure au département d'ergothérapie.

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les besoins, les caractéristiques, les méthodes d'apprentissage des enfants présentant une déficience intellectuelle ainsi que les stratégies et les aménagements à effectuer pour permettre leur participation, serait grandement appréciée.

Objectifs

L'objectif principal de ce projet de recherche est : décrire les stratégies utiles aux entraîneurs afin de favoriser la participation des enfants présentant une déficience intellectuelle à des activités sportives. L'objectif général est donc de favoriser la participation sociale et la justice occupationnelle par l'inclusion à des activités sportives des enfants présentant une déficience intellectuelle en offrant des connaissances, des méthodes et des stratégies aux entraîneurs et aux personnels dirigeant les sports réguliers et adaptés. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Il vous est donc demandé de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à prendre part à une entrevue semi-dirigée portant sur la participation sociale à des activités sportives d'enfants ayant une déficience intellectuelle. L'entrevue d'une durée maximale de deux heures aura lieu au milieu de votre choix à un moment qui vous convient. L'entrevue sera enregistrée et retranscrite par la suite.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit maximum 2 heures pour l'entrevue, demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de la participation sociale à des sports des enfants présentant une déficience intellectuelle ainsi que l'augmentation potentielle des opportunités sportives et de la qualité de vie de ces enfants sont les seuls bénéfices directs prévus à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont tenues confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. La confidentialité sera assurée grâce à un nom fictif qui sera attribué à chacun des participants de l'étude. Les résultats de la recherche, qui seront diffusés sous forme d'essai disponible via le site de la bibliothèque de l'Université du Québec à Trois-Rivières, ne permettront pas d'identifier les participants. Finalement, il est possible que des extraits de l'entrevue soient cités dans le texte. Toutefois, les noms fictifs éviteront l'identification du participant.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans le classeur de la directrice de l'essai qui se trouve dans son bureau barré à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les seules personnes qui y auront accès sont moi-même et la directrice de l'essai, Marie-Josée

Drolet. Elles seront détruites 5 ans suite à la fin de la recherche et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Andréanne Bédard à l'adresse courriel suivante : andreanne.bedard@uqtr.ca ou par téléphone au numéro suivant : 819-362-6343.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le Comité d'éthique de la recherche conjointe destinée aux CRDITED et un certificat éthique portant le no CÉRC-0147 a été émis le 28 janvier 2013. Ce projet a aussi été approuvé par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-12-183-06.08 a été émis le 1^{er} octobre 2012.

Pour toute plainte relative au projet de recherche, veuillez contacter le commissaire local à la qualité des services et aux plaintes du CRDITED au numéro suivant (819) 379-7732, poste 238 ou à l'adresse suivante : 3255, rue Foucher, Trois-Rivières (Québec), G8Z 1M6.

Pour toute question relative à vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, veuillez contacter madame Karoline Girard, coordonnatrice à l'éthique de la recherche pour le CÉRC/CRDITED au numéro suivant : 819-376-3984, poste 347 ou par courrier électronique : info@cerc-crdited.ca.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse

Moi, Andréanne Bédard m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet sur les stratégies utiles aux entraîneurs afin de favoriser la participation des enfants ayant une déficience intellectuelle à des activités sportives. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions, à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participante ou participant :	Chercheuse :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

ANNEXE C

Schéma de l'entrevue

Facteurs personnels :

- 1) Selon vous, quels sont les types de déficience intellectuelle qui facilitent ou qui nuisent à l'inclusion des enfants présentant une déficience intellectuelle à des sports?
- 2) D'après vous, quelles sont les caractéristiques principales des enfants présentant une déficience intellectuelle? (capacités, incapacités, aptitudes)
- 3) À votre connaissance, quels sont les besoins principaux des enfants ayant une déficience intellectuelle?
- 4) Selon vous, quelles sont les méthodes d'apprentissage à privilégier avec ces enfants?
- 5) D'après vous, quel niveau d'autonomie et de responsabilité doit être laissé aux enfants dans le quotidien et dans les sports?
- 6) Y a-t-il des éléments relatifs aux facteurs personnels que vous aimeriez ajouter?

Facteurs environnementaux :

- 7) Selon vous, quelles sont les attitudes à privilégier afin de favoriser la participation des enfants ayant une DI et afin de leur permettre de comprendre les règles du sport?
- 8) Selon vos connaissances, quels devraient être les règles dans les activités sportives afin de permettre aux enfants ayant une DI de participer?
- 9) D'après vous, quelles sont les stratégies à utiliser pour que tout se déroule bien dans le sport et avec les autres enfants ? (interactions sociales)
- 10) Selon votre perception, dans quels lieux est-il préférable d'organiser et de pratiquer le sport lorsque des enfants ayant une DI participent?
- 11) À votre connaissance, à quel moment est-il préférable de faire du sport pour ces enfants?

- 12) D'après vous, quels sont les aménagements physiques à effectuer pour permettre à ces jeunes de participer sans danger? (lieu, objets, équipements)
- 13) Selon vous, quels sont les dangers potentiels qui existent pour ces enfants?
- 14) Selon votre perception, quels sont les facteurs sociaux (politiques, normes sociales, règlements, lois) et culturels (croyances, valeurs) qui facilitent ou qui nuisent à l'inclusion des enfants ayant une déficience intellectuelle dans les sports?
- 15) Y a-t-il des éléments relatifs aux facteurs environnementaux que vous aimeriez ajouter?

Justice occupationnelle :

- 16) Quels sont les choix qui sont ou qui peuvent être offerts à ces jeunes dans les sports?
- 17) Quelles sont les opportunités qui sont offertes aux jeunes, soit lors du choix du sport ou dans la vie quotidienne?
- 18) Quelles sont les responsabilités qui sont données aux enfants présentant une déficience intellectuelle dans la pratique d'un sport ou dans la vie quotidienne?
- 19) Quelles sont les meilleures façons pour leur permettre de donner leur avis et de faire leur propre choix?
- 20) Avez-vous d'autres éléments qui vous semblent importants de mentionner eu égard aux stratégies et aux moyens devant être mis en place afin de favoriser la participation des enfants ayant une DI aux activités sportives?
- 21) Selon vous, quels conseils devrait-on donner aux entraîneurs, aux ergothérapeutes, aux parents et même aux politiciens afin d'inclure ces enfants dans les activités sportives?

ANNEXE D
Approbation éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Le 1^{er} octobre 2012

Madame Andréanne Bédard
Étudiante à la maîtrise
Département d'ergothérapie

Madame,

J'accuse réception des documents corrigés nécessaires à la réalisation de votre protocole de recherche intitulé **L'inclusion sociale par le sport d'enfants présentant une déficience intellectuelle : la perception d'ergothérapeutes et d'entraîneurs** en date du 30 septembre 2012.

Une photocopie du certificat portant le numéro CER-12-183-06.08 vous sera acheminée par l'entremise de votre directrice de recherche. Sa période de validité s'étend du 1^{er} octobre 2012 au 1^{er} octobre 2013.

Nous vous invitons à prendre connaissance de l'annexe à votre certificat qui présente vos obligations à titre de responsables d'un projet de recherche.

Je vous souhaite la meilleure des chances dans vos travaux et vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FANNY LONGPRÉ
Agente de recherche
Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche

FL/cd

c. c. M^{me} Marie-Josée Drolet, professeure au Département d'ergothérapie

ANNEXE E
Acceptation éthique du comité CPCAR du CRDITED



*comité de planification et de coordination
des activités de recherche*

Trois-Rivières, le 27 novembre 2012

Andréanne Bédard
2051 rue des Roses
Plessisville (Québec) G6L 3A1

**Objet : Évaluation de la convenance institutionnelle du projet de recherche CPCAR-0106-2012 :
« L'inclusion sociale par le sport d'enfants présentant une déficience intellectuelle : la
perception d'ergothérapeutes et d'entraîneurs ».**

Madame,

Le Comité de planification et de coordination des activités de recherche (CPCAR) a procédé à l'évaluation de la demande précitée. Après analyse du projet soumis et de l'implication demandée au CRDITED, il nous fait plaisir de vous confirmer que votre projet a été approuvé par le ce CRDI.

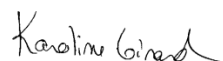
Veuillez noter qu'avant d'entreprendre votre projet de recherche, vous devrez soumettre celui-ci au Comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux CRDITED (CÉRC/CRDITED) afin d'obtenir un certificat de conformité aux normes éthiques. Pour connaître les procédures à suivre, nous vous invitons à contacter le bureau de coordination du CÉRC/CRDITED au 819 376-3984, poste 347.

Après avoir obtenu la certification éthique du CÉRC, nous vous invitons à contacter M. Michel-Robert Masson, au CRDITED afin d'établir les démarches à suivre pour débiter votre collecte de données. Ses coordonnées sont le 819-376-3984, poste 359 ou par courriel à l'adresse suivante : michel-robert_masson@ssss.gouv.qc.ca

En retour, nous apprécierions recevoir une copie des résultats de votre projet de recherche lorsque celui-ci sera complété.

Veuillez recevoir, Madame, nos salutations distinguées.

Bonne continuité dans votre projet de recherche et au plaisir d'accueillir celui-ci.



Karoline Girard
Coordonnatrice du CPCAR
CRDITED, Institut universitaire
819 376-3984, poste 347



ANNEXE F
Acceptation éthique du comité CÉRC du CRDITED



Trois-Rivières, le 7 janvier 2013

Madame Andréanne Bédard
2051 rue des Roses
Plessisville (Québec) G6L 3A1

Objet : Évaluation éthique du projet de recherche CÉRC-0147 : « Étude des stratégies favorisant la participation des enfants ayant une déficience intellectuelle à des activités sportives : la perception d'ergothérapeutes et d'entraîneurs ».

Sites de recherche affiliés au CÉRC/CRDITED : CRDITED

Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux CRDITED (CÉRC/CRDITED) a évalué, en comité plénier votre projet de recherche lors de la réunion du 21 décembre tenue à Trois-Rivières. À cette fin, les documents suivants ont été examinés :

Le formulaire de demande d'évaluation d'un nouveau projet de recherche;

- La lettre de convenance du CPCAR;
- La lettre du CER de l'UQTR;
- Le guide d'entrevue;
- La lettre de recrutement;
- La lettre d'information et de consentement.

Les membres du Comité ont manifesté un bel intérêt pour ce projet. D'un point de vue scientifique, l'objectif est clairement identifié et la description de la procédure est décrite adéquatement. D'un point de vue éthique, il y a un équilibre entre les bienfaits escomptés pour les participants au projet et les inconvénients qu'ils pourraient subir. Toutefois, les membres du CÉRC/CRDITED souhaiteraient obtenir quelques précisions tant au niveau scientifique qu'éthique.

Sur le plan scientifique, il faudrait clarifier la méthode utilisée. En effet, il est inscrit sur le formulaire de demande que la recherche est de type qualitatif avec une méthode d'analyse phénoménologique, tandis que d'autres fois, il est inscrit qu'elle est descriptive et thématique. Aussi, quant au canevas d'entrevue, les membres du Comité auraient souhaité savoir comment le canevas de l'entrevue été construit. Sur quelles données, quel contexte théorique s'édifie-t-il? Il

aurait été souhaitable de joindre le protocole de recherche à la demande tel qu'inscrit dans les documents à joindre afin que les membres puissent trouver réponse à différentes questions sur le plan scientifique.

D'un point de vue éthique, les formulaires de consentement sont incomplets et certaines informations doivent y apparaître, notamment votre numéro de téléphone pour que les participants puissent vous joindre facilement ainsi que les coordonnées du CÉRC et du commissaire à la qualité et aux plaintes du CRDITED.

Le Comité approuve votre demande conditionnellement à ce que :

- Soit clarifiée la méthode d'analyse des données : descriptive, phénoménologique ou thématique;
- Soit justifié le contenu du canevas d'entrevue. Sur quel contexte théorique s'appuie-t-il? ;
- Soit ajouté sur le formulaire de consentement un numéro de téléphone pour vous joindre facilement à la rubrique « Responsable de la recherche »;
- Soit ajouté sur le formulaire de consentement à la rubrique « Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche » et dans cet ordre :

Cette recherche est approuvée par le Comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux CRDITED et un certificat éthique portant le no XXX a été émis le XXX. Ce projet a aussi été approuvé par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-12-183-06.08 a été émis le 1er octobre 2012.

- Pour toute plainte relative au projet de recherche, veuillez contacter le commissaire local à la qualité des services et aux plaintes du CRDITED au numéro suivant XXX ou par courrier électronique XXX.

- Pour toute question relative à vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, veuillez contacter madame Karoline Girard, coordonnatrice à l'éthique de la recherche pour le CÉRC/CRDITED au numéro suivant : 819-376-3984, poste 347 ou par courrier électronique : info@cerc-crdited.ca.

- Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

Je tiens à vous informer que la présente décision a été rendue alors que le quorum était atteint.

Vos réponses et les modifications que vous apporterez à votre projet doivent être acheminées au CÉRC. Les modifications doivent apparaître clairement dans la nouvelle version des documents. Le Comité examinera le tout en mode accéléré et si vos réponses et les modifications apportées sont jugées satisfaisantes, il émettra un certificat de conformité aux normes éthiques à titre d'approbation finale.

En terminant, je vous demanderais de bien vouloir mentionner, dans votre correspondance, le numéro attribué à votre demande par le CÉRC (CÉRC-0147).

Pour obtenir de plus amples informations et pour transmettre les modifications demandées, veuillez vous adresser au bureau de la coordination du CÉRC/CRDITED au numéro 819 376-3984, poste 347.

Veillez recevoir, Madame, mes salutations distinguées.

Anne-Marie Hébert
Présidente du CÉRC/CRDITED

Cc. M. Michel-Robert Masson, CRDITED

ANNEXE G
Opportunités sportives en Mauricie et au Centre-du-Québec

Tableau 11
Opportunités sportives en Mauricie et au Centre-du-Québec

Ville	Opportunités
Trois-Rivières	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Clinique de vélos adaptés chaque année ✓ Clinique de patins ✓ Possibilités de pratiquer le patin à roues alignées, le ski de fond, la raquette et la natation adaptée. ✓ Niveau communautaire (initiation aux sports en milieu régulier) : soccer, basketball, natation et le karaté.
Victoriaville	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Possibilité de pratiquer la natation dans un environnement adapté. ✓ Possibilité de pratiquer le vélo adapté et l'entraînement en salle. ✓ Activité de gymnastique d'éveil. ✓ Niveau communautaire (en bas âge vu l'augmentation ensuite de la complexité des règles et la compétitivité) : soccer.
Drummondville	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ligue de baseball adapté. ✓ Possibilité de pratiquer la natation adaptée. ✓ Activité individuelle comme le vélo adapté.

ANNEXE H
Personnes et fondations pouvant soutenir la participation des enfants ayant une DI à des activités sportives

Tableau 12
Personnes et fondations pouvant soutenir la participation des enfants ayant une DI à des activités sportives

	Rôles
Professionnels	
Médecin	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fournir un suivi médical. ✓ Identifier les contre-indications.
Physiothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Offrir des stratégies pour éviter les blessures.
Kinésiologue	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Permettre l'apprentissage du sport sélectionné.
Orthophoniste	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Offrir des stratégies de communication. ✓ Offrir des stratégies liées à la compréhension des consignes et des règles.
Ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer le développement de l'enfant. ✓ Offrir des stratégies pour faciliter l'inclusion et adapter l'environnement si le besoin est présent.
Éducateur spécialisé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer le développement de l'enfant. ✓ Rencontrer les entraîneurs afin d'expliquer le fonctionnement de l'enfant et ses méthodes d'apprentissage.
Enseignants	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Offrir des stratégies utiles avec l'enfant en question.
Parents	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Faire valoir les droits de son enfant, ce qui n'est pas toujours évident et facile à faire pour eux. ✓ Soutenir leur enfant lors de l'inclusion.
Regroupement de parents	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soutenir les familles et offrir de l'aide afin d'inclure un enfant.
Fondations	
Maurice Tanguay Parrainage du CRDI Canadian Tire Choix du Président	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Offrir un soutien financier aux familles.