



Cette formation
et cet accompagnement
sont cofinancés par l'Union
européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à La Réunion
avec le Fonds social européen plus
(FSE+).



**Cofinancé par
l'Union européenne**

La participation sociale de l'enfant ayant une déficience intellectuelle dans un club sportif ordinaire

**L'intérêt d'un partenariat entre ergothérapeute et éducateur
sportif**

Etudiante : Emilie MAILLOT

Directrice professionnelle : Célia LAURUOL

Directrice scientifique : Jessica BANCALIN

Formatrice référente : Stéphanie TONRU

Mémoire de fin d'études - Diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Promotion 2020-2023

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans la présence de certaines personnes, sur qui j'ai pu compter. Je tiens donc à leur adresser mes remerciements les plus sincères.

Avant tout, j'aimerais adresser une mention particulière à ma directrice scientifique, Jessica BANCALIN et à ma directrice professionnelle, Célia LAURUOL. Leur disponibilité et leur écoute m'ont permis de me sentir guidée dans la rédaction de mon mémoire. Vos conseils m'étaient précieux, et j'en suis reconnaissante.

Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordée !

Ensuite, je remercie toute l'équipe pédagogique de l'IRFE, pour la qualité des enseignements reçus. Merci aux formatrices, particulièrement Stéphanie TONRU, ma responsable pédagogique, pour leur suivi dans la construction de mon identité professionnelle. J'ai également une pensée pour Yasmine VEYRAT, une formatrice joviale, qui m'accompagnait au début de mon parcours. Aussi, j'adresse mes remerciements à Isabelle ZANEGUY, une secrétaire généreuse, qui propageait toujours de la bonne humeur.

Je remercie ensuite mes tutrices et tuteurs de stage, qui m'ont toujours soutenue dans mon parcours. De même, j'adresse mes remerciements à toutes les personnes-ressources de mon mémoire, et à celles qui ont accordé de leur temps dans la relecture.

Je saisis cette occasion pour exprimer ma reconnaissance aux personnes de ma promo, mes futurs collègues. Merci pour ces 3 belles années passées ensemble. Je remercie particulièrement les personnes qui sont devenues de véritables amis, et qui se reconnaîtront.

Pour finir, je souhaite attester de toute ma gratitude à ma mère et mon père, mes piliers de toujours, ainsi qu'à mon amoureux. Ils ont été d'un soutien sans failles durant la rédaction de mon mémoire. Ils m'ont épaulé et réconforté dans les moments difficiles. Je remercie aussi mes proches qui m'ont soutenue et qui ont toujours souhaité le meilleur pour moi.

Enfin, je souhaite également me remercier. En choisissant un thème qui me plaît, j'ai pris du plaisir dans la rédaction, dans le but de le promouvoir. Je me remercie de ne pas avoir abandonné malgré les difficultés rencontrées, et d'avoir cru en moi-même. Cela m'a permis de fournir un travail dont je suis fière.



Cette formation
et cet accompagnement
sont cofinancés par l'Union
européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à La Réunion
avec le Fonds social européen plus
(FSE+).



Cofinancé par
l'Union européenne

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DE BON USAGE DES RESSOURCES

Je soussignée,

Nom : **MAILLOT**

Prénom : **Emilie**

Inscrite en 3^{ème} année à l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie dans
la promotion 2020- 2023, n° de carte d'étudiant : **NJ01081722**,

- Déclare avoir pris connaissance de la charte du bon usage des ressources utilisables dans le cadre des travaux individuels et collectifs.
- Déclare avoir pleinement conscience que le non-respect manifeste des règles édictées dans la charte pourra entraîner l'attribution d'une note égale à 0.
- Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité.
- Certifie n'avoir ni recopié ni utilisé sans les mentionner des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article, mémoire ou tout autre document, disponible en version imprimée et/ou électronique.
- Déclare avoir pleinement conscience de ce qu'est le plagiat.
- Déclare avoir pleinement conscience que tout plagiat est assimilé à une fraude et peut impliquer la saisine du conseil de discipline de l'IRFE et la déclaration de sanctions pouvant aller jusqu'à l'exclusion de l'IRFE.

Date : **10/05/2023**

Signature

DROITS D'AUTEURS



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Cette formation
et cet accompagnement
sont cofinancés par l'Union
européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à La Réunion
avec le Fonds social européen plus
(FSE+).



Cofinancé par
l'Union européenne

AUTORISATION DE DIFFUSION POUR L'IRFE

INSTITUT RÉGIONAL DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

Adresse postale : CS 81010 – 97404 Saint-Denis Cedex

Tél : 0262 90 91 01 – Fax : 0262 90 87 78 – E mail : sec.irfe@asfa.re

AUTORISATION DE DIFFUSION POUR L'IRFE

Je soussigné.e **MAILLOT Emilie** ,
étudiant.e en ergothérapie de l'Institut Régional de Formation en
Ergothérapie de la Réunion (IRFE), auteur.e du mémoire de fin d'étude intitulé :
**La participation sociale de l'enfant ayant une déficience intellectuelle
dans un club sportif ordinaire**

Autorise l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie de la Réunion (IRFE) à
permettre la consultation de mon mémoire manuscrit.

Cette autorisation est donnée dans le cadre de mon Institut Régional de
Formation en Ergothérapie, qui prévoit que les travaux qui auront eu une note à
l'écrit supérieure ou égale à 15/20 par le jury de soutenance dans le cadre du
diplôme d'Etat seront disponible au sein de l'IRFE de Saint Denis.

Fait à **Saint-Denis**

Le **10/05/2023**

Signature



Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds social européen plus (FSE+).



Cofinancé par l'Union européenne

AUTORISATION DE DIFFUSION POUR L'ANFE

INSTITUT RÉGIONAL DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

Adresse postale : CS 81010 – 97404 Saint-Denis Cedex

Tél : 0262 90 91 01 – Fax : 0262 90 87 78 – E mail : sec.irfe@asfa.re

AUTORISATION DE DIFFUSION POUR L'ANFE

Je soussigné.e **MAILLOT Emilie**,

étudiant.e en ergothérapie de l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie de la Réunion (IRFE), auteur.e du mémoire de fin d'étude intitulé :

La participation sociale de l'enfant ayant une déficience intellectuelle dans un club sportif ordinaire

Autorise l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) à :

- Permettre la consultation de mon mémoire sur la plateforme de son site Internet www.anfe.fr
- Permettre le téléchargement de mon mémoire via ce site.

Cette autorisation est donnée dans le cadre de la convention signée entre l'ANFE et l'IRFE, qui prévoit que les travaux qui auront eu une note à l'écrit supérieure ou égale à 15/20 par le jury de soutenance dans le cadre du diplôme d'Etat seront mis en ligne sur le site de l'ANFE par la direction de l'IFE.

Cette autorisation vaut acceptation de renoncer à tout règlement de droit d'auteur concernant la publication et la diffusion numérique dudit mémoire.

Fait à **Saint-Denis**

Le **10/05/2023**

Signature

*" Cela parait toujours impossible,
jusqu'à ce qu'on le fasse."*

Nelson Mandela

PLAN

Introduction	1
1. Cadre théorique	3
1.1. La déficience intellectuelle	3
1.1.1. Définition	3
1.1.2. Causes	3
1.1.3. Sévérité et conséquences	3
1.2. Le sport : une activité de loisir	5
1.2.1. Définition	5
1.2.2. Les bienfaits du sport	6
1.2.3. Législation sport et handicap	7
1.2.4. Etre éducateur sportif	8
1.3. Participation sociale dans les clubs sportifs ordinaire des enfants déficients intellectuels, à travers le modèle de développement humain - processus de production du handicap (MDH-PPH bonifié)	9
1.3.1. Présentation du MDH-PPH	9
1.3.2. La participation sociale des enfants DI en club sportif ordinaire	11
1.3.3. Les facteurs influençant la participation sportive de l'enfant DI	12
1.4. Champ d'actions pour favoriser la participation sociale de l'enfant DI : une triade entre ergothérapeute, parent et éducateur sportif	16
1.4.1. Présentation de l'ergothérapie et de son intervention auprès des enfants DI	17
1.4.2. Le rôle des parents	19
1.4.3. Vers un partenariat entre l'ergothérapeute et l'éducateur sportif ?	20
1.4.4. La sensibilisation aux éducateurs sportifs	21
1.4.5. Développer l'offre sportive : une ouverture des structures vers le "droit commun"	22
2. Problématisation	23
3. Cadre réflexif	25
3.1. Méthodologie	25
3.1.1. Objectifs de l'enquête	25
3.1.2. Présentation de la population	26
3.1.3. Présentation des outils	27
3.1.4. Méthode d'analyse des données	29
3.1.5. Données éthique et protocole au regard de la loi Jardé	30
3.2. Présentation et analyse des résultats	30
3.2.1. Description de l'échantillonnage	30
3.2.2. Présentation des résultats bruts des entretiens avec les éducateurs sportifs	30
3.2.3. Présentation des résultats bruts des entretiens avec les ergothérapeutes	37
3.2.4. Analyse transversale des données recueillies auprès des éducateurs sportifs et des ergothérapeutes	42
3.2.5. Analyse globale de l'étude	44
3.3. Interprétation des résultats	48
3.3.1. La participation sociale de l'enfant DI dans un club sportif ordinaire	48
3.3.2. Le partenariat entre ergothérapeute et éducateur sportif	49
3.4. Discussion	51
3.4.1. Limites de l'étude	52
3.4.2. Perspectives professionnelles	52
Conclusion	55
Bibliographie	57
Table des annexes	62
RÉSUMÉ	85
ABSTRACT	86

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Les causes de la déficience intellectuelle (Pagès, 2017)	3
Figure 2 : Niveau de sévérité de la déficience intellectuelle chez les enfants d'après la DSM-5 (APA, 2013)	4
Figure 3 : Les bienfaits du sport sur la santé selon Poirel (2017)	6
Figure 4 : Les bienfaits de la pratique sportive chez les enfants ayant une déficience intellectuelle, d'après notre enquête exploratoire (2022)	7
Figure 5 : Législation sur la participation des droits des personnes handicapées (Nations Unies, s.d.)	7
Figure 6 : Expériences ressenties par les éducateurs sportifs ayant accueilli un enfant DI, d'après notre enquête exploratoire (2022)	9
Figure 7 : Les composantes du MDH-PPH bonifié (Cloutier, Poulin & Sauvé, 2010)	10
Figure 8 : Les différents niveaux où s'exercent la participation sociale (Lievin, 2015)	11
Figure 9 : Les différents groupes sportifs (Grandisson, Tétreault & Freeman, 2010)	12
Figure 10 : Freins identifiés par les éducateurs sportifs dans la pratique sportive de l'enfant DI, d'après notre enquête exploratoire (2022)	15
Figure 11 : Résumé des principaux facteurs influençant la participation sociale de l'enfant DI en club sportif ordinaire, selon le MDH-PPH	16
Figure 12 : Stratégies favorisant l'autodétermination de l'enfant DI (Wehmeyer, 1996)	18
Figure 13 : Une triade entre l'ergothérapeute, l'éducateur sportif et les parents	19
Figure 14 : Les adaptations proposées par les éducateurs sportifs interrogés dans l'enquête exploratoire (2022)	20
Figure 15 : Résumé de la participation sociale lors de la pratique sportive de l'enfant DI en club ordinaire	22
Figure 16 : Critères d'inclusion des ergothérapeutes	26
Figure 17 : Critères d'inclusion des éducateurs sportifs	27
Figure 18 : Les pôles de questionnement lors de l'entretien avec les ergothérapeutes	28
Figure 19 : Les pôles de questionnement lors de l'entretien avec les éducateurs sportifs	28
Figure 20 : Présentation des éducateurs sportifs interrogés	31
Figure 21 : Présentation des ergothérapeutes interrogés	37
Figure 22 : L'apport de l'ergothérapie dans la pratique sportive en club ordinaire d'un enfant ayant une DI	54
Figure 23 : Modèle biopsychosocial de l'activité physique (Poirel, 2017)	63
Figure 24 : MDH-PPH bonifié (Fougeyrollas, 2010)	64
Figure 25 : Modèle fonctionnel du comportement autodéterminé	65
Figure 26 : Application du modèle PEO de Law et al. en 1996	84

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Réponses des éducateurs sportifs sur les facteurs individuels et environnementaux identifiés lors des entraînements de l'enfant DI, selon le MDH-PPH	32
Tableau 2 : Réponses des éducateurs sportifs sur les adaptations qu'ils ont mis en place durant les séances	33
Tableau 3 : Réponses des éducateurs sportifs sur leur expérience suite à l'accompagnement d'un enfant DI en club	35
Tableau 4 : Réponses des éducateurs sportifs : leur avis sur le partenariat avec l'ergothérapeute	36
Tableau 5 : Réponses des ergothérapeutes sur les troubles que peut présenter un enfant DI	38
Tableau 6 : Réponses des ergothérapeutes sur les facteurs environnementaux qui entrent en jeu dans la pratique sportive d'un enfant DI.	40
Tableau 7 : Réponses des ergothérapeutes sur l'accompagnement de l'ergothérapeute dans la pratique sportive d'un enfant DI	42
Tableau 8 : Réponses des ergothérapeutes sur les limites de leur pratique professionnelle	42

LISTE DES ABREVIATIONS

AAIDD : American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

APA : American Psychiatric Association

DI : Déficience intellectuelle

Enfant DI : Enfant Déficient Intellectuel

Enfants DI : Enfants Déficients Intellectuels

ESMS : Établissements Sociaux et Médico-Sociaux

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MDH-PPH : Modèle de Développement Humain - Processus de Production du Handicap

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCPE : Pôle de Compétences et de Prestations Extériorisées

QI : Quotient Intellectuel

RIPPH : Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

INTRODUCTION

La pratique sportive est rythmée par ses bienfaits et est reconnue comme "facteur de santé et de lien social, vecteur d'éducation et de partage, catalyseur d'émotions individuelles et communes, initiateur de progrès." (Barillet, 2012, p.2). Mais qu'en est-il des personnes ayant une déficience intellectuelle ? Des recherches ont montré que le sport améliore leur santé physique et mentale, mais également leur participation sociale. (Eberhard, 2006 ; Grandisson, Tétréault et Freeman, 2012 ; Hawkins et Look, 2006).

Ayant toujours eu une affinité pour la pédiatrie, je me suis souvent intéressée à l'intégration et à la participation des enfants en situation de handicap, avec leurs pairs, en milieu ordinaire. En effet, le handicap mental, qui est une "conséquence sociale d'une déficience intellectuelle" (UNAPEI, 2010, p.9) est un domaine très vaste. Chaque personne ayant une déficience intellectuelle est différente, avec ses capacités et incapacités qui lui sont propres, et dépendent du contexte de vie. C'est ainsi que je me suis naturellement orientée vers la participation sociale de l'enfant ayant une déficience intellectuelle, en club sportif en milieu ordinaire.

Mon interrogation provient d'une situation qui s'est déroulée dans un club de Muay-Thai, où j'observais un jeune déficient intellectuel s'entraîner avec les autres enfants. A ce moment, bien que j'étais déjà dans les études d'ergothérapie, je n'aurais pas pu supposer qu'il était porteur d'un handicap, car ce que je percevais, c'était sa capacité à réaliser les exercices proposés et non ses incapacités, sa déficience. A la fin de cette séance, j'ai eu l'occasion d'échanger avec le parent de ce garçon, qui m'a révélé qu'il n'a pas été facile pour lui de trouver un club pour son enfant, en raison des appréhensions sur l'intégration de son fils, mais aussi des craintes de l'entraîneur sur l'accompagnement du handicap. C'est suite à cette situation qu'il y a eu une émergence de questions. En tant que future ergothérapeute, je m'interrogeais sur le rôle que nous pouvions avoir dans l'accompagnement de l'enfant ayant une déficience intellectuelle dans la pratique sportive. Lorsque j'observais l'éducateur sportif mener son entraînement, je me demandais comment font les entraîneurs qui n'ont aucune expérience dans le domaine du handicap, et quelles ressources ont-ils pour construire ou adapter leurs séances ?

C'est ainsi que pour mon travail d'initiation à la recherche, je me suis posée comme question de départ : En quoi l'ergothérapeute pourrait collaborer avec un éducateur sportif afin de favoriser la participation sociale d'un enfant déficient intellectuel au sein d'un club sportif, en milieu ordinaire ?

La lutte contre la discrimination ou l'exclusion a toujours été une cause que je défends. Cela s'accroît depuis mes études en ergothérapie. Le sport a, selon moi, un fort potentiel, mais présente encore des obstacles. Avec la loi de 2005, pour "l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées" (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, s.d.)¹, je me dis qu'une législation ne suffit pas et qu'il faut des moyens concrets. J'ai cette volonté de mettre en avant le potentiel de l'ergothérapie, s'articulant autour du réseau sportif en milieu ordinaire.

J'ai pu lire de nombreux écrits mettant en avant les bienfaits du sport sur la déficience intellectuelle. En revanche, j'ai trouvé peu d'études sur les moyens à mettre en place afin de permettre l'accueil de ces enfants en club. C'est pourquoi ce travail d'initiation à la recherche a pour objectif de proposer des stratégies favorisant l'intégration des enfants déficients intellectuels en club sportif ordinaire.

Afin d'étudier cette thématique, je vais m'intéresser dans un premier temps à la déficience intellectuelle dans sa globalité, pour ensuite évoquer le sport et la pratique sportive de ce public. Dans un deuxième temps, je définirai le concept de participation sociale selon un modèle conceptuel, le Modèle de Développement Humain - Processus de Production du Handicap (MDH-PPH) afin d'identifier les éléments qui entrent en jeu dans la pratique sportive de l'enfant déficient intellectuel en club. Pour finir, j'évoquerai les champs d'actions favorisant leur accueil, tout en prenant en compte la triade entre ergothérapeute, éducateur sportif et parents.

¹ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (s.d.). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. Nations Unies. Consulté le 20 août 2022 sur [Convention relative aux droits des personnes handicapées | OHCHR](#)

1. CADRE THÉORIQUE

1.1. La déficience intellectuelle

1.1.1. Définition

La déficience intellectuelle (DI), ou le retard mental, est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un "Arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental" (OMS, 2008), et qui survient au cours de la période de développement, avant les 18 ans. Ainsi, l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD, s.d.) indique qu'il y a une limitation sur :

- le fonctionnement intellectuel : le raisonnement et la pensée abstraite, la résolution de problèmes, la planification, le jugement, l'apprentissage, le langage et la compréhension
- le comportement adaptatif : les habiletés conceptuelles, pratiques et sociales, utilisées dans la vie quotidienne

La prévalence de la DI est d'environ 1% de la population globale en Europe (American Psychiatric Association (APA), 2013), et serait comprise entre 1 et 2% en France (INSERM, 2016).

1.1.2. Causes

Les causes de la DI sont diverses et peuvent être d'origine organique ou non organique (Pagès, 2017). Les anomalies chromosomiques et les facteurs environnementaux (infections, intoxication, etc.) en sont les principales causes. Toutefois, les déficiences intellectuelles idiopathiques² sont majoritaires, comme nous pouvons le voir dans la **figure 1** ci-contre (INSERM, 2016).

Organiques	Génétiques	40%
	Acquises (intra-utérine ; péri-natale ; post-natale)	11%
	Inconnues	34%
Non organiques	Facteurs environnementaux	15%

Figure 1 : Les causes de la déficience intellectuelle (Pagès, 2017)

1.1.3. Sévérité et conséquences

L'APA (2013) indique que la DI correspond à un fonctionnement intellectuel général inférieur à la moyenne, équivalant à un quotient intellectuel (QI) inférieur à 70. Elle est classée en 4 degrés de sévérité, en fonction du QI.

² Déficiences intellectuelles d'origine inconnue.

Cependant, cette classification est de moins en moins utilisée. Premièrement en raison des niveaux peu fiables, particulièrement pour les QI inférieurs à 50, difficiles à évaluer. Deuxièmement, cette classification n'identifie pas le fonctionnement de la personne selon le contexte. C'est pourquoi nous retrouvons maintenant une classification basée sur le QI et sur le comportement adaptatif ³. (INSERM, 2016). En effet, comme relevé dans le DSM-5, "c'est le fonctionnement adaptatif qui détermine le niveau d'assistance requis" (APA, 2013, p.36).

	Domaine conceptuel	Domaine social	Domaine pratique
DI légère 50 ≤ QI ≤ 69	Compétences préscolaires et scolaires acquises mais plus difficiles que les pairs.	Immaturité dans : interactions sociales ; contrôle des émotions et/ou des comportements ; capacité de jugement	Aptitudes à réaliser les soins personnels et participer aux loisirs. Nécessite assistance dans les AVQ plus complexes.
DI moyen 35 ≤ QI ≤ 49	Compétences préscolaires et scolaires acquises de manière lente et limitée.	Langage oral et comportements sociaux moindre que les pairs. Relations sociales possibles mais difficultés dans les codes sociaux	Aptitudes à réaliser les soins personnels et participer aux loisirs. Nécessite un temps d'apprentissage plus long et une aide.
DI grave 20 ≤ QI ≤ 34	Compréhension faible du langage écrit et des nombres. Aide majeur dans la résolution des problèmes.	Difficultés dans le langage oral : Phrases simples et limitées. Relations sociales : sources d'aide et de plaisir.	Supervision et/ou aide dans les AVQ. Impossibilité de prendre des décisions responsables. Parfois, comportement inadapté.
DI profonde ≤ 20	Compétences intellectuelles centrées autour du monde physique. Compétences visuo-spatiales parfois limitées	Communication très limitée Expression des émotions et désirs par communication non verbale. Favoriser les relations avec les proches	Dépendance dans les AVQ et gestion de la sécurité, mais peut y participer. Participe aux loisirs avec présence d'un tiers. Parfois, comportement inadapté.

Figure 2 : Niveau de sévérité de la déficience intellectuelle chez les enfants d'après la DSM-5 (APA, 2013)

Ainsi, la DI entraîne des altérations dans la communication, l'utilisation des acquis scolaires, les activités de la vie quotidienne, les aptitudes sociales, la responsabilité individuelle, le travail et les loisirs (APA, 2013). De plus, il peut y avoir des troubles associés à la déficience, tels que les troubles physiques et psychiques (OMS, 2008). La fréquence de ces comorbidités augmente avec le niveau de sévérité de la DI (INSERM, 2016).

En complément, les facteurs environnementaux jouent un rôle important dans les capacités de l'individu. En effet, l'individu aura moins de difficultés et sera

³ Également appelé "fonctionnement adaptatif", il correspond à l'ensemble des domaines conceptuel, social et pratique, qu'effectuent les personnes dans leur vie quotidienne de manière acquise.

plus performant, "dans un environnement où les attentes ne sont pas élevées envers la population dans son ensemble" (OMS, 2001, p.249). L'environnement peut être un élément facilitateur ou, au cas contraire, un obstacle. C'est pourquoi, l'INSERM évoque la DI comme "un problème du fonctionnement (handicap) de la personne dans son environnement" (INSERM, 2016, p.3). Nous parlerons alors de "handicap intellectuel" puisqu'il y a une interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux.

Les lieux sportifs peuvent être un moyen de favoriser la participation sociale des personnes ayant une déficience, puisqu'ils préservent les valeurs sociales (Marcellini, De Leselec & Gleyse, 2003). Vecteur de plaisir et d'interactions sociales sans obligation de finalité olympique, le sport apporte "une valeur ludique, physiologique, psychologique, sociologique, esthétique" (Van Hoyer et Lemonnier, 2020, p.5).

1.2. Le sport : une activité de loisir

1.2.1. Définition

La Charte Européenne du sport définit le sport comme "toutes formes d'activités physiques et sportives" (Comité des ministres, 2001) avec comme objectif "l'expression ou l'amélioration de la condition physique et psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux" (Ibid., 2001). Le sport met en jeu "des aptitudes physiques, techniques, motrices ou perceptuelles" (Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, 2007, p. 13). Il se pratique seul ou en équipe, avec des règles et des objectifs communs, nécessitant parfois des équipements ou des installations précis (Bouttet, 2015).

En France, le Ministère des Sports (s.d.) promeut l'activité sportive comme élément contribuant à la santé, au sein d'un contexte social. Lieu de pratique, le club sportif est un "vecteur de la promotion de la santé" (Van Hoyer et Lemonnier, 2020, p.7) puisque la pratique encadrée du sport vient agir sur les déterminants de santé (physique, mentale et sociale) des individus (Ibid., 2020).

1.2.2. Les bienfaits du sport

Selon Rostan et Lemonnier (2020), le sport permet l'activité physique⁴, apportant un bien-être physique, mental et social. En effet, Poirel (2017) a mis en avant le modèle biopsychosocial de l'activité physique, permettant de démontrer que la pratique d'un sport va au-delà des bienfaits physiologiques (cardiovasculaire, organique, morphologique, etc.) (**Annexe 1**). Ainsi, sur le plan physique, le sport contribue au développement psychomoteur et à la coordination motrice. Ensuite, sur le plan mental, il améliore les fonctions cognitives telles que l'attention et la mémoire, et réduit les signes de stress et d'anxiété, améliorant l'estime de soi. Enfin, sur le plan social, la pratique sportive promeut "la cohésion et l'intégration sociale dès lors qu'elles sont organisées dans un cadre facilitant l'accès à tous et la mixité des publics" (Rostan & Lemonnier, 2020, p.11) et favorise le respect mutuel, le sentiment d'appartenance et les habiletés sociales (Ibid., 2020).



Figure 3 : Les bienfaits du sport sur la santé selon Poirel (2017)

Les bienfaits du sport sont donc considérables. De surcroît, une étude de Hawkins et Look (2006) a montré que les bénéfices du sport sont plus notables pour les personnes déficientes intellectuelles, en raison de leur état de santé plus délicat. En effet, il existe différentes études montrant les bienfaits du sport chez les personnes ayant une DI (Eberhard, 2006 ; Grandisson, Tétreault et Freeman, 2012 ; Hawkins et Look, 2006 ; Carmeli, Orbach, Zinger-Vaknin, Morad, & Merrick, 2008 ; Pérez-Curado & Cuesto- Vargas, 2016), similaires aux bienfaits physique et mental décrits précédemment. En accord avec les données recueillies lors de notre enquête exploratoire, les éducateurs sportifs interrogés mentionnent que les bienfaits du sport chez les enfants DI sont "les mêmes que pour tout le monde". Le bien-être, le développement psychomoteur, la confiance

⁴L'activité physique correspond aux contractions musculaires et à une dépense énergétique, produisant les mouvements corporels (Caspersen, Powell et Christenson, 1985).

en soi, etc.". Aussi, les parents d'enfant DI interrogés évoquent les mêmes bienfaits.⁵

D'un point de vue social, le sport permet à la personne déficiente intellectuelle "d'apprendre à respecter l'autorité et ses pairs, à échanger de l'information sur le jeu, à écouter les consignes et à demander de l'aide" (Grandisson, Tétreault et Freeman, 2012, p.57). En effet, dans notre enquête exploratoire, les parents d'enfant DI interrogés évoquent un "changement dans le comportement" de leur enfant depuis la pratique du sport, notamment dans la "communication" et dans la "participation".

En complément de nos lectures scientifiques, les éducateurs sportifs interrogés dans notre enquête exploratoire ont mentionné d'autres bienfaits du sport chez les enfants DI. **(Figure 4)**



Figure 4 : Les bienfaits de la pratique sportive chez les enfants ayant une déficience intellectuelle, d'après notre enquête exploratoire (2022)

1.2.3. Législation sport et handicap

Dans la convention relative aux droits des personnes handicapées, l'article 30⁶ sur la "Participation à la vie culturelle et récréative, aux loisirs et aux sports" met



Figure 5 : Législation sur la participation des droits des personnes handicapées (Nations Unies, s.d.)

en avant des lois afin de permettre aux personnes handicapées de participer aux activités sportives. **(Figure 5)**

⁵Nous présentons en annexe les questionnaires distribués lors de l'enquête exploratoire (août 2022). **(Annexes 4 & 5)**.

⁶Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (s.d.). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. Nations Unies. Consulté le 20 août 2022 sur [Convention relative aux droits des personnes handicapées | OHCHR](https://www.unhcr.org/fr/fr/refugees-and-asylum-seekers/2018/12/154642222.html)

En faveur des personnes en situation de handicap, les organismes se doivent alors de promouvoir leur participation.

Destiné spécifiquement aux enfants, la Convention relative aux droits de l'enfant reconnaît à l'article 31, que l'enfant a "le droit au repos et aux loisirs, de se livrer au jeu et à des activités récréatives propres à son âge" (UNICEF, s.d.), prenant en compte ses capacités sur les plans mental, psychologique et physique. En 2006, le CRC indique dans son observation relative aux droits des enfants handicapés, qu'il faut "offrir aux enfants handicapés des chances égales de participer à diverses activités [...] sportives. Ces activités doivent être considérées à la fois comme un moyen de s'exprimer et un moyen d'atteindre une qualité de vie satisfaisante" (CRC, 2007 cité par Mission Nationale Accueil de Loisirs & Handicap, 2018, p.100).

En complément de nos lectures, un éducateur sportif que nous avons interrogé dans notre enquête exploratoire évoque le sport comme un "vecteur d'insertion sociale", que tous les enfants ont le droit d'exercer. Il ajoute que "c'est une valeur sportive d'inclure tout le monde, d'ailleurs on est formé pour".

1.2.4. Etre éducateur sportif

L'éducateur sportif "veille à préserver l'intégrité physique et morale des pratiquants" (Barillet, 2012, p.20). Il doit prendre en compte tous les facteurs (discipline sportive, environnement, utilisation du matériel, âge et facteurs personnels des pratiquants), afin de proposer des activités pédagogiques favorisant la participation des individus (Ibid., 2012).

Pour enseigner une activité sportive, il faut être titulaire d'un diplôme, défini selon le Code du sport, garantissant l'aptitude à réaliser son activité en sécurité. Conformément à l'Article L211-7 du Code du sport, "les programmes de formation des professions des activités physiques et sportives comprennent un enseignement sur le sport pour les handicapés." (Légifrance, 2022). Ainsi, les éducateurs sportifs disposent des prérequis afin d'accueillir et d'encadrer les personnes en situation de handicap. Certains éducateurs sportifs que nous avons questionné au cours notre enquête exploratoire disent qu'ils ont reçu une approche sur le handicap à travers une sensibilisation par des intervenants. Cependant, une majorité d'entre eux mentionne un manque de formation sur le

handicap, entraînant pour la plupart d'entre eux des difficultés dans l'accompagnement de l'enfant en situation de handicap. C'est par ce constat que la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Centre recommande de "suivre des formations complémentaires qui sensibilisent à l'accueil et à la prise en charge d'un public en situation de handicap" (Barillet, 2012, p.21). Les éducateurs sportifs interrogés dans notre questionnaire partagent le même avis et évoquent la nécessité d'avoir un complément de formation dans ce domaine lors de l'obtention du diplôme. Un des répondants nous dit que "n'étant pas qualifié, il n'est pas facile de répondre à une demande pour laquelle je suis rarement confronté".

Au cours de notre enquête exploratoire, nous avons recueilli les expériences vécues par les éducateurs sportifs ayant accueilli un enfant DI au sein de leur club. Ils évoquent un partage enrichissant tant pour l'enfant que pour l'entraîneur. **(Figure 6)**



Figure 6 : Expériences ressenties par les éducateurs sportifs ayant accueilli un enfant DI, d'après notre enquête exploratoire (2022)

Ainsi, le sport permet à l'individu d'avoir des effets bénéfiques sur sa santé et de s'impliquer dans la communauté (Rostan & Lemonnier, 2020).

1.3. Participation sociale dans les clubs sportifs ordinaire des enfants déficients intellectuels, à travers le modèle de développement humain - processus de production du handicap (MDH-PPH bonifié)

L'utilisation des modèles généraux permet une approche holistique de la situation de handicap, facilitant alors la communication entre les différents intervenants (Lievin, 2015).

1.3.1. Présentation du MDH-PPH

Dans le cadre de notre étude, nous utiliserons le MDH-PPH bonifié, développé par Fougeyrollas en 2010 **(Annexe 2)**. C'est la version modifiée du MDH-PPH, proposé par le même auteur en 1998.

Le MDH-PPH est un "modèle conceptuel qui vise à documenter et expliquer les causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne" (RIPPH, s.d.)⁷. Il s'applique à toutes les personnes ayant des incapacités dans une situation donnée. Ce modèle a le mérite d'être "un modèle positif : la responsabilité du handicap n'est pas attribuée à la personne mais à la société" (Lievin, 2015, p.49).

Dans ce modèle, la **situation de participation sociale** est définie comme "la pleine réalisation d'une habitude de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les facteurs identitaires, les systèmes organiques et les aptitudes) et les facteurs environnementaux" (Cloutier, Poulin & Sauvé, 2018, p.173). Ainsi, lorsque des individus ne sont pas en situation de participation sociale, ils sont en situation de handicap, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent réaliser leur activité comme leur pair.

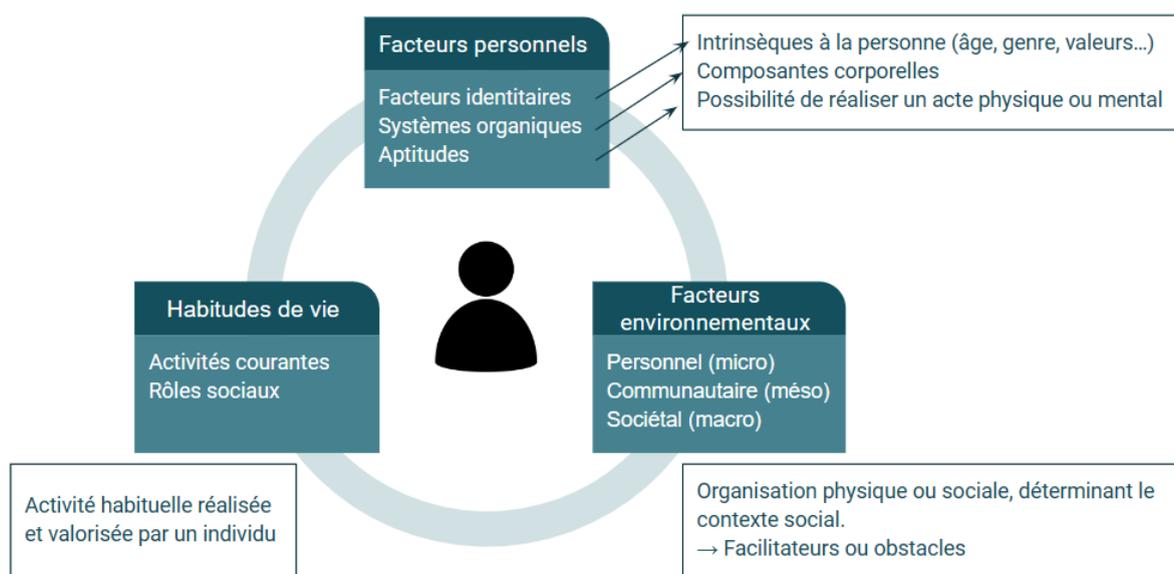


Figure 7: Les composantes du MDH-PPH bonifié (Cloutier, Poulin & Sauvé, 2010).

L'utilisation de ce modèle nous permet d'analyser la participation sociale de l'enfant DI au sein d'un club sportif, avec une approche globale. De plus, son interdisciplinarité nous permet d'avoir un langage commun entre tous les professionnels intervenants autour de l'enfant, notamment l'éducateur sportif.

⁷ Consulté sur [Le modèle - RIPPH](#)



Figure 8 : Les différents niveaux où s'exercent la participation sociale (Lievin, 2015)

La participation sociale est un concept dynamique, "à la fois individuel et collectif" (Lievin, 2015, p.102) (**Figure 8**). Levasseur et ses collaborateurs vont au-delà de la définition du MDH-PPH et la définissent comme "l'engagement dans des activités qui permettent d'interagir avec d'autres personnes dans la société ou la communauté" (Levasseur et al. 2010, cité par Poriel, 2019, p.117). Castelein (2012) détermine la participation sociale comme une réciprocité entre l'individu et la communauté, avec des responsabilités appartenant à chacun.

Dans ce concept de participation sociale, nous parlons également de l'autonomisation, ou d' "empowerment". C'est une notion qui promeut l'autonomie, où l'individu est en mesure de prendre les décisions qui le concerne (Cavalieri & Almeida, 2018). Il est alors confronté à sa capacité d'agir et d'être "auteur de son devenir" (Poriel, 2019). Pour ce faire, il faut pouvoir accorder cette place à l'individu, pour la réalisation de ses habitudes de vie et garder le contrôle de sa vie (Ibid., 2019).

*Résumé : La **participation sociale** est la réalisation d'une activité au sein d'une communauté par un individu. Elle naît du désir d'engagement social (composantes individuelles) et du soutien apporté par la communauté (opportunités offertes par son environnement). La réalisation de cette activité permet à l'individu d'être dans un processus d'empowerment.*

Favoriser la participation sociale, c'est apporter une réponse individualisée à chacun, selon le contexte. Pour ce faire, il faut savoir accorder la parole aux personnes concernées, et les inclure dans les décisions à entreprendre (Castelein, 2012).

1.3.2. La participation sociale des enfants DI en club sportif ordinaire

Une étude sur l'inclusion des enfants DI nous montre qu'ils participent moins à des activités de loisirs que leurs pairs (Sallafranque St-Louis, Normand, Ruel, Moreau & Boyer, 2012). C'est pourquoi nous pouvons dire que la participation sociale est encore aujourd'hui un enjeu important pour les personnes ayant une DI.

Différentes études (Wolfensberger 1995; Ninot et al. 2000; Castagno 2001; Eberhard 2006; Roswal & Damentko 2006 ; Norins et al., 2008; Siperstein et Hardman, 2001, 2006; Wilhite et Kleiber, 1992 citées par Grandisson, Tétreault & Freeman, 2010) ont montré que le sport permet d'améliorer leur participation sociale. En accord avec les écrits, un éducateur sportif que nous avons interrogé lors de notre enquête exploratoire nous confie que "le sport est un média qui peut avoir les bienfaits de l'inclusion".

Les personnes déficientes intellectuelles peuvent participer de différentes manières, à différents sports (**Figure 9**). Selon le groupe sportif, l'enjeu de la participation et d'intégration sociale ne sera pas le même pour l'individu (Grandisson, Tétreault & Freeman, 2010).

Dans le cadre de notre travail, nous appellerons "club sportif ordinaire", la pratique d'un sport régulier, avec un groupe hétérogène.

Dans notre enquête exploratoire, les éducateurs sportifs interrogés nous indiquent que l'intégration de l'enfant dans un club ordinaire lui permet de "ne pas être mis à l'écart". En effet, le sport apparaît comme "un outil puissant pour faire la promotion de la santé et de la participation sociale des personnes ayant une DI" (Ibid., 2010, p. 61).

Toutefois, de multiples enjeux sont à prendre en compte dans leur participation au sein des clubs sportifs ordinaires.

1.3.3. Les facteurs influençant la participation sportive de l'enfant DI

Nous présenterons ici les facteurs pouvant influencer la participation sociale des enfants DI dans le sport, selon l'étude de Grandisson, Tétreault et Freeman (2010). Il est à noter que ces facteurs peuvent être facilitateurs et obstacles, selon l'individu et le contexte.

Facteurs personnels :

❖ Capacités de l'individu :

- Les habiletés sociales (communication, comportement) : Peuvent limiter les interactions avec l'entraîneur ou les autres sportifs.



Figure 9 : Les différents groupes sportifs (Grandisson, Tétreault & Freeman, 2010)

- Le déficit cognitif : Peut rendre difficile la compréhension des consignes, des stratégies et des exercices.
- ❖ Niveau d'autonomie et d'indépendance de la personne : Relié au concept d'autodétermination⁸, il joue un rôle sur le sentiment d'appartenance de l'enfant au sein du groupe.
- ❖ La motivation : L'intérêt accordé à la pratique du sport passe par le désir d'intégration sociale (se faire des amis par exemple) et par l'aspect signifiant et attractif de l'activité.

Facteurs environnementaux :

→ **Dimension sociale :**

- ❖ Attitudes : Correspondent aux représentations sociales, aux croyances et aux comportements des membres du groupe (entraîneurs et enfants) vis-à-vis des personnes ayant une DI. Ces dernières peuvent se sentir rejetées face à des regards ou des remarques intimidantes. Cela a été mentionné comme un frein par les éducateurs sportifs lors de notre enquête exploratoire, qui mentionnent parfois "le manque de patience et de bienveillance de la part des autres enfants", voire des "moqueries". En revanche, les auteurs (2010) montrent tout de même dans leur étude que les autres enfants sont parfois bienveillants entre eux et favorisent l'intégration des enfants DI dans le sport.
- ❖ Connaissances de l'éducateur sportif sur la déficience : Le sentiment d'auto-compétence de l'entraîneur influence sa volonté d'intégrer une personne ayant une DI dans son club. De plus, des auteurs soulignent le manque de formation des encadrants (Bounaud, Morineaud & Texier, 2017). D'ailleurs, un éducateur sportif interrogé lors de notre enquête exploratoire témoigne que s'il devait accompagner un enfant DI, il aurait une appréhension dûe au manque de sensibilisation lors de sa formation.
- ❖ Caractéristiques du groupe sportif : Correspondent à l'âge et à la composition du groupe. Comme nous l'a indiqué un éducateur sportif lors de notre entretien exploratoire, "l'apprentissage en sport collectif ne sera pas du tout le même que le sport individuel", car les sports individuels

⁸L'**autodétermination** est définie comme la capacité "à agir avec conviction en fonction de son propre esprit ou de sa propre volonté, sans contrainte extérieure exagérée dans le but de déterminer son destin, sa ligne de conduite" (Lachapelle et al., 2022). (**Annexe 3**)

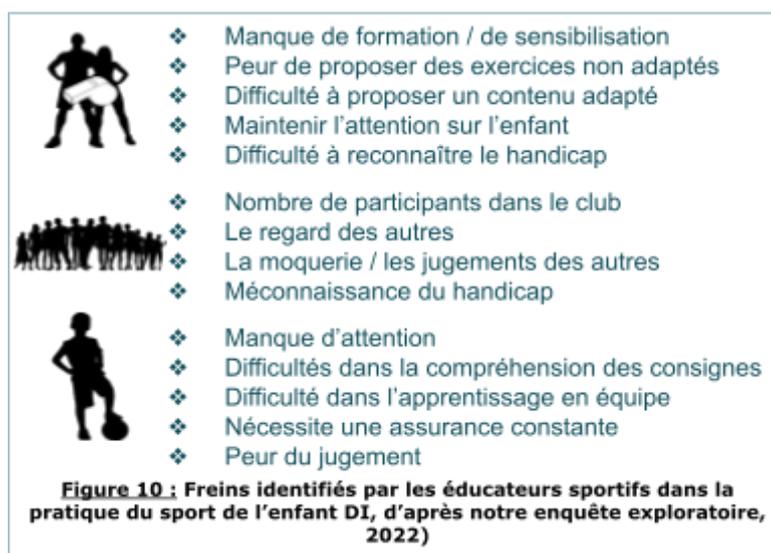
permettraient à l'enfant de se développer à son rythme et d'être en compétition avec lui-même. Un autre éducateur sportif ajoute que le nombre d'enfants dans le groupe est important. "Si un enfant est déficient intellectuellement, il va probablement demander plus d'énergie qu'un autre enfant. Si le nombre d'enfants est trop élevé dans le groupe, il ne pourra peut-être pas avoir l'attention primordiale dont il aurait besoin".

- ❖ Caractéristiques du sport : Font référence aux règles et aux adaptations possibles. Plusieurs éducateurs sportifs de notre enquête nous disent que c'est à eux d'adapter les exercices et leur comportement aux capacités de l'enfant.
- ❖ Soutiens "pragmatiques et pratiques" : Correspondent à l'aide apportée aux personnes ayant une DI par le groupe et les temps d'échange entre les parents et les éducateurs (Verdonschot, De Witte, Reichrath, Buntinx & Curfs, 2009). Les parents interrogés dans notre enquête exploratoire évoquent en effet un temps d'échange nécessaire avec l'entraîneur pour expliquer les particularités de leur enfant et les comportements à adopter. D'autres parents et éducateurs interrogés mentionnent la présence d'un tiers lors des séances de sport, comme un parent ou un éducateur spécialisé. Un répondant nous dit qu'il "semble indispensable d'avoir sur place une figure rassurante pour l'enfant, du moins dans les débuts".
- ❖ Opportunités sportives : Les parents souhaitent avoir plus de connaissances telles que les sessions ouvertes et l'offre d'accueil. Le manque de précisions politiques sur les offres est un réel obstacle accentuant les lacunes du personnel concerné. La Mission Nationale Accueil de Loisirs & Handicap (2018) évoque également un manque d'information aux familles, conduisant à une sorte "d'autocensure". D'ailleurs, tous les parents interrogés au cours de notre enquête exploratoire mentionnent un manque de connaissance sur l'accès au club et sur les aides financières existantes.
- ❖ Implication des parents : C'est la première ressource pour permettre le développement des habiletés sociales de l'enfant (Verdonschot, De Witte, Reichrath, Buntinx & Curfs, 2009). Cependant, certains parents peuvent être réticents en raison :

- Du coût énergétique supplémentaire à l'école, des rendez-vous médicaux, des gestions administratives, etc.
- Des craintes quant à l'intégration et l'accompagnement de l'enfant (Bounaud, Morineaud & Texier, 2017). Lorsque nous avons interrogé les parents n'ayant pas inscrit leur enfant DI en club, ils nous avouent avoir une "peur / appréhension des connaissances de l'entraîneur", qui peuvent rendre difficile la prise en charge de l'enfant. En revanche, d'autres parents ont préféré inscrire leur enfant en club ordinaire que spécialisé afin d'avoir "une meilleure inclusion". Un parent nous dit que sa fille étant en institution la journée, elle souhaite être en milieu inclusif dans ses temps libres.
- ❖ Présence d'un sportif dans la famille : Cela permet à l'enfant d'avoir un modèle, de faciliter son investissement dans le sport. Un parent interrogé au cours de notre enquête exploratoire nous confie que sa fille DI "était dans une démarche de copier son grand frère qui pratiquait un sport".
- ❖ Revue littéraires et scientifiques sur l'intégration sportive : suite à une enquête, les auteurs soulignent un manque d'écrits sur le sujet.
- ❖ Financement : représente un coût financier supplémentaire aux parents.

→ **Dimension physique :**

- ❖ Adaptation des équipements : les adaptations, lorsqu'elles sont pensées, favorisent la participation avec les pairs (Verdonschot, De Witte, Reichrath, Buntinx & Curfs, 2009).
- ❖ Accessibilité : sur la zone géographique et la localisation de la structure.



En complément de nos lectures, les éducateurs sportifs ont été interrogés sur les difficultés qu'ils ont rencontrées lors de l'enseignement d'un sport à un enfant DI. **(Figure 10)**

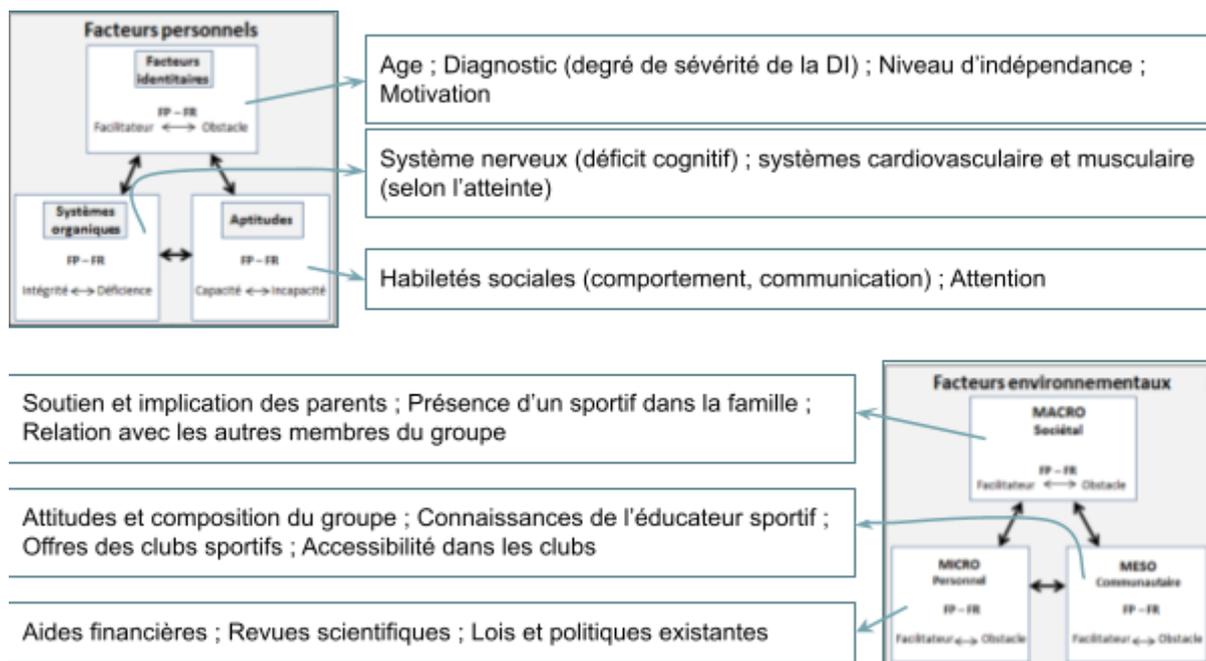


Figure 11 : Résumé des principaux facteurs influençant la participation sociale de l'enfant DI en club sportif ordinaire, selon le MDH-PPH

Avec les données ci-dessus, nous nous apercevons du ratio entre les facteurs individuels et les facteurs environnementaux. Ainsi, "les personnes ayant une DI [...] ne sont pas les seules responsables de leur participation sociale" (Tavares, 2013, p.47).

Toutefois, au cours de notre enquête exploratoire, un éducateur sportif nous dit que "si tout le monde s'y prête, il n'y a pas de frein en soi dans le sport". Ainsi, nous allons voir quels peuvent être les champs d'actions permettant la participation sociale lors de la pratique sportive de ce public.

1.4. Champ d'actions pour favoriser la participation sociale de l'enfant DI : une triade entre ergothérapeute, parent et éducateur sportif

Comme nous l'avons vu précédemment, pour les personnes déficientes intellectuelles, les loisirs, tels que le sport, sont des "occasions privilégiées pour conserver les capacités, générer des liens sociaux et des bénéfices sur la santé physique et mentale" (Specht, King, Brown & Foris, 2002 cité par Cantin, 2020, p.96). Cependant, certains moyens nécessitent parfois d'être proposés, afin que l'individu puisse pratiquer le sport efficacement, comme ses pairs (Ibid., 2020). Ces moyens peuvent être de la rééducation ou "l'éducation des athlètes, des

parents, des entraîneurs et des spectateurs, sur le potentiel des personnes ayant une DI” (Grandisson, Tétreault & Freeman, 2010, p.60).

1.4.1. Présentation de l’ergothérapie et de son intervention auprès des enfants DI

L’ergothérapeute est un professionnel de santé du secteur sanitaire et social.

“Exerçant au sein d’équipes pluri professionnelles, il est un intervenant incontournable dans le processus de réadaptation, d’adaptation et d’intégration sociale des personnes en situation de handicap ou en perte d’autonomie. En tant que spécialiste du rapport entre l’activité et la santé, il s’attache à rendre possible l’activité pour la personne en situation de handicap.” (Heddebaut & Denayer, 2015, p.433).

Il intervient dans les occupations de la personne, notamment le sport, afin de permettre une participation et une intégration optimale (Fievez-Moreau, 2010).

Accompagnement dans la déficience intellectuelle : Les ergothérapeutes, par leur vision bio-psycho-sociale⁹, “sont donc outillés pour offrir des services personnalisés aux personnes avec une DI [...] afin de favoriser leur participation sociale” (Beaudoin, Gauthier-Boudreault, Gagnon, St-Cyr & Couture, 2015, p.105). Ainsi, le professionnel peut intervenir à différents niveaux :

- ❖ La rééducation des habiletés nécessaires à la pratique sportive : Le professionnel favorise les conditions idéales d’apprentissage pour permettre la pleine participation des personnes dans la société. Pour ce faire, il met à disposition des bénéficiaires les ressources nécessaires, en proposant des moyens spécifiques de rééducation ou de stimulation (Ibid., 2015). La rééducation a pour finalité l’indépendance fonctionnelle, afin de mobiliser efficacement ces habiletés dans la vie quotidienne (Mazeau, 2018).
- ❖ Agir sur l’autodétermination¹⁰ : Comme nous l’avons vu précédemment, le soutien et les occasions de l’environnement favorisent l’autodétermination

⁹ Vision qui consiste à prendre en compte l’ensemble des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux d’un individu.

¹⁰ Cf. **Annexe 3**

de l'enfant DI, jouant un rôle crucial sur sa participation sociale. Wehmeyer définit 4 composantes de l'autodétermination (Wehmeyer, 1996, cité par Geurts, Rinaldi, Franquet & Haelewyck, 2020) (**Figure 12**).

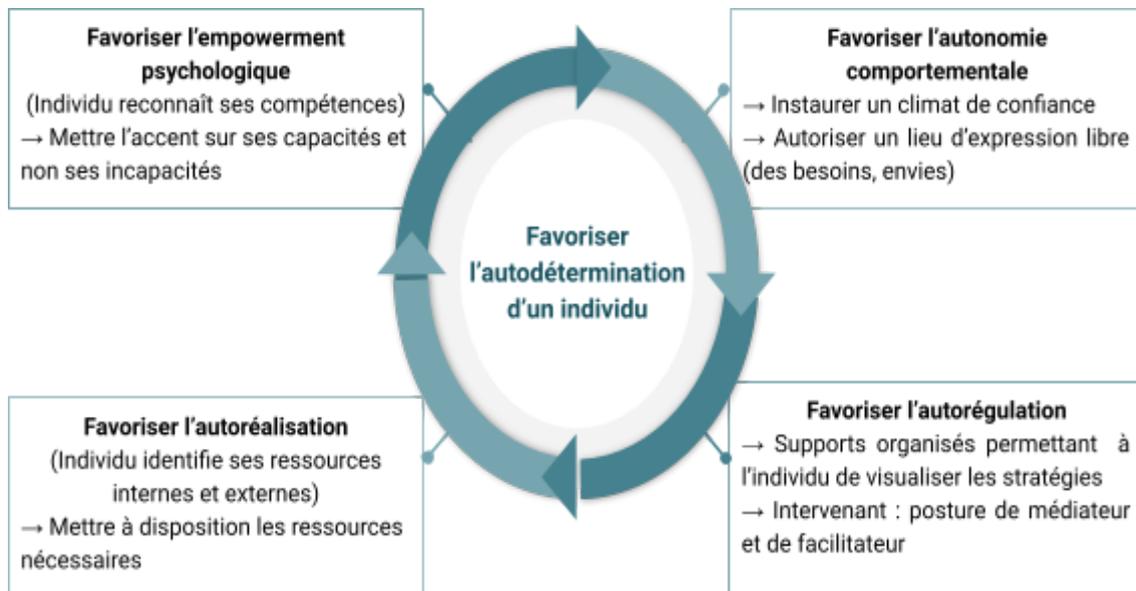


Figure 12 : Stratégies favorisant l'autodétermination de l'enfant DI (Wehmeyer, 1996)

- ❖ Proposer un plan d'intervention individualisé : Afin d'aider l'enfant à réaliser les activités sportives et à progresser dans le domaine, il faut savoir adapter les interventions en fonction du bénéficiaire. Pour ce faire, l'ergothérapeute peut effectuer :
 - une analyse de l'activité sportive et/ou
 - une analyse fonctionnelle des capacités de l'individu au sein de cette activité, à travers des bilans, des observations ou encore des mises en situation (Boulaud, Morineaud & Texier, 2017).

Le potentiel de l'activité permet la motivation de l'enfant, qui correspond au "processus d'engagement de la personne dans ses activités" (Lievin, 2015, p.201). C'est pourquoi, la manière de présenter et d'exercer les mouvements liés à la pratique de l'activité sportive est importante, car il faut que l'enfant ressente du plaisir (Boulaud, Morineaud & Texier, 2017).

Par la suite, avec les données recueillies et selon la compétence 2 du référentiel de l'ergothérapeute¹¹, il peut intervenir sur l'environnement, avec des

¹¹ Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement. [Santé, Protection sociale, Solidarité - N° 7 du 15 août 2010 \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/)

adaptations et des aménagements pour permettre au bénéficiaire de réaliser son activité (Grandisson, Tétréault & Freeman, 2010).

De plus, en ergothérapie, "le travail avec la famille est incontournable pour l'ergothérapeute pédiatrique" (Santinelli, 2010, p.83).

1.4.2. Le rôle des parents

En effet, les parents sont les experts de leur enfant, car ils vivent auprès d'eux et les connaissent mieux que les autres (Camus & Maréchal, 2017). Lors de notre enquête exploratoire, un éducateur sportif nous dit qu'il est "impossible de mettre un nom sur la déficience si le parent ne fait pas la démarche d'information", puisque la déficience ne se voit pas toujours.

Les parents sont alors amenés à collaborer avec l'ergothérapeute et l'éducateur sportif, où chacun d'eux vont agir ensemble avec les ressources dont ils disposent pour parvenir à un objectif commun (Moreau, Robertson & Ruel,

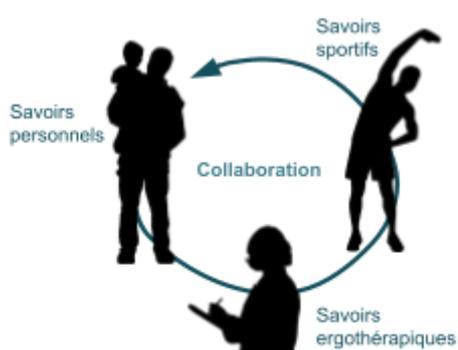


Figure 13 : Une triade entre l'ergothérapeute, l'éducateur sportif et les parents

2005). Les parents apportent des éléments sur les caractéristiques de leur enfant. En retour, ils doivent pouvoir être informés des bienfaits de la pratique sportive, à travers la valorisation d'expériences positives, qui peut être assurée par les éducateurs sportifs ou encore par les autres enfants (Bounaud, Morineaud & Texier, 2017), dans l'optique de leur donner confiance afin de promouvoir les

inscriptions au sein des clubs ordinaires. **(Figure 13)**

Au-delà de cette collaboration basée sur les échanges entre les parents et l'éducateur sportif, "l'ergothérapeute peut s'investir dans le milieu associatif et développer une collaboration constructive avec les pouvoirs locaux" (OMS, 2012, p.300, cité par Lievin, 2015, p.104). En effet, la compétence 9 du référentiel de compétences de l'ergothérapeute¹² incite le professionnel à travailler en réseau, et à collaborer avec les professionnels du secteur social, économique et éducatif, afin d'initier une intervention commune pour le projet de vie du bénéficiaire.

¹² Compétence 9 : Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs. [Santé, Protection sociale, Solidarité - N° 7 du 15 août 2010 \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/)

1.4.3. Vers un partenariat entre l'ergothérapeute et l'éducateur sportif ?

Lorsque nous avons questionné les éducateurs sportifs sur les stratégies qu'ils mettent en place pour favoriser la participation de l'enfant DI dans leur club (**Figure 14**), nous nous sommes aperçu que plusieurs réponses ne sont pas des actions concrètes (par exemple : "trouver" ; "adapter" ; "informer" ; etc.). De ce fait, plusieurs d'entre eux mentionnent une nécessité d'accompagnement et de partenariat avec des professionnels qui peuvent "aider à mieux diriger l'enfant", en trouvant des moyens car "il y a des spécificités et une connaissance des habitudes de vie qui peuvent être difficile à comprendre sans un regard extérieur".

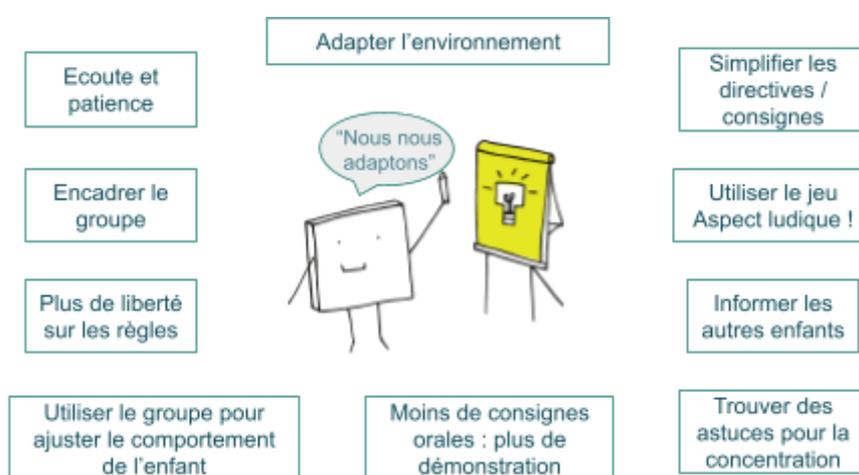


Figure 14 : Les adaptations proposées par les éducateurs sportifs interrogés dans l'enquête exploratoire (2022)

Cette notion de partenariat va au-delà de la simple collaboration. Il est défini comme "l'association de personnes, par la reconnaissance de leurs expertises et de leurs ressources réciproques, par le rapport d'égalité dans la prise de décision [...] et de la priorité des objectifs de réadaptation" (Moreau, Robertson & Ruel, 2005, p.145). De ce fait, "la spécificité de chaque acteur est reconnue" (Monin, 2019, p.356), avec un partage des savoirs (connaissances et compétences), qui permet d'identifier les ressources de chacun. Ce partenariat permet une "démarche communautaire", qui consiste à une participation de tous les acteurs impliqués dans la situation du bénéficiaire (Monin, 2019), favorisant sa participation sociale (Poriel, 2015).

Ainsi, comme le témoigne un éducateur sportif interrogé au cours de notre enquête exploratoire, "l'ergothérapeute connaît plus en profondeur les personnes atteintes d'une déficience et donc en partenariat avec nous, il pourrait beaucoup

apporter dans la manière de construire le plan de la pratique physique selon l'enfant". D'autres mentionnent le partenariat avec l'ergothérapeute comme étant "rassurant" pour eux, leur permettant de les guider pour adapter leur pratique et "faire devenir l'enseignement meilleur".

Un autre éducateur sportif interrogé ajoute que l'ergothérapeute pourrait collaborer avec les éducateurs sportifs pour les sensibiliser au handicap. En effet, selon des auteurs, l'ergothérapeute peut "sensibiliser les pouvoirs publics sur le "processus" de handicap." (Heddebaut & Denayer, 2015, p.433).

1.4.4. La sensibilisation aux éducateurs sportifs

Dans un rapport de 2017 sur l'accès aux clubs sportifs, nous relevons un manque de formation des clubs et des éducateurs sportifs (Bounaud, Morineaud & Texier, 2017). Dans un premier temps, donner accès à une meilleure connaissance du handicap permettrait aux éducateurs sportifs de développer des compétences pratiques. Cela favoriserait alors la réussite de l'enfant DI et rassurerait les parents. D'autre part, les éducateurs formés et/ou sensibilisés développent "un plus fort sentiment de compétence (c.-à-d. une confiance en son travail d'entraîneur)" (Grandisson, Tétreault & Freeman, 2010, p.59).

Dans son rapport mondial sur le handicap, l'OMS (2011) recommande de proposer des formations relatives au handicap, destinées aux intervenants concernés. L'observatoire québécois du loisir propose que cette formation soit assurée par les personnels de réadaptation spécialisés dans la déficience intellectuelle. Il mentionne qu' "il n'y a aucun doute que le dialogue entre savoirs scientifiques et savoirs expérientiels est propice à l'accroissement de l'utilisation des connaissances en matière d'inclusion en loisir." (Carbonneau, St-Onge, Gilbert & Duquette, 2019, p.4). Nous rejoignons ces notions de partenariat et d'action communautaire évoquées plus haut.

En ergothérapie, le professionnel dispose de la compétence 10, "former et informer", lui permettant de transmettre des connaissances, des moyens de communication et des moyens d'apprentissage (Grandisson, Tétreault & Freeman, 2010). L'INSERM (2016) relève que la sensibilisation doit donner des éléments sur les manifestations des signes cliniques et de certains comportements, ainsi que des pistes d'intervention adaptées.

Au-delà de la sensibilisation que pourrait apporter le professionnel, nous pouvons penser aux structures médico-sociales où travaillent des ergothérapeutes.

1.4.5. Développer l'offre sportive : une ouverture des structures vers le "droit commun".

L'empowerment est un élément clef de la participation sociale¹³. L'enfant doit pouvoir choisir le sport qui lui plaît et pour ce faire, avoir accès aux opportunités sportives. Les structures, telles que les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) peuvent promouvoir l'empowerment, en accompagnant les enfants et les familles et ainsi leur permettre de découvrir de nouveaux sports (Bounaud, Morineaud & Texier, 2017). Lors de notre enquête exploratoire, un éducateur sportif indique qu'il est en partenariat avec différents ESMS afin d'être dans une politique plus inclusive. Il organise des sessions découvertes aux enfants de la structure. En retour, il bénéficie de l'accompagnement des professionnels de cette structure pour l'accueil de l'enfant. Cette politique d'actions et d'ouverture vers le "droit commun" a également été évoquée par un membre du PCPE. **(Annexe 6).**

Suite à nos lectures, nous pouvons dire que la participation sociale de l'enfant DI pratiquant un sport en club ordinaire dispose de multiples facteurs à prendre en compte **(Figure 15).**

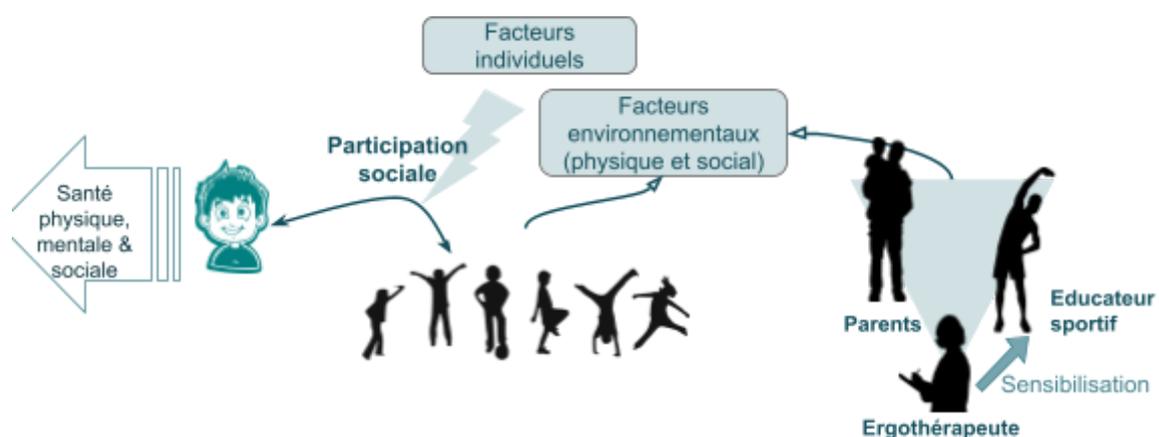


Figure 15 : Résumé de la participation sociale lors de la pratique sportive de l'enfant DI en club ordinaire.

¹³ Cf. Concept d'Autonomisation ou d'Empowerment, p. 11

2. Problématisation

La déficience intellectuelle est une altération du développement, ayant un impact sur le fonctionnement adaptatif de l'individu. L'enfant DI a alors des difficultés dans les domaines conceptuel, pratique et social. Depuis quelques années, les recherches sur la déficience tendent à se développer, et comme nous l'avons vu précédemment, des études ont montré les bienfaits de la pratique sportive sur les plans physique, mental et social de l'enfant DI. Cependant, bon nombre d'entre eux ne pratique pas de sport en club ordinaire en raison des difficultés présentes. Ces difficultés entraînent une limitation de la participation sociale de l'enfant au sein du club.

Dans le cadre de notre étude, il est à noter que lorsque nous évoquons le terme de participation sociale, cela ne correspond pas uniquement à l'enfant réalisant les exercices sportifs, mais également à son accueil au sein du club, son implication dans la pratique du sport et à ses interactions avec les autres.

En effet, dans nos apports théoriques, nous avons vu que la participation sociale se joue à plusieurs niveaux et ne dépend pas uniquement de la déficience de l'enfant. A travers le MDH-PPH, nous avons identifié les facteurs individuels ainsi que les facteurs environnementaux qui influencent la participation sociale de l'enfant DI dans la pratique sportive. Le modèle nous a donc permis de relever les éléments qui peuvent modifier leur implication dans le sport. Cependant, à ce jour, peu d'écrits énoncent les moyens d'actions pour faciliter la pratique du sport de ce public en milieu ordinaire (Aquatias, Arnal, Rivière, Bilard, Callède & al., 2017). La majorité des écrits portent sur les programmes dans les clubs spécialisés et non dans les clubs inclusifs. Comme l'incitent Grandisson et ses collaborateurs dans leur étude (2012), des recherches doivent être menées sur les moyens d'actions favorisant la participation sociale des enfants DI. De plus, ils soulignent que pour ce faire, tous les acteurs doivent être sollicités, avec l'apport de l'expertise de chacun. Ainsi, en tant qu'ergothérapeute, qui est un professionnel de rééducation, de réadaptation et de réinsertion, il a un rôle à jouer afin de favoriser la participation sociale de l'enfant DI en club sportif ordinaire.

Suite à ce besoin soulevé dans les recherches, et des demandes relevées dans notre enquête exploratoire, notamment sur le manque de formation des éducateurs sportifs dans le domaine du handicap et des difficultés à proposer des adaptations, l'objectif de notre étude consiste à identifier les stratégies qui peuvent être proposées par l'ergothérapeute afin de promouvoir la participation sociale de l'enfant DI en club sportif ordinaire.

C'est pourquoi la problématique de cette recherche est la suivante :

Que peut apporter l'ergothérapeute aux éducateurs sportifs afin de favoriser la participation sociale de l'enfant ayant une déficience intellectuelle, dans un club sportif en milieu ordinaire ?

Deux hypothèses, élaborées à partir des données recueillies dans notre enquête exploratoire, vont nous permettre de répondre à cette problématique.

- Hypothèse 1 : L'ergothérapeute peut identifier des stratégies d'adaptation, selon les capacités et les incapacités de l'enfant durant la pratique du sport, afin de les transmettre à l'éducateur sportif.

Cette hypothèse provient de la compétence de l'ergothérapeute à "adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne, du contexte et des exigences requises pour l'accomplissement de l'activité." (Carayon, 2010) Ainsi, l'ergothérapeute qui est en collaboration avec les parents et l'éducateur sportif, leur donne accès aux stratégies identifiées afin que ces derniers les mettent en place avec l'enfant au sein du club sportif.

- Hypothèse 2 : L'ergothérapeute peut réaliser des interventions de sensibilisation auprès des éducateurs sportifs, en leur apportant des connaissances et des conseils sur la déficience intellectuelle.

Cette hypothèse est basée sur les compétences de l'ergothérapeute à former, informer et collaborer avec les différents acteurs. Elle tend à vérifier l'évolution des connaissances des éducateurs sportifs sur la DI, leur permettant par la suite d'accueillir les enfants déficients intellectuels au sein du club. En effet, l'ergothérapeute, qui est un professionnel de santé, a une vision bio-psycho-sociale de l'individu.

3. Cadre réflexif

3.1. Méthodologie

Ce travail d'initiation à la recherche questionne la pertinence d'un partenariat entre ergothérapeute et éducateur sportif à travers la problématique suivante : **“Que peut apporter l'ergothérapeute aux éducateurs sportifs afin de favoriser la participation sociale de l'enfant ayant une déficience intellectuelle, dans un club sportif en milieu ordinaire ?”**. Dans cette partie, nous présenterons le cadre méthodologique utilisé pour répondre à cette problématique et pour vérifier les hypothèses suivantes :

- Hypothèse 1 : L'ergothérapeute identifie des stratégies d'adaptation, selon les capacités et les incapacités de l'enfant durant la pratique du sport, afin de les transmettre à l'éducateur sportif.
- Hypothèse 2 : L'ergothérapeute réalise des interventions de sensibilisation auprès des éducateurs sportifs, en leur apportant des connaissances et des conseils sur la déficience intellectuelle.

3.1.1. Objectifs de l'enquête

Notre travail porte sur le partenariat entre ergothérapeute et éducateur sportif afin d'améliorer la participation sociale¹⁴ de l'enfant ayant une déficience intellectuelle en club sportif ordinaire. En effet, comme nous l'avons vu dans nos recherches littéraires (Grandisson, Tétreault & Freeman, 2010) et dans notre enquête exploratoire, la participation sociale de l'enfant DI est limitée en raison de divers facteurs individuels et environnementaux, vu à travers le modèle du MDH-PPH¹⁵. C'est pourquoi il nous paraît alors judicieux de mener une enquête répondant aux objectifs suivants :

- Identifier les difficultés rencontrées par ce public lors de la pratique sportive
- Identifier les stratégies d'adaptation et d'aménagement qui améliorent la pratique sportive de l'enfant
- Faire un état des lieux des connaissances des éducateurs sportifs sur la DI

¹⁴Pour rappel, **la participation sociale** est la réalisation d'une activité au sein de d'une communauté. Elle résulte des composantes personnelles de l'individu et des composantes sociales de la communauté. Cf. résumé de la participation sociale p.11

¹⁵Cf. Les facteurs influençant la participation sportive de l'enfant DI, pp. 12-15 & figure 11 p.16

- Identifier la représentation des ergothérapeutes sur la participation sociale de l'enfant DI
- Mettre en lumière la pertinence d'un partenariat entre ergothérapeute et éducateur sportif.

"Chaque recherche est une expérience unique qui emprunte des chemins propres" (Campenhoudt & Quivy, 2011, p.121). Ainsi, nous allons nous orienter auprès de deux populations dans le cadre de notre recherche.

3.1.2. Présentation de la population

Le recueil de données se fait auprès de "plusieurs personnes sélectionnées soigneusement, afin d'obtenir des informations sur des faits ou des représentations" (Ketele & Roegiers, 1996, cités par Imbert, 2010, p.24). C'est pourquoi, il nous semble pertinent d'interroger les professionnels directement concernés par ce sujet. Dans un premier temps, nous avons fait le choix de nous entretenir individuellement avec des ergothérapeutes accompagnant des enfants, âgés entre 5 et 17 ans, diagnostiqués déficient intellectuel sans troubles associés, depuis au moins 6 mois. Pour ce faire, nous avons une liste définissant les critères d'inclusion et d'exclusion pour l'éligibilité de l'enquête, afin de choisir soigneusement les ergothérapeutes. **(Figure 16)**

Ces derniers seront sollicités par les adresses mails récoltées auprès des structures où ils travaillent. Ces structures sont des établissements médico-sociaux ou des cabinets libéraux, accueillant un public DI, comme les IME, les SESSAD, les IES, etc.



Figure 16 : Critères d'inclusion des ergothérapeutes

Dans un second temps, nous allons mener un entretien individuel avec des éducateurs sportifs, entraînant les enfants âgés de 5 à 17 ans. Parmi nos critères d'inclusion, les éducateurs sportifs doivent avoir entraîné au moins un enfant ayant une DI dans le club sportif. Ce club doit être un club de sport en milieu ordinaire. Cela nous permettra de recueillir les expériences de chacun d'eux **(figure 17)**. Ces professionnels seront sollicités par les adresses mails que nous

avons récoltées lors de notre enquête exploratoire, ainsi que par appels téléphoniques (des contacts reçus lors d'une investigation sur le terrain). En raison du nombre restreint d'éducateurs sportifs ayant entraîné un enfant DI en club ordinaire, nous n'hésiterons pas à contacter plusieurs clubs sportifs du territoire et à étendre nos recherches à la France Métropolitaine au besoin, afin d'agrandir notre échantillon.



Figure 17 : Critères d'inclusion des éducateurs sportifs

3.1.3. Présentation des outils

Dans une recherche, la collecte de données "consiste à recueillir ou rassembler concrètement les informations prescrites auprès des personnes" (Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 164). Pour ce faire, les outils d'analyse peuvent être des questionnaires ou des entretiens, mettant en lumière les données observables de l'enquête. Pour notre étude, nous nous orientons vers des entretiens. L'entretien aborde un processus d'interaction humaine, permettant de récolter "des informations et des éléments de réflexion très riches et nuancés" (Ibid, 2011, p. 170). Il en existe différentes formes :

- L'entretien directif : les questions abordent des interrogations précises sur le sujet étudié. Cette méthode favorise moins l'expression de l'interviewé.
- L'entretien semi-directif : les questions sont des "questions-guides" où le chercheur laisse venir les mots de l'interviewé "afin que celui-ci puisse parler ouvertement" (Ibid, 2011, p. 171). Le chercheur dispose d'une grille d'entretien qui va lui permettre d'orienter ses questions, afin de tendre vers les objectifs de l'étude.
- L'entretien non-directif : le chercheur pose une question initiale, qui est libre. Ce type d'entretien s'apparente au récit de vie où l'interviewé est libre de s'exprimer sur le sujet. L'entretien est souple avec peu d'interactions, mais les recherches sont approfondies par la suite.

3.1.3.a. Entretien avec les ergothérapeutes :

Au regard de nos objectifs, nous allons mener un entretien semi-directif auprès de 5 ergothérapeutes au minimum, afin "d'analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques" (Sauvayre, 2013, p.7). Les entretiens dureront entre 30 et 60 minutes, et seront dirigés par l'intervieweur grâce à une grille d'entretien (**Annexe 7**). Les ergothérapeutes seront invités à répondre à plusieurs pôles de questionnements (**Figure 18**).¹⁶



Figure 18 : Les pôles de questionnement lors de l'entretien avec les ergothérapeutes

3.1.3.b. Entretien avec les éducateurs sportifs :

Nous allons mener un entretien semi-directif, de 30 à 60 minutes, auprès d'éducateurs sportifs. Dans la mesure du possible, nous essaierons d'en avoir au moins 5, et dans des sports différents afin d'avoir un échantillonnage pertinent. Cette méthode nous permettra d'analyser le sens que les éducateurs sportifs



Figure 19 : Les pôles de questionnement lors de l'entretien avec les éducateurs sportifs

accordent "aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs" (Sauvayre, 2013, p.7) dans la pratique sportive des enfants DI. L'entretien sera orienté sur plusieurs pôles de questionnements (**Figure 19**), mené par une grille d'entretien (**Annexe 8**).

¹⁶ PS = Participation Sociale (**Figures 18 & 19**)

3.1.3.c. Déroulé des entretiens :

Pour favoriser le bon déroulement des entretiens, nous porterons une attention particulière au cadre, car comme le témoignent Blanchet et Gotman (2010, cité par Fenneteau, 2015), l'environnement où se déroule l'entretien a son importance, afin d'éviter les biais des réponses. Ils décrivent l'importance :

- Du "choix du lieu et du moment" : lorsque nous contacterons en amont les participants, nous leur proposerons de choisir le créneau horaire qu'ils souhaitent (en accord avec nos disponibilités). Pour le lieu, nous veillerons à ce que l'entretien se déroule dans un endroit calme et isolé.
- Du "profil de l'interviewer et le contexte humain" : lors des entretiens nous veillerons à être bienveillant et à avoir une écoute active.
- Du "cadre contractuel de l'entretien" : avant le début de chaque entretien, nous faisons un rappel du sujet de notre étude, des objectifs de l'entretien, et une présentation succincte de l'ergothérapie (pour les éducateurs sportifs). Nous rappellerons ensuite la durée approximative de l'entretien, et mentionnerons que ce dernier est enregistré (avec notre téléphone personnel), sur accord signé de l'interviewé. Enfin, nous rappellerons que l'entretien respecte l'anonymat et que l'interviewé est libre de s'exprimer sur le sujet et d'y mettre fin lorsqu'il le souhaite.

3.1.4. Méthode d'analyse des données

Dans notre étude, les entretiens fournissent des données qualitatives. Ainsi, nous allons procéder à une analyse de contenu. Pour ce faire, il existe deux méthodes : l'analyse par thématique (lecture longitudinale) et l'analyse par comparaison (lecture transversale) (Combessie, 2007). Dans le cadre de notre travail, pour chaque population, nous allons premièrement analyser les résultats par lecture longitudinale, en répartissant les données par pôles de questionnements et par des concepts du MDH-PHH. Dans un second temps, nous procéderons par une lecture transversale en comparant les données des ergothérapeutes et des éducateurs sportifs entre elles, afin d'apporter des éléments de comparaison, et mettre en lumière l'écart des représentations entre les deux professions. Enfin, nous terminerons par une analyse globale des résultats.

3.1.5. Données éthique et protocole au regard de la loi Jardé

Dans le cadre de notre étude, nous enquêtons auprès d'ergothérapeutes et d'éducateurs sportifs, qui sont des professionnels non vulnérables. Ces recherches portent sur les pratiques professionnelles et n'ont pas pour finalité de "modifier la prise en charge du patient" (Pouplin, Chaillot & Chavoix, 2019, p.62), nous sommes donc hors loi Jardé.

3.2. Présentation et analyse des résultats

Nous rappelons ici la problématique de notre travail d'initiation à la recherche : **"Que peut apporter l'ergothérapeute aux éducateurs sportifs afin de favoriser la participation sociale de l'enfant ayant une déficience intellectuelle, dans un club sportif en milieu ordinaire ?"**

Nos résultats tentent de valider ou d'invalider nos hypothèses suivantes :

- Hypothèse 1 : L'ergothérapeute peut identifier des stratégies d'adaptation, selon les capacités et les incapacités de l'enfant durant la pratique du sport, afin de les transmettre à l'éducateur sportif.
- Hypothèse 2 : L'ergothérapeute peut réaliser des interventions de sensibilisation auprès des éducateurs sportifs, en leur apportant des connaissances et des conseils sur la déficience intellectuelle.

3.2.1. Description de l'échantillonnage

Au cours du mois de février et début mars 2023, nous avons réalisé des entretiens auprès de 5 ergothérapeutes et de 6 éducateurs sportifs. Les ergothérapeutes ont été sollicités via leur adresse mail professionnelle, et les éducateurs sportifs via les coordonnées téléphoniques recueillies lors de notre enquête exploratoire, ainsi que sur la liste des clubs sportifs de La Réunion.

Nous allons présenter uniquement les résultats de 5 éducateurs sportifs car, au cours de l'entretien avec l'un d'entre eux, nous nous sommes aperçus qu'il ne correspondait pas aux critères d'inclusion. En effet, ce dernier entraînait des enfants ayant une DI en club de sport adapté et non en milieu ordinaire. Cependant, nous présenterons quelques réponses qui nous semblent pertinentes et qui permettent de nourrir notre réflexion.

Nous présenterons dans un premier temps les résultats bruts des données récoltées, et ferons une analyse longitudinale. Dans un deuxième temps nous

croiserons quelques données entre elles par une analyse transversale. Enfin, nous en ferons une analyse globale des résultats.

3.2.2. Présentation des résultats bruts des entretiens avec les éducateurs sportifs

Les entretiens avec les éducateurs sportifs ont été menés par appel téléphonique et en présentiel, et ont duré en moyenne 33 minutes. Afin de garder l’anonymat, nous appelons les répondants “Educ”. Ils ont tous un diplôme défini par le Code du Sport. Lors de nos recherches, nous avons vérifié qu’ils aient tous déjà entraîné au moins un enfant DI, au sein de leur club sportif. Ces clubs sont en milieu ordinaire, localisés à La Réunion, sur les régions Nord, Est et Ouest.

Nous présentons ici les éducateurs sportifs interrogés. (**Figure 20**)

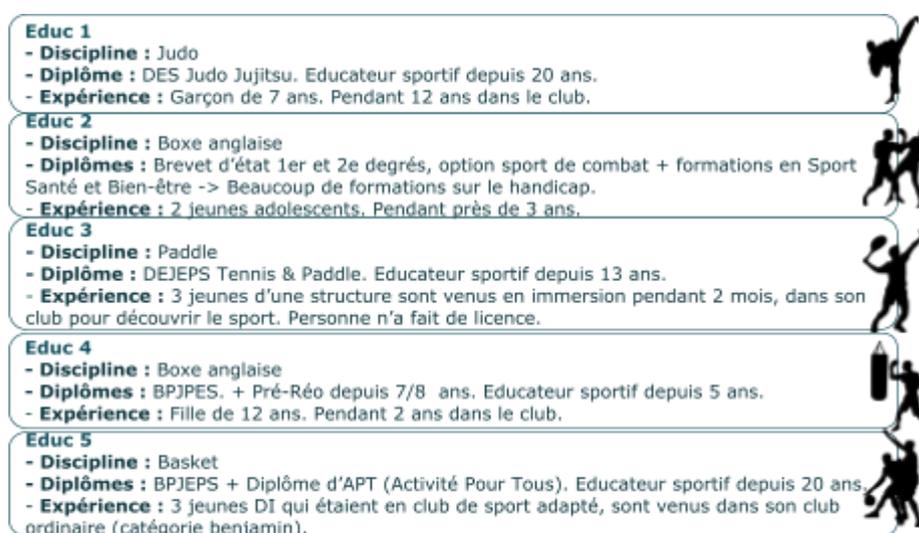


Figure 20 : Présentation des éducateurs sportifs interrogés

3.2.2.a. Les facteurs individuels et environnementaux

Nous identifions ici les capacités et les incapacités des enfants entraînés par les éducateurs sportifs, ainsi que les facteurs environnementaux qu’ils ont pu repérer. Nous avons nous même reclassé les propos des interviewés sur les aptitudes et les facteurs environnementaux selon le MDH-PPH (**Tableau 1**).

Aptitudes liées aux activités intellectuelles (selon le MDH-PPH)	
Attention	Educ 2 "parfois il fabule"
	Educ 3 "très attentif à la démonstration"
	Educ 4 "il fallait tout le temps que j'essaie de la mettre à côté de moi"
	Educ 5 "effacés pendant un petit moment"
Conscience de la structure de son corps	Educ 1 "arrivait bien à mimer ce que je reproduisais" ; "si je lui dis d'avancer son pied gauche, il avance son pied droit"
	Educ 2 "comprendre droite / gauche" ; "je pars dans un sens, ils vont aller de l'autre côté."
	Educ 3 "énormément cherché le mimétisme"
Orientation spatio-temporelle	Educ 2 "entrer dans un ring c'est une difficulté énorme" ; "comprendre le filet"
	Educ 5 "se repérer dans l'espace sur le terrain"
La pensée	Educ 2 "Ils vont mettre du temps, mais vont y arriver." ; "Il ne peut pas raisonner comme"

(réflexion ; analyse ; raisonnement ; exécution ; ...)		nous" ; "Tout ce qui est logique pour eux, c'est parfois pas logique pour nous."
	Educ 4	"pas la même façon d'agir que nous, la même façon de réfléchir que nous"
	Educ 5	"un temps de réaction" ; "ils essaient de comprendre pourquoi" ; "toujours dans l'attente de réponses" ; "Ils observent deux trois fois, ils regardent ce qu'on fait et ensuite ils s'y mettent."
Aptitudes liées au langage (selon le MDH-PPH)		
Expression	Educ 1	"il n'arrivait pas à s'exprimer" ; " Il fallait déchiffrer."
	Educ 2	"pas la parole"
	Educ 3	"parfois des difficultés pour parler"
	Educ 5	"pas le vocabulaire"
Compréhension	Educ 1	"ne comprenait pas tout ce que je disais"
	Educ 2	"difficultés de compréhension"
	Educ 4	"elle avait des difficultés de compréhension."
	Educ 5	"mots qui sont simples pour nous mais compliqués pour eux"
Aptitudes liées au comportement (selon le MDH-PPH)		
Volition (motivation ; initiative ; persévérance ; patience ; ...)	Educ 2	"Lui il va rester, va rester, va rester. Il faudra 3 séances pour arriver à stimuler. " ; "au départ ils ne voulaient pas être dans le groupe" ; "quand ils vont arriver, ils peuvent différer dans leur ressenti, leur motivation"
	Educ 3	"un qui n'a pas voulu du tout participer, pas voulu entrer sur le terrain, complètement désintéressé"
	Educ 4	"elle avait un peu sa façon de penser à elle, c'est-à-dire qu'elle, au tout début elle venait pour maigrir." ; "elle faisait, elle donnait tout, tout de suite, après elle était fatiguée, elle ne voulait plus faire et elle s'asseyait"
	Educ 5	"Leur but à eux, c'est d'être comme nous" ; "ils sont en demande"
	Educ 1	"triste aussi quand il arrivait pas à réaliser quelque chose"
Affectivité (émotion ; estime de soi ; ...)	Educ 2	"s'ils ont pas l'habitude avec l'interlocuteur, des fois ça passe pas." ; "il ne faut pas qu'ils sentent qu'on les a laissé gagner, ils n'aiment pas ça"
	Educ 5	"Le côté anxieux existe plus que la peur."
	Educ 1	"quelquefois il était un peu introverti. Puisque du coup il avait du mal à communiquer avec les autres enfants"
Conduite (responsabilités ; sociabilité ; règles ; ...)	Educ 4	"elle se mettait dans un groupe et elle s'entraînait" ; "bonne dynamique de groupe"
	Educ 5	"respectueux"
	Educ 1	"quelquefois il était un peu introverti. Puisque du coup il avait du mal à communiquer avec les autres enfants"
Aptitudes liées aux activités motrices (selon le MDH-PPH)		
Capacités motrices (mouvements réflexe et volontaire...)	Educ 1	"il a une bonne coordination gestuelle, motrice et tout"
	Educ 2	"il n'arrivait pas à gérer l'effort"
	Educ 3	"pas terrible" "ils ne se déplaçaient pas extrêmement vite, pas très coordonnés"
	Educ 4	"sur les déplacements, tout ça, il y avait des soucis"
Autres		
Connaissances	Educ 2	"c'est l'éveil, la connaissance et il faut les accompagner pour les faire découvrir."
	Educ 4	"venue à un cours d'essai"
La progression des élèves au fil des séances		
Progrès dans les habiletés	Educ 1	"finalement il a progressé" ; "ça s'est bien passé" ; "continue toujours le judo" "allait vers les autres" ; "les autres sont allés vers lui" ; "son élocution s'est améliorée"
	Educ 4	"il y a eu des améliorations" ; "elle a réussi à avoir plusieurs choses, qui sont propres à la boxe" ; "relations avec les autres c'était mieux"
	Educ 5	"ils vivent comme tout le monde" ; "de plus en plus concentré"
Les facteurs environnementaux		
L'éducateur	Educ 2	"expliquer, être capable, donner envie et faire participer tout le monde"
	Educ 4	"c'est à nous éducateur sportif à pouvoir s'adapter"
	Educ 5	"une fois qu'ils s'habituent avec nous, ils ont plus la facilité" ; "relation de confiance"
Les autres enfants du club	Educ 2	"le déficient on le voit un peu bizarre, lui il va être choisi en dernier" ; "entre eux ils s'entraident" ; "Ils se complètent, et c'est un groupe dynamique."
	Educ 4	"mettre les choses au clair avec les autres boxeurs" ; "quand on leur explique des choses, ils comprennent en vrai"
Les parents	Educ 1	"grâce aux parents qui sont à fond derrière" ; "ne m'ont pas tout de suite dit qu'il avait un handicap" ; "pas trop protecteurs non plus" ; "ils me font confiance aussi"
	Educ 2	"Certains sont venus avec les frères ou quoi et ils découvrent comme ça."
	Educ 4	"appeler les parents [...] c'est montrer que l'enfant a des difficultés quelque part"

Tableau 1 : Réponses des éducateurs sportifs sur les facteurs individuels et environnementaux identifiés lors des entraînements de l'enfant DI, selon le MDH-PPH

Nous observons dans ce tableau des points communs et des différences, notamment dans les facteurs individuels. Cela peut se traduire par l'individualité de chacun. Il est à noter que tous les éducateurs sportifs interrogés ont relevé des troubles liés au langage (sur la communication et l'expression).

Certains d'entre eux relèvent une progression de l'élève au fil des séances, lorsque ce dernier est resté un certain temps dans le club.

3.2.2.b. Les adaptations mises en place par les éducateurs sportifs

Nous retrouvons dans le **tableau 2** les adaptations qui ont été mises en place par les éducateurs sportifs, afin de favoriser la pratique sportive de l'enfant en club. Ces adaptations peuvent aussi bien être au niveau de la pédagogie utilisée, au niveau des consignes ou encore au niveau des exercices à réaliser.

Educ 1	"C'était dans la consigne, que je vais utiliser. Pour être plus adaptée." ; "manipuler l'enfant" ; "je demandais à mon assistant, de s'occuper individuellement de l'enfant déficient. Il y avait une individualisation"
Educ 2	"prendre le temps, le temps, le temps sur un mouvement" ; "je fais 3/4 formes d'exercice pour pouvoir changer" ; "J'ai des ballons, des cerceaux, des lancers" ; "jeux de miroir" ; "j'utilise les plots de couleurs, différentes formes pour attirer le regard tout ça" ; "météo au début et à la fin d'une séance pour voir mes élèves" ; ""je viens en individuel si les difficultés continuent"
Educ 3	"J'ai retiré beaucoup d'explications verbales et j'ai été beaucoup plus sur la démonstration" ; "plus de visuel" ; "des exercices qui changent très régulièrement" ; "j'ai adapté les règles"
Educ 4	"je lui disais, écoute, regarde ce que je fais." ; "je lui expliquais la base des déplacements, et je la laissais faire un peu comme elle elle pouvait" ; "Je répétais les choses, je reformulais, j'ai adapté" ; "je l'ai mis avec une fille qui était là depuis un moment déjà" ; "la laisse s'habituer et essayer de trouver des solutions par elle-même" ; "je n'ai pas voulu mettre d'exercices spécifiques en place" ; "j'avais pas envie de la mettre de côté"
Educ 5	"adaptation à certaines consignes" ; "on répète" ; "adapter les mots" ; "jamais donner une consigne sans montrer l'acte visuelle" ; "en stimulant" ; "aiguë de notre voix" ; "je montre la gloire de la réussite" ; "adapter certaines situations à leur situation"

Tableau 2 : Réponses des éducateurs sportifs sur les adaptations qu'ils ont mis en place durant les séances

Nous retrouvons ici une notion qui est utilisée par tous les éducateurs sportifs interviewés, celle de l'adaptation. Elle concerne les consignes et les règles qui sont adaptées (retrouvées dans toutes les réponses). Tous les éducateurs sportifs relèvent qu'ils passent d'abord par un temps d'observation de l'enfant, pour ensuite mettre des "choses" en place. Nous retrouvons également cette notion d'adaptation avec l'Educ 4, qui nous dit à plusieurs reprises qu'il laisse l'enfant s'adapter, pour ne pas se montrer différent des autres.

3.2.2.c. L'expérience des éducateurs sportifs dans l'entraînement de l'enfant ayant une DI

Dans cette partie, nous nous intéressons aux expériences des éducateurs sportifs concernant la pratique sportive de l'enfant DI.

Premièrement, nous les avons interrogés à propos de leurs connaissances antérieures sur la DI. Deuxièmement, nous nous sommes intéressés à la construction de leurs séances. Pour finir, nous les avons questionnés sur leur ressenti personnel lors de l'entraînement de l'enfant DI au sein de leur club (**Tableau 3**).

Connaissances de départ sur la DI		
Formation reçue	Educ 1	"je n'ai jamais été formé sur ce type de public" ; "Il n'y avait pas d'UE sur le handicap."
	Educ 2	"Je me forme" ; "Je prends des livres"
	Educ 3	"je n'ai pas eu de formation là-dessus"
	Educ 4	"on nous apprend à gérer un public au sens global." ; "j'ai pas de formation dessus"
	Educ 5	"cours au CREPS" ; "pas suffisant"
Leurs savoirs sur la DI	Educ 1	"pas du tout" ; "J'ai appris sur le tas."
	Educ 3	"j'ai des connaissances un peu comme tout le monde"
	Educ 4	"J'ai des connaissances empiriques" ; "je ne vais pas pouvoir utiliser des mots"
	Educ 5	"Pas vraiment" ; "par expériences" ; "sur le tas que j'ai appris"
Le déroulé des entraînements		
Ressources personnelles	Educ 1	"j'étais un petit peu démuni" ; "comment je vais faire, pédagogiquement"
	Educ 2	"j'ai pas regardé la fiche technique, pour savoir ce qu'ils ont exactement." ; "les formations, je cherche sur internet et après j'assiste" ; "Je me forme moi même."
	Educ 3	"j'ai essayé de faire mes séances vraiment avec du bon sens" ; "je fais avec les tout petits" ; "avec mes armes personnelles"
	Educ 4	"je me suis beaucoup adapté au niveau de la personne" ; "j'ai pas cherché à fouiller dans la pathologie" ; "chercher par rapport à l'enfant"
	Educ 5	"j'observe" ; "je fais un travail sur moi même"
Ressources familiales	Educ 1	"quand le parent me l'a amené pour la première fois, il ne m'a pas expliqué son handicap"
Ressources extérieures	Educ 1	"l'assistant qui venait me donner un coup de main pour s'occuper individuellement" ; "j'ai pas fait appel à un professionnel de santé"
	Educ 2	"Je travaille aussi avec les médecins, les kinés, de différentes structures."
La construction des séances	Educ 2	"je ne peux pas programmer. Je ne peux pas prendre un tableau et noter un programme aujourd'hui. Car quand ils vont arriver, ils peuvent différer dans leur ressenti, leur motivation"
	Educ 3	"J'ai pas cherché particulièrement à préparer la séance en avance, parce qu'en fait je m'attends à tout et à à rien"
	Educ 5	"il faut s'adapter bien sûr, car l'échec c'est interdit chez nous."
Notion de performance	Educ 2	"C'est pas cette performance là. S'ils arrivent à faire 2 tours de terrain c'est immense là." ; "Le fait de voir les autres, il peut aussi se dire qu' il est capable"
	Educ 4	"J'ai pas essayé de la formater boxe, j'ai plus essayé de la formater par rapport à ce qu' elle pouvait faire. "
	Educ 5	"ce qu'ils demandent, c'est ce qu'on fait normalement avec les valides."
Les ressentis des éducateurs sportifs		
Aisance	Educ 1	"au début j'étais pas à l'aise" ; "appréhension" ; "première fois que j'avais à faire à ce type d'enfant"

	Educ 2	"mon parcours personnel qui fait que je pense comme ça"
	Educ 3	"j'étais assez à l'aise. Alors, après je suis peut être d'une nature aussi à ne pas être trop stressé"
	Educ 5	"je suis assez challengeur" ; "je mûris dans ma tête"
Le retour d'expérience	Educ 1	"c'est ma très grande satisfaction" ; "Voir un enfant grandir"
	Educ 2	"je porte plus d'intérêt et de patience" ; "chaque jour c'est différent" ; "toujours un plaisir"
	Educ 3	"ça s'est bien passé"
	Educ 4	"cette fille ça m'a marqué" ; "première personne en situation de handicap que j'ai eu" ; "c'était plus difficile par rapport à la gestion" ; "m'a appris à ne plus regarder ça [les préjugés]"
	Educ 5	"ils sont très attachants" ; "me disais qu'est-ce que je vais faire avec eux" ; "je me mets à leur place" ; "On s'aperçoit qu' on s'est fait plus peur que eux ils ont peur" ; "j'ai retiré des leçons de vie"
Avis sur l'inclusion	Educ 1	"a ses limites" ; "si le nombre est trop élevé ça peut être compliqué je pense, en termes d'encadrement, de suivi et tout." ; "il faut changer évidemment les mentalités de tous"
	Educ 2	"Y'a trop de préjugés" ; "plus d'informations, de média, de communication" ; "L'accessibilité aussi" ; "c'est des gens comme tout le monde"
	Educ 4	"nous on va les voir en situation de handicap, mais eux, ils ne vont pas y penser" ; "Le sport c'est quelque chose qui aide à l'intégration, si on a les bonnes personnes." ; "il ne faut pas les stigmatiser"
	Educ 5	"ce côté d'entraide, sans faire pitié, d'empathie" ; "je pense qu'on a beaucoup de choses à faire, que de blâmer ces gens là."

Tableau 3 : Réponses des éducateurs sportifs sur leur expérience suite à l'accompagnement d'un enfant DI en club

Concernant les connaissances des éducateurs sportifs sur la DI, nous relevons que tous jugent ne pas avoir reçu une formation satisfaisante. Les savoirs qu'ils ont sur le sujet relèvent de l'expérience professionnelle et personnelle pour certains.

Ensuite, au niveau des ressources humaines utilisées au sein du club, nous observons une différence même entre les éducateurs sportifs. L'Educ 1 a eu l'intervention d'un assistant pour l'aider avec l'enfant qu'il entraînait. L'Educ 2 a des professionnels de santé qui intervenaient dans son club. L'Educ 3 lui n'a pas évoqué d'aide humaine, mais a jugé intéressant de s'aider des autres entraîneurs. Enfin, l'Educ 4 et l'Educ 5 indiquent utiliser la force du groupe et l'entraide des autres enfants. Nous avons relevé que certains éducateurs acceptaient l'intervention des parents, mais ce n'est pas le cas de tous.

Concernant leur ressenti, entraîner des enfants dans leur club sportif a globalement apporté une expérience positive aux éducateurs sportifs et leur a permis de changer leur regard sur la DI.

3.2.2.d. Avis sur le partenariat avec l'ergothérapeute

Durant les entretiens, après avoir bien expliqué ce qu'est l'ergothérapie (domaine d'activités ; axes d'interventions et compétences), nous avons récolté l'avis des éducateurs sportifs sur la collaboration avec l'ergothérapeute, dans un intérêt commun pour l'enfant au sein de leur club. Nous avons également récolté leur avis sur une éventuelle sensibilisation à la DI (**Tableau 4**).

La collaboration avec l'ergothérapeute pour la pratique en club sportif	
Educ 1	je pense que c'est une bonne chose" ; "Ça va faciliter notre travail à nous" ; "facilite la progression du groupe" ; "individualiser vraiment la séance quoi, et le suivi serait plus confortable pour l'éducateur" ; "ça ne me dérangerait pas" ; "professionnel comme vous, qui est compétent et qui est là pour que l'élève puisse s'améliorer oui."
Educ 2	"ça serait intéressant" ; "Dans le but qu'ils deviennent autonomes" ; "c'est important, tout le monde doit travailler ensemble. Tout le monde a son mot à dire" ; "Il y a des choses que je peux faire, il y a des choses que je ne peux pas faire" ; "on fait ensemble. C'est là qu'on va vraiment voir. C'est un moment de partage"
Educ 3	"peut nous apporter des connaissances, des savoirs-être avec ce public là"
Educ 4	"on sait pas ce qui se passe dans son corps, et on a pas les clefs ou les astuces pour pouvoir débloquer des choses. Et quoi qu'il arrive, le mieux c'est d'avoir des personnes qui s'y connaissent." ; "On est professionnel du sport, et on ne peut pas dire qu'on sait tout" ; "si le professionnel qui s'occupe de lui me dis, bah tu vois cette activité là, il vaut mieux essayer de trouver une autre façon de mettre en place plutôt que ça, bah je vais l'écouter. Parce qu'il est tout le temps en contact, il sait."
Educ 5	"On est plus sur le terrain" ; "j'ai pas étudié ça moi" ; "plus valorisant pour nous pour pouvoir les amener à bon port" ; "Vous avez étudié les choses, vous savez quoi faire" ; "compléments en respectant le rôle de chacun" ; "on fait ensemble" ; "on a besoin de plus de gens qui travaillent dans ce milieu là pour nous couvrir" ; "en disant très bien ce que tu fais, mais ça, je te donne cet outil et ça va t'apporter un peu plus" ; "il faut des gens comme vous qui nous disent"
La sensibilisation des éducateurs sportifs	
Educ 1	"Il manque des formations des éducateurs sportifs" ; "on est sensibilisé mais on est pas super bien formé" ; "Ça serait bien sûr intéressant et utile" ; "compatible avec mes heures d'entraînement, de boulot" ; "mon temps libre ne me permettrait pas" ;
Educ 2	"Sensibiliser ! Le mot est clair. Je ne veux pas vous couper mais certains ne veulent pas, parce qu'ils n'ont pas le temps. Mais c'est pas qu'une question de temps mais c'est aussi une question de vouloir."
Educ 3	"au niveau de la ligue réunionnaise de tennis, il n'y a rien. Rien de tout ça ." ; "la participation par exemple d'un ergothérapeute sur les formations pour les futurs moniteurs ou alors sur les formations continues" ; "un plus déjà pour l'accueil, de ce jeune déficient" ; "Comment accueillir" ; "Quelles sont les choses à éviter" ; "tous ces trucs et astuces" ; "en apportant vos connaissances d'ergothérapeute" ; "actuellement je n'ai plus l'occasion"
Educ 4	"Des clefs, pour pouvoir prendre des séances sereinement" ; "savoir comment parler, comment mettre en place les choses" ; "tous ces petits trucs là"
Educ 5	"réunions entre ces 2 métiers" ; "nous donner plus de billes sur le terrain" ; "on nous propose des formations qui sont à moitié complète" ; "professionnels qui viennent à nous" ; "Voilà les outils, etc." ; "je suis très demandeur" ; "ces marmailles là méritent plus" ; "J'ai envie d'apporter ma pierre à l'édifice"

Tableau 4 : Réponses des éducateurs sportifs : leur avis sur le partenariat avec l'ergothérapeute

Nous observons que les éducateurs sportifs sont dans l'ensemble favorables à une collaboration avec un ergothérapeute, dans le but de "favoriser l'intégration"

de l'enfant. Cela s'explique notamment par le manque de sensibilisation au cours de leur formation. L'ergothérapeute, de par ses compétences professionnelles, pourrait partager des savoirs aux entraîneurs. Les éducateurs ont cette notion de "travailler ensemble", pour l'enfant.

Lors d'un entretien, l'Educ 2 nous dit qu'il fait déjà des partenariats avec des professionnels de santé, tels que kinésithérapeutes et médecins. Cela s'explique par l'orientation que prend son club de boxe, avec le label "Sport santé", donc avec une approche du handicap. Il rapporte des bienfaits intéressants grâce à ce partenariat.

3.2.3. Présentation des résultats bruts des entretiens avec les ergothérapeutes

Les entretiens avec les ergothérapeutes ont été menés par visioconférence et ont duré en moyenne 36 minutes. Par souci de confidentialité, nous maintenons l'anonymat et appelons les répondants "Ergo". Ils ont tous une expérience d'au moins 1 an avec les enfants / adolescents ayant une DI, et sont tous localisés à La Réunion. Nous présentons ici les ergothérapeutes interrogés (**figure 21**)¹⁷.



Figure 21 : Présentation des ergothérapeutes interrogés

3.2.3.a. Les facteurs personnels de la participation sociale selon le MDH-PPH
Le **tableau 5** présente les réponses des ergothérapeutes sur les capacités et/ou incapacités retrouvées chez les enfants DI. Elles sont reclassées selon les composantes et les sous composantes du MDH-PPH. Les réponses obtenues sont relatives aux expériences des ergothérapeutes, lors de l'accompagnement des enfants DI en séance d'ergothérapie.

Aptitudes liées aux activités intellectuelles selon le MDH-PPH	
Attention	Ergo 1 "concentration difficile"
	Ergo 3 "problème d'attention"
	Ergo 5 "attention"
La pensée (réflexion ; analyse ; raisonnement ...)	Ergo 1 "exécution" ; "flexibilité" ; "inhibition" ; "persévérer sur deux trois lancers"
	Ergo 2 "inhibition"
	Ergo 3 "exécution"
	Ergo 4 "exécution" ; "inhibition" ; "tout ce qui va être abstrait, la théorie de l'esprit" ; "toutes les fonctions supérieures"

¹⁷ **IES** : Institut d'Education Sensorielle ; **IME** : Institut Medico-Educatif ; **SESSAD** : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile ; **CMPP** : Centre Médico Psycho-Pédagogique

	Ergo 5	"inhibition" ; "rencontre de situations nouvelles" ; "tout ce qui dit fonctions exécutives"
Aptitudes liées au langage selon la MDH-PPH		
Expression	Ergo 2	"trouble du langage" ; "trouble de la communication"
	Ergo 3	"tout ce qui dit parole c'est difficile"
	Ergo 4	"capacité de pouvoir interagir"
Compréhension	Ergo 1	"compréhension des consignes"
	Ergo 2	"trouble de la communication"
	Ergo 4	"capacité de pouvoir interagir" ; "ce n'est pas tant les troubles qui vont impacter sa motivation, c'est plus la compréhension de l'activité"
Aptitudes liées au comportement selon la MDH-PPH		
Volition (motivation ; initiative ; persévérance ; patience ; ...)	Ergo 1	"c'est un peu comme tout le monde"
	Ergo 2	"la motivation de l'enfant, il faut bien cibler ses centres d'intérêts"
	Ergo 3	"la motivation est hyper importante"
	Ergo 4	"la motivation permet de favoriser l'engagement" ; "manquer de persévérance face à certaines difficultés" ; "peut déjà demander beaucoup d'effort à l'enfant" ; "s'ils ne sont pas ok avec ça, ils ne vont pas s'impliquer"
	Ergo 5	"s'ils sont motivés, ils vont tout faire pour réussir"
Affectivité (émotion ; estime de soi ; ...)	Ergo 1	"comment il appréhende"
	Ergo 2	"ça en devient gênant, ça va amener une rupture et derrière il ne voudra plus reprendre une activité sportive"
	Ergo 4	"gestion des frustrations"
	Ergo 5	"les émotions [...] ça peut parfois être très très compliqué"
Conduite (sens des responsabilités ; sociabilité ; respect règles ; ...)	Ergo 1	"acquérir les codes sociaux"
	Ergo 2	"des difficultés à entrer en interaction avec l'autre"
	Ergo 3	"le respect du cadre peut aussi être compliqué selon les profils" ; "côtoyer des jeunes neuro typés"
Aptitudes liées aux activités motrices selon la MDH-PPH		
Fonctions motrices (mouvements réflexes et volontaires ; ...)	Ergo 2	"des fois, il y a des troubles moteurs qui peuvent être associés"
	Ergo 3	"ça dépend" ; "coordination" ; "marche" ; "motricité fine"
	Ergo 4	"les capacités physiques, si il n'y a pas de contre indication"
	Ergo 5	"tout ce qui dit membre inférieur" ; "motricité fine"
Niveau d'autonomie / empowerment		
Aspect signifiant de l'activité	Ergo 1	"est-ce que c'est un enfant qui bouge déjà, qui a besoin de bouger beaucoup ?"
	Ergo 2	"par rapport au centre d'intérêt de l'enfant c'est souvent restreint"
	Ergo 3	"si l'enfant ne voit pas l'intérêt, tu peux mettre en place toutes les stratégies que tu veux, il va décrocher totalement"
Plaisir	Ergo 2	"si l'enfant ne ressent pas de plaisir [...] ça va amener une rupture"
Aisance	Ergo 2	"ça en devient gênant, ça va amener une rupture et derrière il ne voudra plus reprendre une activité sportive"
Degré de DI	Ergo 3	"plus le niveau sera bon, plus ce sera simple de l'intégrer"
	Ergo 5	"tout dépend de la sévérité aussi de la DI" ; "plus l'enfant aura de capacités et plus ce sera facile on va dire de l'intégrer dans le groupe"
Autonomie	Ergo 4	"pouvoir faire un choix de faire un sport"
Connaissance / accès au sport	Ergo 4	"pouvoir avoir accès" ; "s'il ne sait pas que ça existe" ; "carence éducative" ; "stimulation"
Capabilité	Ergo 4	"pouvoir avoir accès à la capabilité. [...] C'est le fait de pouvoir rendre le fait qu'on est capable de."
Autres facteurs identifiés		
Plasticité cérébrale	Ergo 2	"si tu veux mettre en place quelque chose pour qu'un enfant DI puisse apprendre de manière efficace une pratique sportive, c'est qu'il commence le sport depuis assez tôt"
	Ergo 4	"maturité cérébrale"

Tableau 5 : Réponses des ergothérapeutes sur les troubles que peut présenter un enfant DI

Dans ces résultats, nous constatons qu'il y a une multitude de troubles liés aux facteurs individuels. Certaines aptitudes sont citées par tous les ergothérapeutes, telles que la pensée (liées aux fonctions exécutives), et la volition (notamment la motivation). D'autres facteurs ne sont pas évoqués par tous (telles que les fonctions motrices). Cela s'explique par la spécificité des troubles de chaque enfant DI. En effet, comme nous le dit l'ergo 2, "c'est très différent et spécifique à un enfant" car "d'un enfant à l'autre ce ne sont pas les mêmes déficiences". Cette remarque a été soulevée par tous les ergothérapeutes interrogés. L'ergo 1 nous partage même que "c'est assez difficile d'imaginer quelque chose" lorsque la question des troubles a été posée en entretien.

4.2.3.b. Les facteurs environnementaux de la participation sociale selon le MDH-PPH

Nous présentons dans le **tableau 6** les réponses des ergothérapeutes sur les facteurs environnementaux qui entrent en jeu dans la pratique sportive d'un enfant DI. Ces facteurs sont classés en 4 catégories : le groupe sportif, l'éducateur sportif, les parents et les autres facteurs relevés dans les entretiens.

Groupe sportif	
Ergo 1	"ils sont parfois assez jugeant"
Ergo 2	"Tu auras 2 types de groupe" ; "ceux qui vont être sensibilisés par les parents [...] ils pourront aller vers" ; "enfants sont un peu [...] rigides et qui excluent l'enfant"
Ergo 4	"le fait d'appartenir à un club"
Ergo 5	"en fonction de la société et de l'accueil que prodiguent [...] les enfants même du groupe" ; "ça serait un enfant qu'on ne choisit pas directement"
Educateur sportif	
Ergo 1	"est-ce que eux se sentent assez à l'aise d'accueillir" ; "il faut être assez sensibilisé à ce type de population" ; "on peut qualifier ce genre d'enfant entre guillemet de bête"
Ergo 2	"ils ne sont pas formés à la DI" ; "certains clubs de sport sont réfractaires à ça"
Ergo 3	"si tu as un entraîneur qui ne veut pas prendre le temps pour ce jeune là et qu'il le met en échec ça ne va pas marcher"
Ergo 4	"peut-être par manque de formation" ; "trop tendance à renfermer les personnes qui ont des troubles entre eux" ; "notion de performance dans les clubs en fait, et ça peut être ça le problème" ; "faut que le club ait envie de prendre ce temps là" ; "selon comment c'est présenter et expliquer, ça peut être compliqué"
Ergo 5	"très peu ou pas formés sur le handicap" ; "certainement se remettre en question, parfois non"
Les parents	
Ergo 1	"il y a des parents qui ne sont pas sportifs ou alors qui sont amateurs de sport" ; "faudrait que les parents soient investis" ; "organisation par rapport à la vie de famille" ; "faire confiance à une structure externe, non médicale surtout"
Ergo 2	"les parents ne se mettront pas en action" ; "vision qui est un peu déficitaire de l'enfant"
Ergo 3	"les parents" ; "si les parents mettent des freins"
Ergo 4	"L'appréhension de l'environnement familial"
Ergo 5	"L'environnement familial qui peut être parfois un frein" ; "une famille, qui par exemple, le papa qui adore le foot" ; "parfois rester dans un déni"
Autres facteurs environnementaux relevés	
Ergo 2	"il n'y a pas les aménagements nécessaires." ; " Les DI, le problème c'est qu'ils n'ont pas beaucoup de financement." ; "Le pouvoir des actions de famille"

Ergo 3	"le problème c'est le transport"
Ergo 4	"possibilité de pouvoir tester ce sport." ; "sortir d'un milieu médicalisé" ; "peut être trop bruyant qui causent les troubles" ; "le financement pour ce qui est équipement, etc" ; "tout se passe entre institution et en institution" ; "Quand on est en institution, forcément on les définit beaucoup par ses troubles, parce que du coup on est en institution pour ça" "transport , lorsque les parents ne peuvent pas accompagner, quand ils ne sont pas véhiculés, n'ont pas le permis" ; "souvent ce sont des enfants qui ont beaucoup de rendez-vous"

Tableau 6 : Réponses des ergothérapeutes sur les facteurs environnementaux qui entrent en jeu dans la pratique sportive d'un enfant DI.

Lors de l'entretien, l'Ergo 4 nous dit que "c'est aussi l'environnement qui crée le handicap. Car peut-être qu'un enfant qui a des troubles de la DI pour certaines situations aura des difficultés, et peut être qu'en situation de sport il s'en sortirait très bien". Nous retrouvons dans cette partie l'ergothérapeute qui relève beaucoup de facteurs liés à l'environnement et insiste sur cette partie à plusieurs reprises dans l'entretien.

4.2.3.c. Les préconisations d'adaptation et d'aménagement

Dans cette partie, nous retrouvons pour les enfants DI les "outils qui leur permettent de s'adapter" (Ergo 1), afin "qu'ils puissent rester autonomes et seuls pour le faire" (Ergo 3). Les ergothérapeutes ont listé des adaptations pour les aptitudes suivantes :

- Le comportement / les émotions : "grille d'émotion" ; "thermomètre visuel" ; "anticiper la frustration" ; "truc pour qu'il puisse taper dedans" ...
- La communication : "outil de communication" ; "picto ou images parlantes" ; "activité sur une base de relation de confiance" ; "relation intra verbale" ; "utiliser un mot" ; "carte d'identité de communication" ...
- L'attention : "temps adapté" ; "récompenses" ; "time timer" ; "relation duelle" ; "renforçateurs" ; "stimuler" ; "montrer les petits gestes réussis" ...
- La compréhension :
 - guidance verbale : "une consigne à la fois" ; "parler lentement" ...
 - guidance physique : "mimétisme" ; "je l'accompagne à faire" ...
 - canal visuel : "image" ; "support écrit" ; "planning visuel" ; "ritualiser" ; "schéma de l'activité" ; "réglette" ; "fiche d'activité" ...
 - séquencer : "séquençage" ; "étapes" ; "petits objectifs avant d'arriver aux grands" ; "planning" ; "fixer des petits objectifs" ...

L'ergo 2 nous dit qu'il adapte en fonction des capacités de l'enfant, et que c'est "sport dépendant". L'ergo 3 relève qu'il y a "pas mal d'adaptations à faire en fonction des besoins" et qu'elles sont "importantes". L'ergo 4 partage le même avis et nous dit que ça peut être "plein de choses" et que c'est "en fonction du jeune". Nous observons une longue liste de stratégies d'adaptations qui peuvent être mises en place.

4.2.3.d. L'accompagnement de l'ergothérapeute dans la pratique sportive de l'enfant DI

Dans le tableau suivant, nous retrouvons les différents domaines dans lesquels peuvent intervenir les ergothérapeutes. Les réponses recueillies concernent en quoi est-ce qu'ils peuvent agir, afin de favoriser la participation sociale de l'enfant DI dans sa pratique sportive. **(Tableau 7)**

Accompagner lors des séances en ergothérapie	
Ergo 1	"en séance, voir un peu de quoi il est capable et y travailler" ; "Voir qu'est-ce qui l'intéresse" ; "développer l'intérêt" ; "activités de groupe en tout cas dans la structure. Pour déjà développer les codes sociaux du groupe"
Ergo 2	"le négatif, le pointer, l'identifier et pouvoir travailler derrière à l'acquisition"
Ergo 3	"travailler avec lui en amont" ; en rééducation, tu peux cibler en fonction de ses besoins" ; "Tu vois le profil de l'enfant, ce qui l'intéresse" ; "Présenter les différents clubs"
Ergo 4	"L'accompagner par des outils comme l'OT-OC" ; "quel type de sport ils ont envie de faire"
Ergo 5	"entraîner aussi la fonction, pour que ça s'automatise" ; "travailler sur chaque nouvel apprentissage"
Faire une analyse d'activité	
Ergo 1	"faire une analyse en regardant une séance" ; "voir les instants qui peuvent venir favoriser les troubles" ; "par rapport aux troubles repérés, ça nous permettrait d'adapter l'activité"
Ergo 2	"une bonne analyse d'activité pour bien détailler les choses et montrer à quel niveau il y a des difficultés" ; "mettre en place tous les aménagements possibles" ; "sphère aménagements, et adaptations"
Ergo 3	"faire une analyse et après en discuter avec l'entraîneur" ; "adaptations nécessaires"
Ergo 4	"analysant absolument tout en fait. [...] faire un état des lieux de tout, de la personne, environnement et occupation" ; "Le modèle transactionnel de l'occupation, le MTO" ; "voir comment est-ce qu'on pourrait adapter l'activité" ; "préconiser des adaptations"
Ergo 5	"savoir comment ça se passe. Pour savoir qu'est-ce qui est mis en place par l'éducateur" ; "en fonction des capacités de l'enfant, qu'on aurait évalué, [...] faire le lien capacités et activités pour adapter et mettre en place les stratégies nécessaires pour l'activité"
Collaborer avec l'éducateur sportif	
Ergo 1	"premier contact professionnel" ; "faire les présentations" ; "être assez cordiales" ; "proposer de la sensibilisation [...] sur les retentissements sur le jeune" ; "monter une séance en collaboration [...] petit à petit se retirer après deux trois séances"
Ergo 2	"Coordonner" ; "intégrer différents acteurs." ; "partenariat c'est hyper important" ; "sensibilisation [...] la personnaliser en fonction de l'enfant" ; "être une personne ressource"
Ergo 3	" tu dis à l'entraîneur ce que tu as observé ce qui serait bien de faire. Il le fera ... ou pas !"
Ergo 4	"D'échanger avec aussi du coup le prof de sport" ; "être claire sur la situation" ; "nécessite d'être bien clair sur les difficultés" ; "prévenir les difficultés du jeune"
Ergo 5	"faire le point sur bah les situations de handicap et quelles stratégies on pourrait mettre en place pour le futur. [...] de personnaliser et individualiser." ; "ça serait bien qu'on nous accueille en tant qu'ergo dans les groupes de sport"
Sensibiliser les éducateurs sportifs	
Ergo 1	"compétence former et informer [...] On est les professionnels de la vie quotidienne, du coup tout ce qui est trouble, et retentissement dans la vie quotidienne c'est notre boulot" ; "vrai besoin de formation et de sensibilisation aux capacités d'un enfant DI" ; "regards croisés" ; "un travail pluridisciplinaire"
Ergo 2	"c'est inscrit dans notre cadre de compétences" ; "compétence 10" ; "quand on parle de trouble, on a les armes, les outils. [...] notre parole est légitime, dans le sens où on a fait une formation, où on t'explique les troubles. [...] ta parole est reçue, elle est écoutée" ; "manque de connaissance par rapport à la DI" ; "autonomiser et de rendre indépendant l'éducateur par rapport à sa pratique" ;
Ergo 3	"compétences au niveau des adaptations" ; "regard qui est différent" ; "sensibilisation c'est bien pour propager la pensée ergo" ; "notion de partage de savoirs de connaissances. Mais dans le bon sens et de la bonne façon." ; "ils ont des compétences" ; "expliquer que la motivation est plus importante que la stigmatisation"
Ergo 4	"la pratique sportive, c'est une occupation" ; "définir chacun notre langage" ; "communiquer"

	sur les définitions de nos termes au final.” ; “notre vision de performance , c’est pas là même que la leur. Pour eux c’est performer dans le sport, peut être au delà de la satisfaction”
Ergo 5	“Pas tout le monde n’ a cette compétence de trouver les adaptations nécessaires” ; “plue-value et apporter des connaissances” ;
Sensibiliser les parents / autres enfants	
Ergo 1	“sensibiliser les parents” ; “les rassurer grâce à une démarche de conseils” ; “compétence 5”
Ergo 3	“sensibilisation aux enfants” ; “sensibiliser les parents”

Tableau 7 : Réponses des ergothérapeutes sur l’accompagnement de l’ergothérapeute dans la pratique sportive d’un enfant DI

Lors des entretiens, les ergothérapeutes ont tous évoqué de manière spontanée l’analyse d’activité, et l’ont identifié comme domaine important, voire indispensable. De même, ils ont également évoqué cette nécessité de sensibilisation destinée aux éducateurs sportifs, et ont relevé la compétence 10 de notre référentiel : “former et informer”.

Sans en évoquer le sujet, certains ergothérapeutes ont souligné la limite de leur pratique sur le terrain professionnel (**Tableau 8**). Notons que parmi les répondants, seul un ergothérapeute (Ergo 3) est déjà intervenu pour accompagner un enfant en club sportif. De plus, lors de nos recherches d’ergothérapeutes pour les entretiens, plusieurs nous ont répondu négativement en raison d’une non-expérience sur ce sujet.

Ergo 2	“on ne va pas me prioriser sur ces actions, on va prioriser les éducateurs.” ; “dépendant de l’établissement” ; “on a pas le champ libre complètement” ; “on oublie les activités de loisirs”
Ergo 3	“je ne fais pas beaucoup de liens avec les parents, je travaille pas beaucoup avec eux. C’est plus l’éducateur”
Ergo 5	“on est un métier très peu connu, malheureusement.”

Tableau 8 : Réponses des ergothérapeutes sur les limites de leur pratique professionnelle

3.2.4. Analyse transversale des données recueillies auprès des éducateurs sportifs et des ergothérapeutes

Dans cette partie, nous croisons les résultats des deux professionnels, afin de souligner des points communs et des différences, pour affiner notre analyse par la suite.

3.2.4.a. Les facteurs individuels et environnementaux de la participation sociale lors de la pratique sportive de l’enfant DI

Premièrement, il est à noter que lorsque nous avons interrogé les ergothérapeutes, ces derniers n’ont pas vu l’enfant DI dans un club sportif. Les difficultés évoquées sont donc celles que pourrait potentiellement rencontrer un

enfant. En revanche, les réponses des éducateurs sportifs sont les troubles réellement rencontrés par l'enfant. Nous pourrions ainsi voir les similitudes et les écarts, entre la théorie et la pratique.

Les **points communs** entre les deux points de vue des professionnels sont :

- Les troubles liés aux activités intellectuelles : tels que l'attention, la planification, l'exécution, le raisonnement. A la différence des éducateurs sportifs, les ergothérapeutes utilisent des mots plus techniques et un vocabulaire plus médical
- Les troubles de la communication, qui sont l'expression et la compréhension, reviennent le plus souvent parmi ceux évoqués
- La motivation : identifiée comme un facteur important par tous pour l'engagement dans l'activité
- Les capacités motrices : la présence de difficultés motrices chez un enfant DI est fluctuante
- La connaissance, l'accès au sport de l'enfant et la pratique d'un sport au sein de la famille
- Le rôle de l'éducateur sportif, ses connaissances, sa pédagogie utilisée et son aisance
- Les autres enfants du club, concernant l'entraide entre eux, influençant l'intégration de l'enfant
- L'investissement des parents, la confiance accordée, la représentation du handicap de leur enfant et l'organisation familiale.

Les **différences** relevées sont :

- Le schéma corporel et l'orientation spatio-temporelle sont évoqués comme une difficulté pour l'enfant DI par les éducateurs sportifs, et non abordés par les ergothérapeutes
- L'affectivité et les émotions : les ergothérapeutes ont relevé des difficultés, qui ne sont finalement pas rencontrées au sein des clubs sportifs
- La conduite : les éducateurs sportifs ne relèvent pas de troubles du comportement, alors que certains ergothérapeutes l'ont évoqué
- Les ergothérapeutes évoquent :
 - L'importance de l'activité signifiante
 - Le degré de la déficience, en lien avec le niveau d'autonomie et d'indépendance de l'enfant
 - Le financement, le transport et les horaires pour accéder au club

Ces différences relevées peuvent s'expliquer d'abord par l'individualité de chaque enfant, mais aussi de par l'activité réalisée. En effet, comme nous l'a dit l'Educ 2, il faut observer l'enfant en situation pour comprendre et repérer ses capacités et incapacités.

3.2.4.b. Les adaptations mises en place

Les ergothérapeutes ont proposé des stratégies d'adaptations et d'aménagements qui peuvent être mises en place, selon les aptitudes de l'enfant. Il en est de même pour les éducateurs, qui ont adapté en fonction des capacités et incapacités de l'enfant. Cependant, nous observons que les éducateurs sportifs sont limités en termes d'outils et sont plus axés sur l'adaptation des consignes et la démonstration, à la différence des ergothérapeutes qui étendent les stratégies à quasiment toutes les aptitudes.

3.2.4.c. La notion de performance

Dans cette partie, nous estimons important de comparer la notion de performance dans la pratique sportive, selon les deux professionnels. En effet, comme nous le dit l'Ergo 4, "notre vision de performance, c'est pas là même que la leur. Pour eux c'est performer dans le sport, peut être au delà de la satisfaction.". Dans les entretiens, nous pouvons voir que certains éducateurs sportifs estiment la performance comme la capacité à réaliser certains exercices, et n'attendent pas des élèves qu'ils les réussissent tous. Ils recherchent la capacité de l'enfant à pouvoir faire des choses par eux-mêmes et à éprouver du plaisir dans le sport. Pour les ergothérapeutes, ils estiment cette notion de performance comme la possibilité d'un enfant à être dans l'engagement et le développement de ses compétences.

3.2.5. Analyse globale de l'étude

Les résultats présentés dans les parties précédentes nous permettent de répondre à la problématique suivante : **Que peut apporter l'ergothérapeute aux éducateurs sportifs afin de favoriser la participation sociale de l'enfant ayant une déficience intellectuelle, dans un club sportif en milieu ordinaire ?**

Ainsi, nous allons nous référer à nos hypothèses et à la présentation de nos résultats pour répondre à notre problématique.

Premièrement, dans les réponses récoltées sur les facteurs individuels et environnementaux, nous nous apercevons que les enfants DI ont des inaptitudes entraînant des incapacités lors des entraînements et que l'environnement physique et social n'est parfois pas favorable. Toutefois, la mise en place d'adaptations par les éducateurs sportifs montrent que par la suite, ces enfants

parviennent à réaliser les exercices et possèdent des capacités dans leur pratique sportive. En effet, ils évoquent une progression des aptitudes de l'enfant au fil des entraînements.

Deuxièmement, comme nous avons pu le voir, les éducateurs sportifs ont relevé un manque de formation et de ce fait un manque de connaissance sur la DI. Lors des entraînements, certains ont dû s'appuyer sur des ressources afin de programmer les entraînements. Parmi les éducateurs sportifs, plusieurs mentionnent la pertinence des "trucs et astuces" (Educ 4) pour adapter les séances d'entraînement, et estiment qu'ils n'ont pas tous les outils adéquats.

Dans les entretiens, nous avons interrogé les ergothérapeutes sur ce qu'ils pourraient apporter aux éducateurs sportifs. Ils se considèrent spécialisés dans le handicap, et estiment pouvoir être des personnes ressources pour eux.

En effet, nous nous apercevons dans un premier temps que les adaptations évoquées par les ergothérapeutes ne sont pas toutes évoquées par les éducateurs sportifs. Cela montre que l'ergothérapeute peut leur apporter des outils supplémentaires, notamment les stratégies d'adaptations de l'activité. Dans un second temps, les professionnels de santé ont évoqué la réalisation d'une analyse d'activité, où ils interviennent en club lors de l'entraînement. Ils montrent la plus-value de cette compétence, qui est spécifique aux ergothérapeutes. Cela permettrait de repérer et d'évaluer les difficultés rencontrées, pour ensuite axer la rééducation en séance. Ensuite, elle permettrait d'adapter l'activité en fonction des difficultés identifiées, notamment en préconisant des adaptations et des aménagements.

Enfin, lorsque nous avons évoqué la collaboration entre les deux professionnels, les ergothérapeutes ont suggéré la nécessité d'intervenir en club afin d'observer l'enfant en situation réelle, puis d'accorder un temps avec l'éducateur sportif afin de leur apporter des conseils par rapport à ce qui a été observé. C'est d'ailleurs une demande qui a été relevée par les éducateurs sportifs lors des entretiens, où ils aimeraient recevoir des conseils afin de les appliquer lors des séances.

Au regard de ce travail commun, les deux professions jugent important de respecter les compétences et le champ d'actions de chacun, toujours dans le même objectif, qui est de favoriser la participation de l'enfant.

En complément de notre enquête, nous avons eu un entretien avec un éducateur sportif, qui entraîne des enfants en situation de handicap, en club de sport

adapté¹⁸. Il a des conventions avec d'autres clubs de sport, en milieu ordinaire. Les élèves qu'il entraîne sont parfois en immersion le temps d'une séance dans le club ordinaire, pour s'entraîner avec d'autres enfants. Dans son discours, l'éducateur sportif en sport adapté évoque "plus que le partenariat" et imagine une "commission médicale". Il nous dit que son objectif est d'avoir, au sein de son club, la "profession d'ergothérapeute, un psychomot, un kiné, un psychologue" pour "faire du bon travail". Il imagine un partenariat entre tous, où chacun aurait sa place et apporterait sa "pierre à l'édifice". Il partage la "recherche de performance" où chaque professionnel, dont l'ergothérapeute, apporte les "ingrédients" pour favoriser la pratique de l'enfant. Selon lui, l'ergothérapeute peut agir sur "l'espace qu'utilise l'enfant" et les "techniques pour qu'il fasse son geste de la manière qu'il peut". Comme les autres éducateurs sportifs, il rapporte également qu'il y a un partage de connaissances. Enfin, il rejoint des données qu'ont relevé certains ergothérapeutes, et nous dit que "c'est dommage que dans les institutions, on ne cherche pas à travailler comme ça", c'est-à-dire le partenariat entre les professionnels du sport et les professionnels de santé, dans la finalité de la participation sociale de l'enfant. C'est ainsi que nous pouvons confirmer notre hypothèse 1, en affirmant que **l'ergothérapeute peut identifier des stratégies d'adaptation, selon les capacités et les incapacités de l'enfant durant la pratique du sport, afin de les transmettre à l'éducateur sportif.**

Ensuite, lorsque nous avons interrogé les professionnels sur la collaboration, ils ont fait émerger d'autres champs d'actions.

Comme mentionné lors de l'enquête, les éducateurs sportifs n'ont pas eu d'approche spécifique sur la DI au cours de leur formation. Ils relèvent le manque de sensibilisation, notamment lorsqu'ils font face à ce public, au sein de leur club. Bien qu'ils témoignent avoir vécu une riche expérience lors des entraînements, certains d'entre eux se sont parfois retrouvés en difficultés, par manque de connaissances et de stratégies pour les séances. Plusieurs d'entre eux nous disent avoir découvert ce qu'est la DI lors de la venue de l'enfant dans le club, et avoir appris "sur le tas" (Educ 5). Ainsi, lorsque nous les avons interrogés sur la sensibilisation à la DI, nous avons identifié des avis favorables.

¹⁸ Cf. Les différents groupes sportifs : Figure 9, p.12

Tous évoquent la sensibilisation comme moyen d'avoir plus de connaissances sur le sujet. Ils soulignent ce besoin de recevoir des conseils pour faciliter le déroulé des entraînements et élaborer les séances.

Dans nos réponses, l'Educ 2 nous dit avoir déjà eu des sensibilisations sur la DI, et nous nous apercevons dans l'entretien de son aisance et des connaissances qu'il possède. Bien que la sensibilisation qu'il a reçue ne vient pas d'un ergothérapeute, nous relevons dans les autres réponses la place de l'ergothérapeute pour sensibiliser les professionnels.

En effet, nous avons interrogé les ergothérapeutes sur leur légitimité à sensibiliser les éducateurs sportifs. Ils évoquent la compétence 10 de l'ergothérapeute, "former et informer". Les réponses montrent que leur expertise sur le handicap, notamment sur la DI, légitimise leur intervention auprès des clubs sportifs. La sensibilisation permettrait, selon eux, d'apporter des connaissances sur la DI, de briser les stéréotypes et de changer les regards. C'est d'ailleurs, comme nous l'avons mentionné plus haut, une demande relevée par les éducateurs sportifs lors des entretiens.

Cette sensibilisation pourrait être menée par l'ergothérapeute car, comme souligné par l'Ergo 4, il intervient sur la personne, l'environnement et l'occupation. En effet, plusieurs d'entre eux ont relevé que la pratique du sport étant une occupation, il serait pertinent pour eux d'intervenir. Cependant, ils ont soulevé une problématique importante, qui est la limite de leur champ d'actions. Il est à noter que certains ergothérapeutes nous disent que sur leur lieu de travail, ce sont principalement les éducateurs spécialisés qui vont accompagner l'enfant dans les clubs sportifs, et qu'ils ne sont pas spontanément sollicités. Nous observons que les interventions de l'ergothérapeute en club sportif sont dépendantes de la politique et du fonctionnement de l'établissement. Néanmoins, les réponses montrent la plus-value de l'ergothérapie, grâce à leur référentiel de compétences et leurs savoirs.

Pour finir, les résultats des entretiens avec les éducateurs sportifs et les ergothérapeutes relèvent également la nécessité de sensibiliser les parents ainsi que les enfants du club sportif, afin de les rassurer, mais aussi de casser les préjugés, dans le but de favoriser l'intégration de l'enfant en club.

Ainsi, nous pouvons voir que d'une part, les éducateurs sportifs relèvent une demande, en raison d'un manque de sensibilisation. D'autre part, les

ergothérapeutes sont en mesure de répondre à cette demande, grâce à leur pôle de compétences. C'est pourquoi, avec ces données, nous pouvons confirmer notre hypothèse 2 : **l'ergothérapeute peut réaliser des interventions de sensibilisation auprès des éducateurs sportifs, en leur apportant des connaissances et des conseils sur la déficience intellectuelle.**

3.3. Interprétation des résultats

3.3.1. La participation sociale¹⁹ de l'enfant DI dans un club sportif ordinaire

La déficience intellectuelle ne nécessite pas automatiquement des besoins spécifiques et individuels, mais cela arrive régulièrement (INSERM, 2016). Nous avons vu à travers nos résultats que tous les éducateurs sportifs ont dû mettre des choses en place pour les élèves ayant une DI, et ces besoins étaient parfois différents les uns des autres. En effet, pour favoriser la participation sociale de l'enfant, nous nous devons de "renforcer les compétences de l'enfant, de mettre l'accent sur ses capacités d'agir et d'être autonome, plus que sur ses "manques" ." (INSERM, 2016, p.64).

Ce rapport nous dit que les personnes présentant une DI progressent à tout âge, et que leur performance dépend d'une part de leurs capacités, et d'autre part de l'offre de la communauté. Dans nos résultats, nous relevons une progression dans la pratique sportive de ces enfants. Cela est dû à l'accompagnement des éducateurs sportifs, aux ressources qu'ils ont mobilisé et aux adaptations mises en place pour l'enfant. Nous retrouvons une notion d'intégration. De telle façon, elle permet un "climat d'égalité, d'esprit d'équipe et de normalisation" (Grandisson, Tétreault & Freeman, 2010). Ce terme de normalisation est mis en avant par les éducateurs sportifs par le fait qu'ils ne cherchent pas à différencier l'enfant parmi ses pairs, ni à le stigmatiser.

Comme nous l'avons vu, la participation sociale résulte des composantes individuelles de l'enfant dans la réalisation de son activité, et du soutien de son environnement. Ainsi, l'enfant se trouve dans le processus d'empowerment. "L'accompagnement social personnalisé permet (et promeut) l'inclusion et la participation sociale, mais aussi l'autonomisation et l'autodétermination des

¹⁹ Cf. Résumé de la participation sociale : Figure 11, p.16

individus en situation difficile.” (Lievin, 2015, p.43). Dans nos résultats, nous retrouvons ce concept²⁰ à travers l’accompagnement des éducateurs sportifs :

- Empowerment psychologique : Ils prennent en considération les capacités de l’enfant et les valorisent, sans rester focalisés sur les incapacités. Ils avancent avec le rythme de l’enfant et les accompagnent sur des “victoires personnelles”.
- Autonomie comportementale : Les éducateurs sportifs privilégient l’intégration de l’élève au sein du club, en mettant de côté les préjugés. Ils informent également les autres enfants, afin de favoriser un climat complaisant.
- Autorégulation : Ils s’appuient sur des ressources pour mettre en place des stratégies d’adaptation et/ou de compensation pour l’enfant. Ils varient également les supports utilisés.
- Autoréalisation : Ces adaptations et outils, mis en place selon les capacités de l’enfant, favorisent sa compréhension et sa pratique sportive. L’enfant a recours à des ressources externes, c’est-à-dire les adaptations, et à des ressources internes, qui sont ses capacités.

Cependant, les résultats montrent une limite pour ces éducateurs sportifs, au vu du manque de formation. En effet, comme l’atteste Bouttet (2013), ils leur manquent “pour une partie d’entre eux, de capacités d’adaptation pour accueillir des personnes handicapées dans leurs pratiques”. C’est la raison pour laquelle les résultats démontrent la pertinence de collaborer avec les ergothérapeutes. Cela permettrait alors d’avoir une “approche spécifique de l’activité sportive et des connaissances et compétences particulières relatives au handicap” (Ibid, 2013). Nous retrouvons dès lors cette “association de personnes”, relative à la notion de partenariat décrite précédemment²¹.

3.3.2. Le partenariat entre ergothérapeute et éducateur sportif

Partager nos savoirs, collaborer et travailler ensemble, valoriser les compétences ; voilà ce qui en ressort des résultats sur le partenariat entre les deux professionnels, afin de favoriser la participation de l’enfant au sein du club. Les éducateurs sportifs veulent des “trucs et astuces” (Educ 4), relatifs aux

²⁰Cf. Agir sur l’autodétermination : Figure 12, p.18

²¹Cf. Le partenariat, pp. 20-21

stratégies d'adaptation et/ou de compensation dans le domaine de l'ergothérapie.

Dans notre étude, nous retrouvons d'un côté, les éducateurs sportifs qui ont des compétences sportives, sur les règles et les techniques du sport ; de l'autre côté, les ergothérapeutes qui ont les compétences liées à la déficience et à la prise en compte du handicap au sein de l'activité et de l'environnement. De ce fait, chacun possède ses compétences et connaissances. Toutefois, il faut maintenant "réfléchir à l'importance d'agir collectivement" afin de "considérer la personne et ses potentiels au lieu de mettre l'accent sur le handicap et les limitations fonctionnelles" (Carbonneau, St-Onge, Gilbert & Duquette, 2019, p.3).

Les résultats présentent les moyens d'actions de l'ergothérapeute sur les trois domaines retrouvés dans le modèle Personne-Environnement-Occupation ²² :

- La personne : agir sur les capacités et incapacités afin de favoriser la pratique sportive
- L'environnement : agir auprès des acteurs gravitant autour de l'activité sportive de l'enfant
- L'occupation : agir sur l'activité sportive afin de favoriser la participation. En effet, le sport est un loisir et fait partie des occupations de l'individu

Ainsi, dans ce partenariat, l'ergothérapeute apporterait au sein du club :

- Des connaissances plus approfondies sur la DI : les troubles ; les méthodes de communication ; les particularités sensorielles
- Des outils à mettre en place pour adapter l'activité et faciliter la participation
- Une assurance aux parents des enfants DI, afin de les revaloriser pour qu'ils "parviennent à voir leur enfant comme un enfant en développement et pas seulement comme un enfant handicapé" (INSERM, 2016)
- Une sensibilisation aux autres parents et enfants du club sportif, afin de briser les préjugés

De plus, de par leur référentiel de compétences, les ergothérapeutes jugent ainsi que leur place soit légitime dans la sensibilisation aux éducateurs sportifs. Ils estiment que cela apporterait un plus à l'éducateur sportif, et de ce fait, à la

²² Le **modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO)** est un modèle systémique et transactionnel. Il y a une interaction constante entre la personne, l'environnement et l'occupation. Le résultat de ces interactions mène à la performance occupationnelle. (Law et al., 1996) (**Annexe 11**)

participation sociale de l'enfant. D'autant plus que, comme relevés dans les entretiens, les éducateurs sportifs interrogés sont en demande d'accueillir davantage ces jeunes au sein de leur club.

Nos résultats présentent cependant une limite à ce partenariat entre ergothérapeutes et éducateurs sportifs. En effet, il n'est pas toujours évident de "mettre en œuvre des mesures pour faciliter le lien entre les diverses clientèles et soutenir pleinement la participation de tous" (Carbonneau, St-Onge, Gilbert & Duquette, 2019, p.3). Comme nous l'avons relevé dans notre enquête, il y a une minorité d'ergothérapeutes ayant déjà collaboré avec des éducateurs sportifs. Cela s'explique, selon nos résultats, par un champ d'actions limité des ergothérapeutes. Ils se retrouvent plus souvent à être axés sur la rééducation de l'enfant en séance, que tendre vers l'occupation "loisir" : la pratique sportive. Les données indiquent que ce sont plus les éducateurs spécialisés²³ de la structure qui vont aller sur le terrain, et être en lien avec les professionnels du sport et les parents. Cependant, les compétences ne sont pas les mêmes entre celles de l'ergothérapeute et de l'éducateur spécialisé. C'est pourquoi nous devons davantage montrer notre plus-value, et montrer l'intérêt de ce partenariat avec l'éducateur sportif.

3.4. Discussion

Cette étude a permis de montrer ce que peut apporter l'ergothérapeute à un éducateur sportif qui entraîne un enfant ayant une DI au sein de son club en milieu ordinaire. D'une part, l'ergothérapeute peut observer l'enfant lors des entraînements et réaliser une analyse d'activité, afin de relever les difficultés rencontrées par l'enfant. Ses compétences lui permettent ensuite de trouver des stratégies d'adaptation, que l'éducateur sportif pourra mettre en place lors des séances d'entraînement. D'autre part, l'ergothérapeute peut intervenir en club sportif pour apporter une sensibilisation, afin de changer les regards et briser les stéréotypes ; mais également pour apporter des connaissances sur la DI aux éducateurs sportifs.

²³ L'**éducateur spécialisé** exerce auprès d'individus ayant une situation de handicap, dans le "développement de leurs capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration ou d'insertion" (Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, 2023).

3.4.1. Limites de l'étude

Nous présentons ici les limites rencontrées dans notre étude. Elles évoquent des biais quant aux résultats obtenus et à notre interprétation.

Tout d'abord, il y a un nombre restreint d'éducateurs sportifs qui ont entraîné un enfant ayant une DI en club sportif ordinaire. C'est pourquoi nous avons catégorisé "enfant" dans la tranche d'âge 5-18 ans. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas pu comparer plusieurs sports entre eux, ce qui peut représenter un biais, notamment sur les aptitudes mobilisées dans l'activité. Comme nous l'a dit un ergothérapeute, les enfants ayant une DI s'orientent plus vers les clubs de sport adapté.

Ensuite, malgré une explication détaillée au début de chaque entretien, certains éducateurs sportifs n'ont pas totalement identifié les compétences de l'ergothérapeute. Cela peut alors entraîner un regard différent. Cependant, nous avons tenté de donner des exemples sur l'action de l'ergothérapeute, sans apporter d'éléments de réponse, au risque de biaiser les résultats.

Concernant les ergothérapeutes, nous n'en avons interrogé qu'un seul qui a accompagné un enfant DI en club sportif ordinaire. Cela s'explique non seulement par le peu d'enfants DI faisant du sport en club ordinaire, mais aussi par la place de l'éducateur spécialisé plutôt que celle de l'ergothérapeute. Les réponses obtenues se basent alors sur ce qu'observe l'ergothérapeute en structure et sur des connaissances professionnelles.

Enfin, l'ergothérapeute peut en effet réaliser des sensibilisations destinées aux éducateurs sportifs. Néanmoins, au vu de la loi Jardé dans le cadre de notre étude, nous ne pouvons pas mettre en place cette action de sensibilisation afin d'en prouver l'efficacité.

3.4.2. Perspectives professionnelles

Nos hypothèses montrent l'apport de l'ergothérapie pour favoriser la participation sociale de l'enfant qui a une DI.

Cette étude est utile à notre future pratique professionnelle et à tout autre ergothérapeute. Premièrement, elle montre l'importance, pour nous professionnels de santé centrés sur l'occupation, d'intervenir dans l'activité sportive de l'enfant, car ce dernier peut rencontrer des difficultés face auxquelles nous pouvons proposer un accompagnement. Deuxièmement, l'étude nous

permet d'identifier les besoins des éducateurs sportifs, nous offrant ainsi la possibilité de répondre à leur demande.

Nous relevons alors différents axes de travail pour les ergothérapeutes. Dans un premier temps, nous pouvons montrer la plus-value de notre métier au sein de l'établissement où nous travaillons ainsi que la pertinence de notre intervention. Dans un second temps, notre compétence 10, former et informer, nous incite à élaborer un programme de sensibilisation, qui serait destiné aux éducateurs sportifs en demande. Cette sensibilisation apporterait des connaissances sur la DI, des conseils, des stratégies d'adaptation et des outils. Les ergothérapeutes peuvent également intervenir dans les clubs pour sensibiliser les autres enfants et parents, afin de favoriser la participation sociale. A long terme, la sensibilisation contribuerait, d'une part, à adopter un regard différent. D'autre part, elle permettrait aux éducateurs sportifs de mieux accueillir les enfants DI dans les clubs sportifs ordinaires, afin de ne pas rester cantonnés aux clubs de sport adaptés.

Enfin, comme nous l'avons vu dans nos recherches théoriques et méthodologiques, le rôle des parents est également primordial.²⁴ En tant qu'ergothérapeute, nous pouvons les accompagner dans la démarche d'inscription de leur enfant dans un club. Cela amènerait à la triade entre ergothérapeute, parent et éducateur sportif.

Ainsi, à travers notre analyse réflexive, nous avons pu identifier les pistes d'actions du partenariat entre l'ergothérapeute et l'éducateur sportif (**Figure 22**). En tant qu'ergothérapeute, nous pouvons alors nous en servir comme base de modèle de processus d'intervention. Toutefois, il est important de garder en tête que dans cette notion de partenariat, les ergothérapeutes doivent respecter les compétences et les savoirs des éducateurs sportifs. Par des interventions ponctuelles au sein du club, l'ergothérapeute peut se rendre disponible selon les besoins.

²⁴Cf. Le rôle des parents, p.19

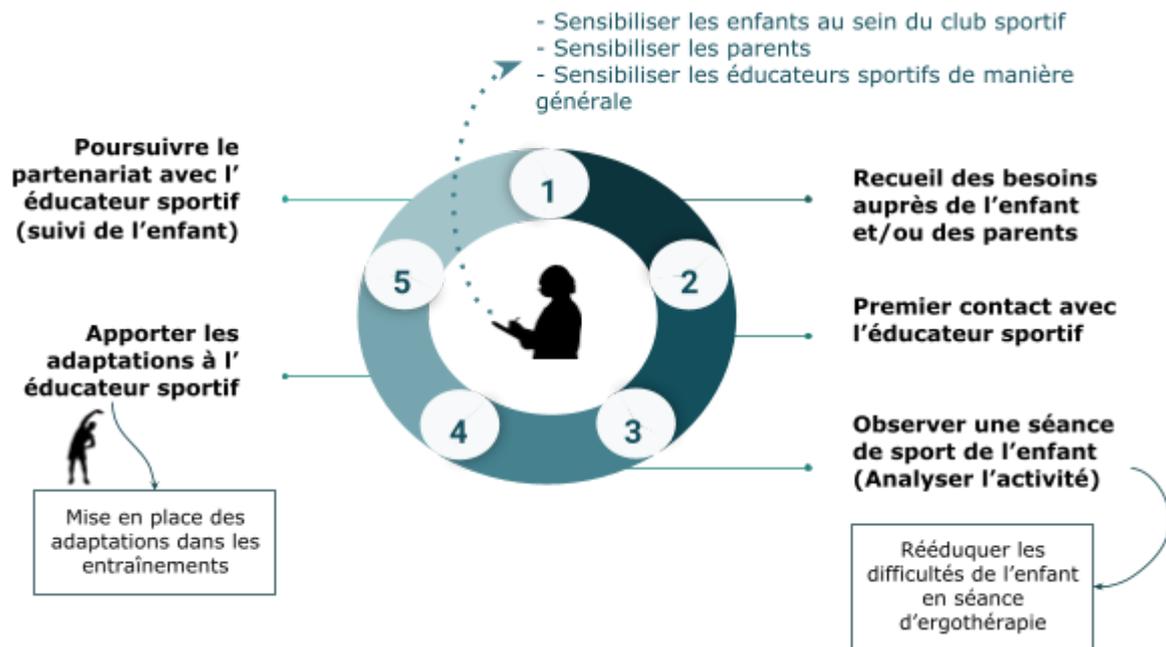


Figure 22 : L'apport de l'ergothérapie dans la pratique sportive en club ordinaire d'un enfant ayant une DI

Conclusion

Le sport est un vecteur de santé physique, mentale et sociale. Cependant, la participation sociale des enfants ayant une déficience intellectuelle en club sportif est parfois limitée. C'est pourquoi peu d'entre eux s'orientent vers les clubs de sport en milieu ordinaire et sont plutôt intégrés à des clubs de sport adapté.

Il est vrai que des politiques existent pour favoriser l'accueil des enfants ayant une déficience intellectuelle au sein des clubs sportifs ordinaires. Toutefois, dans cette étude, nous avons voulu montrer que des obstacles et des limites sont présents, et proviennent aussi bien des capacités de l'enfant que de l'environnement sportif.

C'est pourquoi ce travail d'initiation à la recherche montre l'intérêt d'un partenariat entre ergothérapeute et éducateur sportif, dans l'optique de favoriser la pratique sportive de ces enfants, dans un club sportif en milieu ordinaire.

Les hypothèses de notre enquête sont validées et permettent d'apporter des réponses à notre problématique suivante : **Que peut apporter l'ergothérapeute aux éducateurs sportifs afin de favoriser la participation sociale de l'enfant ayant une déficience intellectuelle, dans un club sportif en milieu ordinaire ?** En effet, de par l'analyse d'activité, l'ergothérapeute est en mesure d'apporter des outils aux éducateurs sportifs, sur les adaptations à mettre en place pour l'activité sportive de l'enfant. Dans cette continuité, ils peuvent sensibiliser les professionnels du sport afin de leur apporter des conseils et des connaissances sur la déficience intellectuelle. Ainsi, le partenariat entre ergothérapeute et éducateur sportif réunit les éléments essentiels, favorisant la participation sociale de l'enfant lors de sa pratique sportive en milieu ordinaire.

Nos résultats montrent des difficultés pour les enfants DI lors des entraînements, palliées par des adaptations mises en place par les éducateurs sportifs. Toutefois, étant limités dans leurs connaissances sur le handicap, les éducateurs sportifs sont en demande de sensibilisation et de conseils. Notre recherche met en avant l'apport de l'ergothérapie face à cette demande. Ainsi,

de par les compétences de l'ergothérapeute, nous témoignons de l'intérêt d'un partenariat entre l'ergothérapeute et l'éducateur sportif, pour favoriser la pratique sportive de l'enfant.

Nous retrouvons alors une forte demande des éducateurs sportifs et une possibilité d'offre, par les ergothérapeutes.

Malgré cela, notre recherche signale que l'ergothérapeute est peu sollicité au sein des structures pour accompagner ces enfants vers les clubs de sport. Cette perspective mérite d'être développée au sein des structures. Notre travail met donc en lumière la plus-value de l'ergothérapie dans cette démarche d'accompagnement de l'enfant DI au sein des clubs sportifs.

Ce travail d'initiation à la recherche nous incite à réfléchir sur ce partenariat. Quel serait l'accord commun entre l'ergothérapeute et l'éducateur sportif sur la notion de performance de l'activité ? En ce sens, comment pourraient-ils accompagner l'enfant dans les compétitions sportives ?

De plus, notre recherche laisse imaginer l'étendue de l'intervention en ergothérapie dans ce milieu. De ce fait, comment les ergothérapeutes pourraient-ils transposer les capacités acquises lors des séances d'ergothérapie dans l'activité sportive au club ? Réciproquement, en quoi l'ergothérapeute pourrait-il transposer les capacités acquises dans l'activité sportive dans les autres activités de la vie quotidienne de l'enfant ?

Enfin, par l'intérêt de ce partenariat, qu'en est-il du pouvoir des ergothérapeutes pour montrer leur plus-value au sein de la structure et des organismes du "droit commun" ?

Rééducation, réadaptation et réinsertion sont les axes d'intervention que prônent les ergothérapeutes. Ce travail invite les ergothérapeutes à élaborer un partenariat avec les clubs sportifs, afin que chaque acteur intervienne avec ses compétences, dans l'optique de favoriser la participation sociale de l'enfant lors de sa pratique sportive.

Bibliographie

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). (s.d.). *Defining Criteria for Intellectual Disability*. AAIDD. Consulté le 31 août 2022 sur [Criteria \(aidd.org\)](http://Criteria.aidd.org)

American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (5e éd.). Elsevier Masson. <https://psyclinifcs.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>

Aquatias, S., Arnal, J.F., Rivière, D., Bilard, J., Callède, J.P., & al. (2017, 31 juillet). *Activité physique : contextes et effets sur la santé - Synthèse et recommandations*. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570655>

UNICEF. (s.d.). *Texte de la Convention relative aux droits de l'enfant*. UNICEF. Consulté le 17 septembre 2022 sur [Convention relative aux droits de l'enfant | UNICEF](#)

Assemblée générale des Nations Unies. (s.d.). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. Haut Commissariat des Nations Unies. Consulté le 20 août 2022 sur [Convention relative aux droits des personnes handicapées | OHCHR](#)

Barillet, Y. (2012). *Associations sportives, établissements médicaux-sociaux : Quels projets communs autour des personnes en situation de handicap ?* Directeur Régional de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale du Centre. [Associations sportives, établissements médicaux-sociaux : Quels projets communs autour des personnes en situation de handicap ? \(mdph37.fr\)](#)

Beaudoin, A.J., Gauthier-Boudreault, C., Gagnon, M., St-Cyr, C. et Couture, M. (2015). Rôles novateurs dans la prestation des services d'ergothérapie auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre autistique. *Revue internationale de communication et de socialisation*, 2(2), 101-112. <http://dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.11919075.v1>

Berthon, L., Paniez, S. (2010, janvier). *Guide pratique de l'accessibilité. Pour vous accompagner dans vos démarches en matière d'accessibilité en faveur des personnes en situation de handicap mental*. UNAPEI. [GuideAccess.pdf \(unapei.org\)](#)

Boulaud, V., Morineaud, C. & Texier, N. (2017, avril). *Accès aux clubs sportifs des jeunes en situation de handicap mental ou ayant des troubles du comportement*. Observatoire Régional de la Santé. [HandAPS 17.pdf \(ors-na.org\)](#)

Bouttet, F. (2013). *La prise en compte du handicap dans les formations d'éducateurs sportifs. Aspects disciplinaires, initiatives personnelles et manque d'harmonisation*. HAL Revue Européenne de Management du sport. <https://hal.science/hal-01687121>

Bouttet, F. (2015). *Organiser la pratique sportive des personnes handicapées : entrepreneurs et dynamiques institutionnelles dans la construction de l'action fédérale*. [Thèse de doctorat, Université de Strasbourg]. HAL. [Organiser la pratique sportive des personnes handicapées : entrepreneurs et dynamiques institutionnelles dans la construction de l'action fédérale - TEL - Thèses en ligne \(archives-ouvertes.fr\)](#)

Buntinx, W., Cans, C., Colleaux, L. et al. (2016). *Déficiences intellectuelles. Synthèse et recommandations*. INSERM Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. [inserm-ec-2016-deficiencesintellectuelles-synthese.pdf](#)

Campenhoudt, L.V. & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (4e éd.). Paris : Dunod.

Cantin, R. (2020). L'expérience de loisir inclusive, un outil démocratique de solidarité sociale. *Aequitas*, 26(2), 95-102. <https://doi.org/10.7202/1075208ar>

Carayon, F. (2010, 15 août). Bulletin officiel Santé Protection sociale Solidarité N°7. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de la santé et des sports. Santé, Protection sociale, Solidarité - N° 7 du 15 août 2010 (solidarites-sante.gouv.fr)

Carbonneau, H., St-Onge, M., Gilbert, A. & Duquette, M.M. (2019). Agir pour mieux soutenir l'expérience inclusive de loisir. *Observatoire québécois du loisir*, 17(1), 1-5. [expérience inclusive loisir \(uquebec.ca\)](http://www.observatoireloisir.quebec.ca)

Caspersen, C.J., Powell, K.E. & Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health*, 100(2), 126-131. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. - PMC (nih.gov)

Castelein, P. (2012). Chapitre 1 Participation sociale. Dans Izard, M.H. (dir), *Expériences en ergothérapie Vingt cinquième série* (13-24). Sauramps médical.

Cavalieri, I.C. & Almeida, H.N. (2018). Power, Empowerment and Social Participation- the Building of a Conceptual Model. *European Journal of Social Science*, 5(1), 174-185.

Cloutier, C., Poulin, M.C., Sauvé, M. (2018). *Classification internationale - Modèle de développement humain - Processus de production du handicap MDH-PPH*. RIPPH.

Combessie, J.C. (2007). V. Ordonner, classer. Dans J.C. Combessie, *La méthode en sociologie* (pp. 55-83). Paris: La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.combe.2007.01>

Comité des Ministres. (2001, 16 mai). *Recommandation n°R (92) 13 REV du Comité des ministres aux Etats membres sur la charte européenne du sport révisée*. Conseil de l'Europe. Consulté le 18 septembre 2022 sur [Conseil de l'Europe. Recommandation N° R \(92\) 13 sur la Charte sociale européenne du Sport \(coe.int\)](http://www.coe.int)

Conseil de la santé et du bien-être. (2001). *Avis : quel temps pour les jeunes ? : la participation sociale des jeunes*. Québec : Conseil de la santé et du bien-être.

Fenneteau, H. (2015). *Enquête : entretien et questionnaire*. Dunod.

Fievez-Moreau, C. (2010). Chapitre 24 La déficience intellectuelle. Dans Alexandre, A., Lefèvre, G., Palu, M. & Vauvillé, B. (dirs), *Ergothérapie en pédiatrie* (pp. 357-370). Solal éditeur.

Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Cote, J. & St Michel, G. (1998). *Classification québécoise Processus de production du handicap*. Québec : Réseau international sur le processus de production du handicap.

Geurts, H., Rinaldi, R., Franquet, A. & Haelewyck, M. (2020). Autodétermination et déficience intellectuelle : quels enjeux et quels défis pour les pratiques de soutien?. *Contraste*, 51(1), <https://doi.org/10.3917/cont.051.0119>

Grandisson, M., Tétreault, S. et Freeman, A. (2012). Enabling Integration in Sports for Adolescents with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(3), 217-230. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2011.00658.x>

Hawkins, A. & Look, R. (2006). Levels of engagement and barriers to physical activity in a population of adults with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 34(4), 220-226. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3156.2005.00381.x>

Heddebaut, S. & Denayer, F.O. (2015). Éducation pour la santé : une formation implicite en ergothérapie pour les enjeux du métier de demain. Dans Izard, M.H. (dir), *Expériences en ergothérapie Vingt huitième série*. 433-441. Sauramps médical.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34.

Lachapelle, Y., Fontana-Lana, B., Petitpierre, G., Geurts, H. & Haelewyck, M. (2022). Autodétermination : historique, définitions et modèles conceptuels. *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 94(2), 25-42. <https://doi.org/10.3917/nresi.094.0025>

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model : A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), pp. 9-23.

Le Bossé, Y. (2003). De l'habilitation au pouvoir d'agir : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30-51.

Légifrance. (2022). Code du sport. [Code du sport - Article L211-7 \(codes-et-lois.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LC11177)

Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L. & Raymond, E. (2010). Inventory and Analysis of Definitions of Social Participation. *Soc Sci Med*. 71(12), 2141-2149. [10.1016/j.socscimed.2010.09.041](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041)

Lievin, J.C. (2015). *L'ergothérapie en action sociale*. L'Harmattan.

Marcellini, A., De Leselec, E. & Gleyse, J. (2003). L'intégration sociale par le sport des personnes handicapées. *Revue internationale de psychosociologie*, 9 (20), 59-72. <https://doi.org/10.3917/rips.020.0059>

Mazeau, M. (2018). Introduction. Enjeux, intérêts, limites et perspectives de la rééducation des troubles cognitifs chez l'enfant. Dans Mazeau, M. *Rééducation cognitive chez l'enfant: Apport des neurosciences, méthodologie et pratiques* (pp. 15-42). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.sequi.2018.01.0015>

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. (2007). Critères de reconnaissance des fédérations québécoises de régie sportive. Gouvernement du Québec. Consulté le 13 septembre 2022 sur [Gabarit Word - BSM \(123dok.com\)](https://www.gabaritword.com/BSM/123dok.com)

Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. (2023, 13 avril). *Éducateur spécialisé*. Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Consulté le 03 mai 2023 sur <https://solidarites.gouv.fr/educateur-specialise>

Ministère des sports. (nd). *Stratégie nationale sport santé 2019-2024*. Ministère des sports. [rapport_sns_2019-2024_cs6_v5.pdf \(sports.gouv.fr\)](https://www.sports.gouv.fr/rapport-sns-2019-2024-cs6-v5.pdf)

Mission Nationale Accueil de Loisirs & Handicap. (2018, décembre). *Rapport de la Mission Nationale Accueils de Loisirs & Handicap*. Mission nationale. [MISSION-NATIONALE-RAPPORT-FINAL-14-décembre-2018.pdf](https://www.mission-nationale-handicap.fr/MISSION-NATIONALE-RAPPORT-FINAL-14-d%C3%A9cembre-2018.pdf)

Monin, M. (2019). Chapitre 24. L'approche communautaire en ergothérapie : projet d'action sur des déterminants sociaux impactant l'occupation de certains publics. Dans Poriel, G. Trouvé, E., Clavreul, H., et Riou, G. (dirs.), *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive* (343-362). Association nationale française des ergothérapeutes.

Moreau, A., Robertson, A. & Ruel, J. (2005). De la collaboration au partenariat : analyse de recensions antérieures et prospective en matière d'éducation inclusive. *Éducation et francophonie*, 33(2), 142-160. <https://doi.org/10.7202/1079105ar>

Morel-Bracq, M.C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. 2e éd. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <http://noto.deboecksuperieur.com/>

Office de la Naissance et de l'Enfance, Camus, P., Maréchal, F. (dirs). (2017, février). *Ensemble, visons des lieux d'accueil plus inclusifs pour tous les enfants*. Bruxelles : Benoît PARMENTIER. Consulté le 13 août sur <http://www.ecolesdedevvoirs.be/ressources/ressource-137/get>

Organisation mondiale de la santé. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*. Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2008). *Chapitre V : troubles mentaux et du comportement*. ICD-10. Consulté le 31 août 2022 sur <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F70-F79>

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2011). *Rapport mondial sur le handicap*. Genève : OMS. Consulté le 31 août 2022 sur <https://www.bing.com/ck/a?!&&p=fe8bdfa3381ca208JmltdHM9MTY2NDg0MTYwMCZpZ3VpZD0xYWU2ZGM3NC03ZGU3LTYyNzItMjc3Yy1jZTYwN2MxYTZyZjYmaW5zaWQ9NTIyMQ&ptn=3&hsh=3&fclid=1ae6dc74-7de7-6272-277c-ce607c1a63f6&psq=OMS+2011&u=a1aHR0cHM6Ly9hcHBzLndoby5pbmQvaXJpcy9iaXRzdHJlYW0vaGFuZGxILzEwNjY1LzQ0NzkyLzk3ODkyNDA2ODgxOTNfZnJlLnBkZj9zZXF1ZW5jZT0x&ntb=1>

Pagès, V. (2017). 14. Les déficiences intellectuelles. Dans V. Pagès, *Handicaps et psychopathologies: En 29 notions* (pp. 133-138). Paris: Dunod. <https://www.cairn.info/handicaps-et-psychopathologies--9782100769599-page-133.htm?contenu=article>

Poirel, E. (2017). Bienfaits psychologiques de l'activité physique pour la santé mentale optimale. *Santé mentale des populations*, 42(1), 147-164. <https://doi.org/10.7202/1040248ar>

Poriel, G. (2015). Ergothérapie et recherche inclusive : enjeux et perspectives. Dans Izard, M.H. (dir), *Expériences en ergothérapie Vingt huitième série* (106-113). Sauramps médical.

Poriel, G. (2019). Chapitre 8. La participation : quel construit pour quelle évaluation ? De l'analyse du concept à son évaluation. Dans Poriel, G. Trouvé, E., Clavreul, H., et Riou, G. (dirs.), *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive* (113-132). Association nationale française des ergothérapeutes.

Pouplin, S., Chaillot, F. & Chavoix, C. (2019). Réglementation encadrant les recherches en ergothérapie en France: la loi Jardé et son évolution. *ErgOThérapie*, 72, 61-66.

RIPPH Réseau International sur le Processus de Production du Handicap. (s.d.). *Le modèle*. Réseau International sur le Processus de Production du Handicap. Consulté le 29 août 2022 sur [Le modèle - RIPPH](#)

Rostan, F., Lemonnier, F. (2020). Pratiquer une activité physique : revue des bienfaits et des risques. *La santé en action*, 454, 10-14. *La Santé en action, Décembre 2020, n°454 Promouvoir la santé par l'activité sportive et physique. (santepubliquefrance.fr)*

Sallafranque St-Louis, F., Normand, C.L., Ruel, J., Moreau, A.C. & Boyer, T. (2012). Questionnement sur l'inclusion et la participation sociale des enfants ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 23(1), 64-71. <https://doi.org/10.7202/1012988ar>

Santinelli, L. (2010). Chapitre 6 Le partenariat avec les familles. Dans Alexandre, A., Lefèvre, G., Palu, M. & Vauvillé, B. (dirs), *Ergothérapie en pédiatrie* (pp. 83-96). Solal éditeur.

Sauvayre, R. (2013). Chapitre 1. La préparation à l'entretien. Dans R. Sauvayre, *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales* (pp. 1-47). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.sauva.2013.01.0003>

Tavares, C.A. (2013). *La participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement : du discours à une action concertée*. Fédération Québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement. [Participation-sociale.pdf \(laressource.ca\)](#)

Tremblay, M. & Lachapelle, Y. (2006). Participation sociale et démocratique des usagers à la planification et à l'organisation des services. Dans H. Gascon, D. Boisvert, M.-C. Haelewick, J.-R. Poulin & J.-J. Detraux (Dirs.), *Déficience intellectuelle : savoirs et perspectives Tome 1 : représentations, diversité, partenariat et qualité* (77-86). Cap-Rouge : Presses Inter universitaires.

UNESCO. (2015, 17 novembre). *Charte internationale de l'éducation physique, de l'activité physique et du sport*. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Consulté le 17 septembre 2022 sur [Charte internationale de l'éducation physique, de l'activité physique et du sport \(unesco.org\)](#)

Van Hoyer, A., Lemonnier, F. (2020). Sport et santé : définitions et rôle des clubs sportifs. *La santé en action*, 454, 5-7. *La Santé en action, Décembre 2020, n°454 Promouvoir la santé par l'activité sportive et physique. (santepubliquefrance.fr)*

Verdonschot, M.M.L., De Witte, L.P., Reichrath, E., Buntinx, W.H.E. & Curfs, L.M.G. (2009). Impact of environmental factors on community participation of persons with an intellectual disability: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(1), 54-64. DOI : [10.1111/j.1365-2788.2008.01128.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01128.x)

Table des annexes

Annexe 1 : Modèle biopsychosocial de l'activité physique (Poirel, 2017)	63
Annexe 2 : MDH-PPH bonifié (Fougeyrollas, 2010)	64
Annexe 3 : Concept d'autodétermination	65
Annexe 4 : Questionnaire en ligne destiné aux éducateurs sportifs pour l'enquête exploratoire (Août 2022)	66
Annexe 5 : Questionnaire en ligne destiné aux parents d'enfants DI pour l'enquête exploratoire (Août 2022)	68
Annexe 6 : Retranscription non intégrale d'un entretien mené lors de l'enquête exploratoire (4 août 2022)	71
Annexe 7 : Grille d'entretien semi-directif destiné aux ergothérapeutes	72
Annexe 8 : Grille d'entretien semi-directif destiné aux éducateurs sportifs	75
Annexe 9 : Retranscription intégrale de l'entretien avec un ergothérapeute	78
Annexe 10 : Retranscription intégrale d'un entretien avec un éducateur sportif	81
Annexe 11 : Modèle PEO de Law et al. en 1996 (Law et al., 1996)	84

Annexe 1 : Modèle biopsychosocial de l'activité physique (Poirel, 2017)

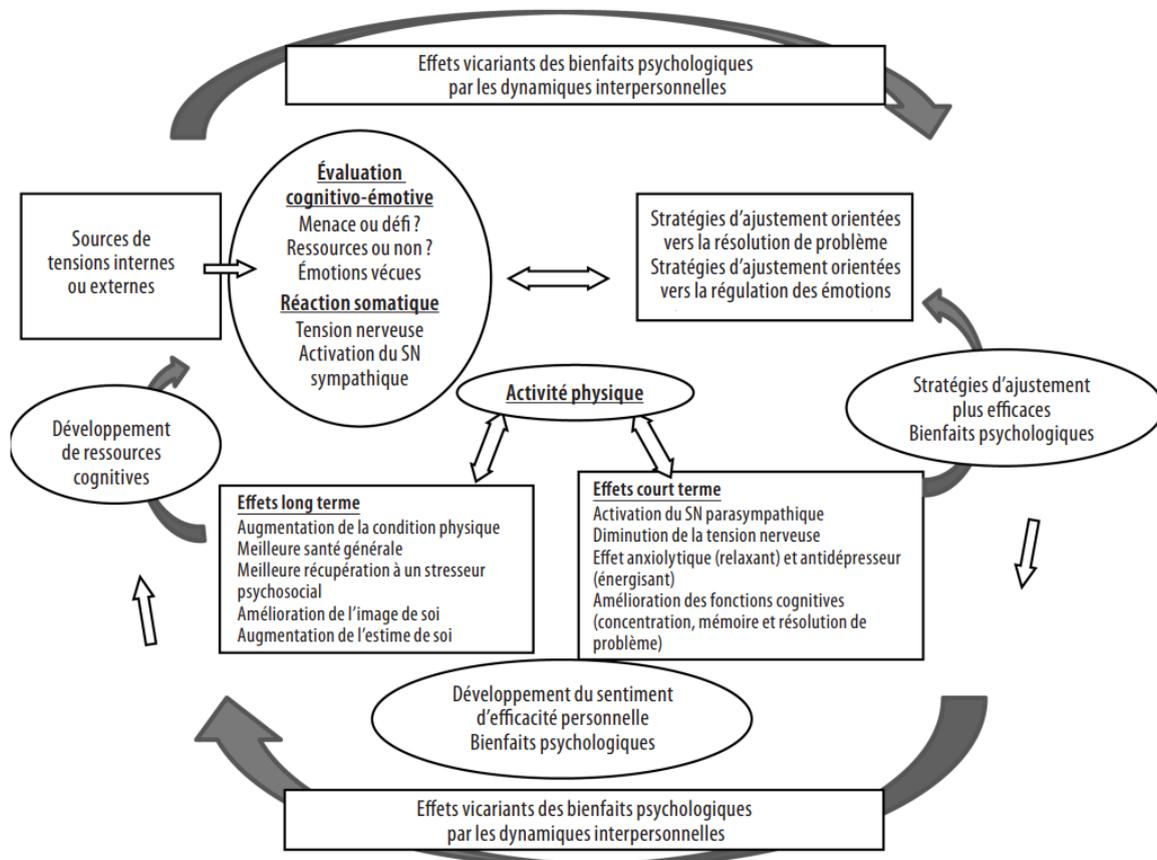


Figure 23 : Modèle biopsychosocial de l'activité physique (Poirel, 2017)

Tiré de Poirel, 2017

Annexe 2 : MDH-PPH bonifié (Fougeyrollas, 2010)

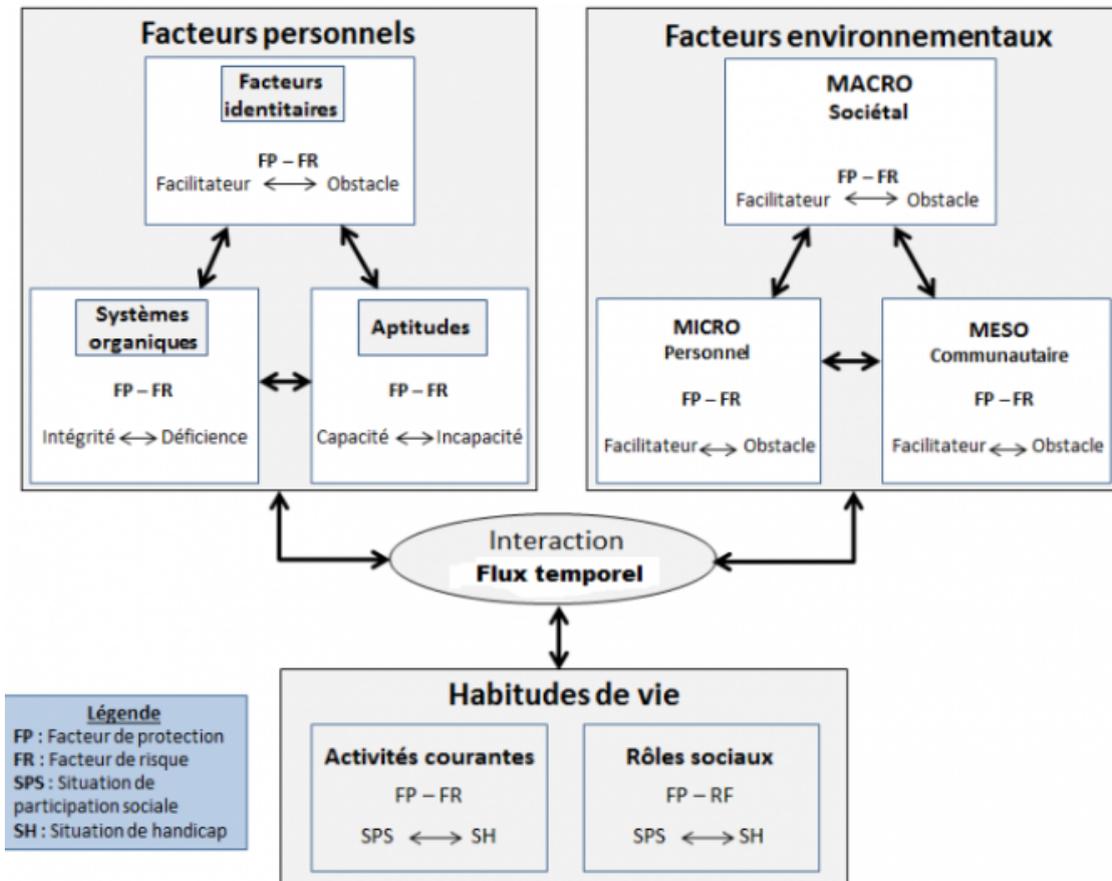


Figure 24 : MDH-PPH bonifié (Fougeyrollas, 2010)

Tiré de RIPPH (s.d.)

Annexe 3 : Concept d'autodétermination

L'**autodétermination** permet à l'individu d'exercer "le niveau de contrôle personnel" souhaité sur ses activités de vie quotidienne importantes et significatives pour lui. Les personnes ayant une DI ont "tendance à exercer peu de contrôle sur les décisions majeures de leur vie" (Lachapelle et al., 2022). Ainsi, elles ont un faible niveau d'autodétermination.

Modèle fonctionnel du comportement autodéterminé (Wehmeyer, 1992)

: Wehmeyer a proposé un modèle fonctionnel de comportement autodéterminé afin de promouvoir l'autodétermination des jeunes ayant une déficience. Il définit le comportement autodéterminé comme "les attitudes et les capacités requises pour agir en tant qu'agent causal principal dans sa vie et pour faire des choix concernant ses actions sans influence ou interférence externe induite" (Wehmeyer, 1992, p.305 cité par Lachapelle et al., 2022).

En 1999, Wehmeyer et ses collaborateurs développent un modèle qui présente les facteurs personnels et les facteurs environnementaux agissant sur l'autodétermination.

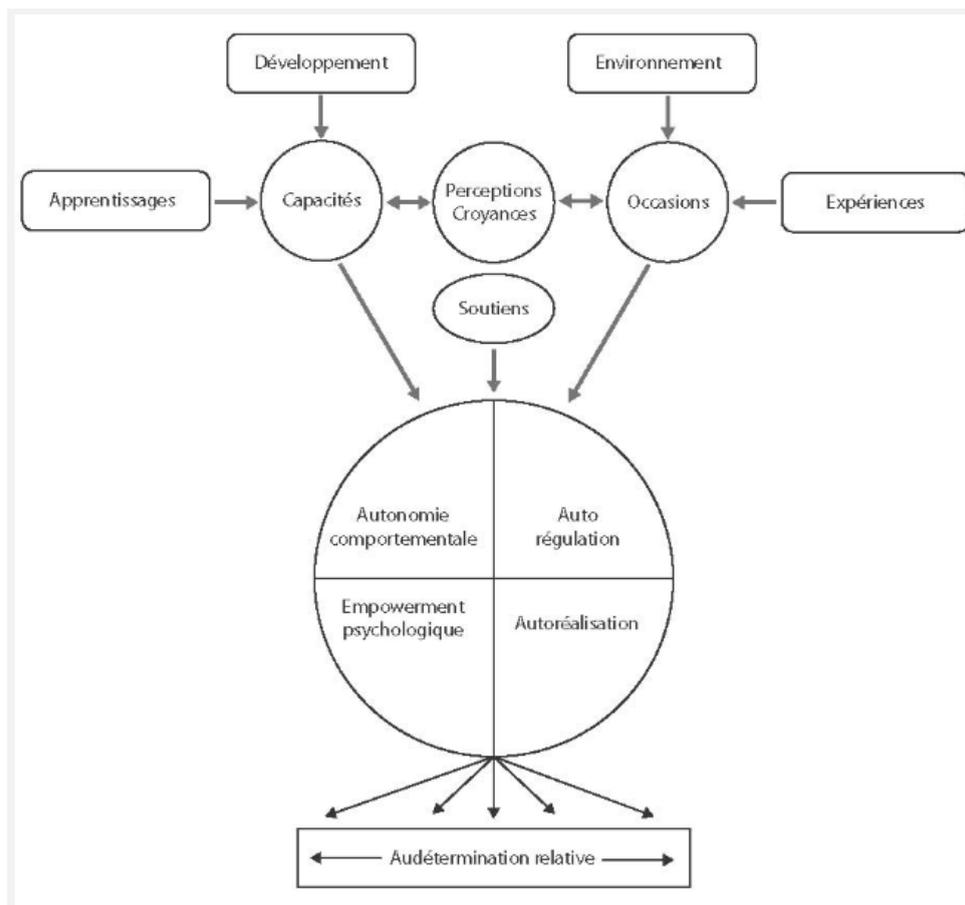


Figure 25 : Modèle fonctionnel du comportement autodéterminé

Tiré de Lachapelle et al. (2022)

Annexe 4 : Questionnaire en ligne destiné aux éducateurs sportifs pour l'enquête exploratoire (Août 2022)

Accueil de l'enfant déficient intellectuel en club sportif

Bonjour, je m'appelle MAILLOT Emilie et je suis étudiante en 3e année d'ergothérapie à La Réunion.

Dans le cadre de mon mémoire, je réalise une enquête exploratoire afin d'analyser l'enjeu de l'accueil des enfants déficients intellectuels dans les clubs sportifs en milieu ordinaire.

A titre informatif, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la déficience intellectuelle (ou handicap mental) comme « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ».

Ce questionnaire est destiné aux **éducateurs sportifs** et dure environ 5 minutes.

Je vous remercie d'avance de vos réponses et du temps accordé pour répondre à ce questionnaire.

N'hésitez pas également à le partager autour de vous.

Merci !

***Obligatoire**

1. Adresse e-mail *

2. Avez-vous un diplôme d'éducateur sportif ? *

Une seule réponse possible.

Oui *Passer à la question 3*

Non *Passer à la question 8*

A propos de vous

3. Quelle mention d'éducateur sportif avez-vous ? (boxe, football, tennis...) *

4. Quel diplôme avez-vous ? *

Plusieurs réponses possibles.

BPJEPS

DEJEPS

DEUST AGAPSC

AGOAPS

DESJEPS

Autre : _____

5. Dans quel milieu exercez-vous ? (salle de sport, club sportif, association sportive...). Préciser.

6. Auprès de quel public exercez-vous ? *

Plusieurs réponses possibles.

Enfants / adolescents

Adultes

Personnes âgées

Tout public

7. Depuis quand exercez-vous ce métier ? *

Passer à la question 8

Formation d'éducateur sportif et handicap

8. Dans le cadre de votre formation, avez-vous eu une approche sur le handicap ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

9. Si oui, comment ?

Plusieurs réponses possibles.

Unité d'enseignement au cours de la formation

Sensibilisation par des intervenants

Autre : _____

10. Vous-êtes vous déjà posé la question de l'accompagnement de la pratique sportive d'une personne en situation de handicap ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

11. Si oui, vous-êtes vous déjà renseigné / documenté, et comment ?

Expériences vécues

12. Avez-vous déjà enseigné un sport à une / des personnes en situation de handicap (handicap moteur, intellectuel, psychique, sensoriel...) ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

13. Si oui, lequel ?

Plusieurs réponses possibles.

Handicap moteur

Handicap intellectuel

Handicap psychique

Handicap sensoriel

Polyhandicap

14. Avez-vous déjà enseigné un sport à un/des enfants ayant une déficience intellectuelle ? *

Une seule réponse possible.

Oui *Passer à la question 15*

Non *Passer à la question 19*

Votre expérience

15. Quel(s) sport(s) avez-vous enseigné à (aux) enfant(s) déficient(s) intellectuel(s) ? *

16. Comment décririez-vous cette expérience ? (approche du handicap; aisance ; éventuelles difficultés rencontrées ; éventuels ajustements nécessaire) *

17. Qu'avez-vous observé au cours des séances / entraînements ? *

18. Avez-vous été en collaboration avec un autre professionnel pour l'enseignement de l'enfant ? Si oui, qui et pourquoi ?

Votre avis sur la pratique sportive de l'enfant déficient intellectuel

19. Selon vous, quels peuvent être les bienfaits de la pratique sportive pour un enfant déficient intellectuel ? Pourquoi ? *

20. Selon vous, quels peuvent être les freins / obstacles rencontrés dans la pratique sportive d'un enfant déficient intellectuel, en club sportif dans un milieu ordinaire ? Pourquoi ? *

21. Selon vous, quels éléments entrent en jeu dans la pratique sportive d'un enfant déficient intellectuel, en club sportif dans un milieu ordinaire ? Pourquoi ? *

22. Seriez vous prêt à accueillir un/des enfants ayant une déficience intellectuelle dans votre club ? (aisance, accessibilité, connaissances...). Pourquoi ? *

23. Si vous devriez accueillir un enfant déficient intellectuel dans votre club sportif, pensez-vous avoir besoin d'un accompagnement, d'une sensibilisation sur le handicap pour un meilleur enseignement de l'enfant ? Si oui, lequel et pourquoi ? *

Ergothérapie et pratique sportive

intervient auprès des personnes en situation de handicap éprouvant des difficultés dans la réalisation de leurs activités.

24. Connaissez-vous l'ergothérapie ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

25. Selon vous, est-il possible d'avoir une collaboration entre ergothérapeute et éducateur sportif pour la pratique sportive de l'enfant déficient intellectuel ? Pourquoi ? *

Annexe 5 : Questionnaire en ligne destiné aux parents d'enfants DI pour l'enquête exploratoire (Août 2022)

Enfant déficient intellectuel et pratique sportive

Bonjour, je m'appelle MAILLOT Emilie et je suis étudiante en 3e année d'ergothérapie à La Réunion.

Dans le cadre de mon mémoire, je réalise une enquête exploratoire afin d'analyser l'enjeu de l'accueil des enfants déficients intellectuels dans les clubs sportifs en milieu ordinaire.

Ce questionnaire est destiné aux **parents d'enfant ayant une déficience intellectuelle**.

Je vous remercie d'avance de vos réponses et du temps accordé pour répondre à ce questionnaire.

N'hésitez-pas également à le partager autour de vous.

***Obligatoire**

1. Adresse e-mail *

2. Avez-vous un / des enfant(s) avec une déficience intellectuelle ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

A propos de votre enfant

3. Quel âge a votre enfant ? *

4. A quel niveau de sévérité correspond la DI de votre enfant ? (DI = Déficience Intellectuelle) *

Plusieurs réponses possibles.

- DI léger
 DI moyen
 DI grave
 DI profond
 Je ne sais pas

5. Votre enfant a-t-il un trouble moteur associé ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

6. Si oui, lequel ?

7. Sélectionnez les difficultés majoritairement rencontrées par votre enfant. *

Plusieurs réponses possibles.

- Le raisonnement
 L'apprentissage
 La résolution de problèmes
 Le langage
 Les habiletés sociales
 Les activités quotidiennes
 La communication
 La responsabilité individuelle

8. Votre enfant part-il à l'école ? *

Une seule réponse possible.

- Ecole ordinaire
 Ecole spécialisée
 Non
 Autre : _____

9. Votre enfant est-il suivi dans une institution, structure spécialisée ? Si oui, laquelle ? *

10. Votre enfant fait du sport : *

Plusieurs réponses possibles.

- A la maison (seul, avec la fratrie / les parents...)
 A l'école / en institution
 Avec la famille / les amis
 Dans un club sportif
 Ne pratique pas de sport
 Autre : _____

11. Votre enfant a-t-il déjà été inscrit / est inscrit dans un club sportif, en milieu ordinaire ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 12*
 Non *Passer à la question 31*

Pratique sportive de votre enfant

12. Quel sport pratique (ou a pratiqué) votre enfant ? *

13. Où pratique-t-il ce sport ? (Facultatif)

14. Depuis combien de temps pratique-t-il ce sport ? *

15. A quelle fréquence pratique-t-il ce sport (heure/jour ; jour/semaine) ? *

16. Votre enfant pratique-t-il toujours ce sport ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

17. Si non, pourquoi ?

18. Pourquoi avez-vous souhaité inscrire votre enfant dans un club sportif ? *

19. Pourquoi avoir choisi ce sport et non un autre ? *

20. Avant l'inscription, avez-vous des appréhensions sur l'inclusion de votre enfant *
au sein du club (avec l'entraîneur, les autres enfants; etc...) ?

21. Lors de l'inscription, l'entraîneur avait-il des connaissances sur le handicap de
votre enfant (pathologie, signes cliniques, risques...) ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Plus ou moins

Non

Je ne sais pas

22. A t-il fallu que vous expliquiez à l'entraîneur le handicap de votre enfant ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

23. L'inscription au sein du club a-t-elle nécessité : *

Plusieurs réponses possibles.

Des adaptations particulières (gestes pratiques ; matériel ; etc.)

Un ajustement des temps d'entraînement

Un temps d'échange avec l'entraîneur

Une période d'essai

La présence d'un tiers lors des entraînements (parents, éducateur spécialisé ...)

Rien

Autre : _____

24. Avez-vous rencontré des difficultés pour l'inscription de votre enfant ? Si oui, *
lesquels ?

25. Avez-vous obtenu des aides financières pour l'inscription de votre enfant ? Si *
oui, lesquels ?

26. Pourquoi avez-vous privilégié l'inscription de votre enfant dans un club ordinaire (accessible à tout public) plutôt que dans un club sportif spécialisé ? *

27. Qu'observez-vous pendant que votre enfant pratique ce sport, au cours de la séance (le relationnel, l'investissement, la participation, la communication, l'apprentissage, le comportement, etc...) ? *

28. Depuis que votre enfant pratique ce sport, observez-vous des changements dans la vie de tous les jours (participation, communication, relationnel, etc.) ? Si oui, lesquels ? *

29. A quel point votre enfant apprécie-t-il de pratiquer ce sport ? *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5

N'apprécie pas du tout Apprécie beaucoup

30. Souhaitez-vous partager une anecdote, une expérience concernant la pratique sportive de votre enfant ?

Passer à la question 34

Pratique sportive et déficience intellectuelle

31. Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous jamais inscrit votre enfant dans un club sportif ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Je ne sais pas
- Je ne trouve pas de club sportif
- Problème financier
- Problème de transport
- Problème de temps
- Mon enfant ne veut pas
- Appréhension sur les connaissances et savoir-faires des professionnels pour l'accompagnement de mon enfant
- Appréhension sur le regard des autres enfants
- Appréhension sur les capacités de mon enfant
- Appréhension sur l'inclusion de mon enfant
- Ce n'est pas une priorité
- Je ne suis pas adepte des clubs sportifs
- Autre : _____

32. Pensez-vous que votre enfant pourrait pratiquer un sport dans un club ordinaire (accessible à tous) ? Pourquoi ? *

33. Pensez-vous que cela pourrait avoir un effet bénéfique sur son développement ? Pourquoi ? *

Cadre législatif

34. Selon vous, un club sportif a-t-il le droit de refuser l'inscription d'un enfant en situation de handicap ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

35. Selon vous, un club sportif est-il dans l'obligation de prendre des mesures appropriées pour la participation d'un enfant en situation de handicap au sein du club ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

36. A quel niveau pensez-vous être informé(e) sur l'accès au sport d'un enfant en situation de handicap ? (aides, accompagnement, organismes, démarches, etc) : *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5

Pas du tout informé(e) Très bien informé(e)

Le mot de la fin

Votre enfant est-il suivi par un ergothérapeute ? *

Une seule réponse possible.

- Auparavant
- Oui
- Non

Connaissez-vous l'ergothérapie ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Annexe 6 : Retranscription non intégrale d'un entretien mené lors de l'enquête exploratoire (4 août 2022)

Dans le cadre de notre enquête exploratoire, nous avons interrogé un professionnel membre du pilote "Animation de la Réflexion territoriale" qui fait partie du Pôle de Compétences et de Prestations Extériorisées (PCPE), à l'ALEFPA.

Cet entretien s'est déroulé le 4 août 2022 à La Réunion. Les données récoltées sont les suivantes :

"Notre rôle est d'amener au maximum la personne dans l'inclusion en lien avec différents professionnels, dans le droit commun, la participation sociale, etc. On a créé le poste de pilote dans l'idée d'accompagner la réflexion du territoire justement sur les offres de service. Aujourd'hui on ne pense pas à une personne dans un établissement médico-social mais à une personne accompagnée dans le monde ordinaire."

Cette personne nous parle de ce qui a été dit par différents professionnels lors de la dernière table ronde ayant eu lieu à La Réunion, concernant l'accessibilité au sport, aux loisirs et à la culture des personnes en situation de handicap :

"Il existe différentes structures telles que le PCPE, les SESSAD, etc. qui vont vers l'extérieur et non plus en intra-institutionnel. Ils essaient d'aborder et de sensibiliser le droit commun au maximum pour que l'on puisse accompagner et accueillir ces personnes dans de bonnes conditions, que ce soit pour la personne, pour l'aidant et pour l'accueillant.

Ce qui est dit concernant le sport, c'est que souvent les gens se tournent vers le Handisport ou le sport adapté. Pour favoriser la participation sociale, il faudrait plus de structures inclusives, mais pour cela il faut de l'accompagnement, la sensibilisation aux clubs, faire du suivi pour aider les gens à aller jusqu'au sport, etc.

Ce qui est demandé aujourd'hui c'est de sensibiliser le club et être référent pour le coach aussi. [...] Une problématique qui revient beaucoup est également la formation des entraîneurs sportifs. Ils ont des modules d'enseignement sur le handicap, mais il faut se demander si deux heures finalement est-ce que c'est suffisant pour parler de tous les handicaps. Donc voilà, cette table ronde avait pour objectif de discuter de tout ça. Ce qui était dit c'est qu'il faut trouver un référent, un professionnel qui va pouvoir accompagner les clubs, car on peut sensibiliser tout le monde mais on ne peut pas former tout le monde. Alors on se demande qui peut être ce référent, quels professionnels. [...]

Notre but à nous là c'est de créer un réseau de plusieurs professionnels pour favoriser l'inclusion par l'interprofessionnalité. Cela permet de faire avancer les différentes problématiques rencontrées sur le terrain, d'avoir quelque chose de concret et de pouvoir produire quelque chose derrière. En croisant les regards, les informations sont riches, avec les apports de chacun."

Annexe 7 : Grille d'entretien semi-directif destiné aux ergothérapeutes

Pôle de questionnement	Critères / attendus	Questions	Relances	H1 ou H2
Présentation du professionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle et validation des critères d'inclusion - Le professionnel : <ul style="list-style-type: none"> . se présente en tant qu'ergothérapeute . décrit son lieu d'exercice . décrit le public avec qui il travaille . son contexte d'intervention 	Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre pratique professionnelle ?	<ul style="list-style-type: none"> - Depuis quand exercez-vous l'ergothérapie ? - Pouvez-vous me dire où est-ce que vous travaillez ? - Depuis quand travaillez-vous dans cette structure ? - Quel public accueillez-vous ? - Dans quel contexte intervenez-vous pour ce public ? 	
Les facteurs influençant la participation sociale (PS) de l'enfant DI en club sportif	Facteurs individuels selon le MDH-PPH : <ul style="list-style-type: none"> - Troubles liés : <ul style="list-style-type: none"> . aux activités intellectuelles . au langage . au comportement . aux activités motrices - Niveau d'indépendance - La motivation 	Selon vous, quels sont les facteurs personnels qui peuvent influencer la participation sociale de l'enfant DI lors de la pratique sportive en club ?	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les troubles que peut avoir l'enfant, qui peuvent influencer la PS ? - En quoi le niveau d'indépendance de l'enfant influence-t-il sa PS ? - En quoi la motivation de l'enfant peut-elle favoriser sa PS ? 	H1
	- Connaissance des facteurs environnementaux <ul style="list-style-type: none"> Educateur sportif Le groupe sportif Les parents L'organisation de la salle 	Selon vous, quels sont les facteurs environnementaux qui peuvent influencer la participation sociale de l'enfant DI lors de la pratique sportive en club ?	<ul style="list-style-type: none"> - En quoi l'entraîneur sportif peut-il influencer la PS de l'enfant lors de ses entraînements ? - En quoi le groupe sportif peut-il influencer la PS de l'enfant lors de ses entraînements ? - En quoi les parents / la famille peuvent-ils influencer la PS de l'enfant lors de ses entraînements ? - En quoi l'environnement physique peut-il influencer la PS de l'enfant lors de ses entraînements ? 	

<p>Adaptations et aménagements proposés</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Préconisations d'adaptations et d'aménagements - Agir sur l'autodétermination .Empowerment psychologique .Autonomie comportementale .Autoréalisation .Autorégulation <p>Plan d'intervention individualisé</p>	<p>Que préconiserez-vous pour favoriser la participation sociale lors de la pratique sportive de l'enfant DI en club ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce qui pourrait être mis en place pour pallier les difficultés de l'enfant liées aux troubles intellectuels que vous avez mentionné précédemment ? - Qu'est-ce qui pourrait être mis en place pour pallier les difficultés de l'enfant liées aux troubles du langage que vous avez mentionné précédemment ? - Qu'est-ce qui pourrait être mis en place pour pallier les difficultés de l'enfant liées aux troubles comportementaux que vous avez mentionné précédemment ? - Qu'est-ce qui pourrait être mis en place pour pallier les difficultés de l'enfant liées aux troubles moteurs que vous avez mentionné précédemment ? 	<p>H1 H2</p>
<p>Rôle de l'ergothérapeute pour accompagner l'enfant DI dans la pratique sportive en club</p>	<p>- Rôle de l'ergothérapeute :</p> <ul style="list-style-type: none"> .Préparation en séance (rééducation des habiletés) .Analyser l'activité / observation .Plan d'intervention individualisé .Agir sur son environnement (réadaptation / préconisations) 	<p>De par ses compétences, en quoi l'ergothérapeute peut-il agir pour accompagner l'enfant dans sa pratique sportive en club ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En quoi la préparation de l'enfant en séance favorise-t-il sa pratique sportive en club ? - Que peut apporter une analyse d'activité dans l'accompagnement de l'enfant dans la pratique sportive ? 	<p>H1</p>

<p>Collaboration avec l'éducateur sportif</p>	<p>- Ergothérapeute : .Connaissances spécifiques sur la DI .Expertise (Spécificité du métier) .Compétence 10 .Personne ressource</p> <p>- Collaboration : .Conseils .Sensibilisation .Préconisations .Partage des savoirs (connaissances et compétences)</p>	<p>Selon vous, en quoi l'ergothérapeute peut-il collaborer avec l'éducateur sportif afin de favoriser la PS de l'enfant lors sa pratique sportive ? Pensez vous avoir votre place pour sensibiliser les éducateurs sportifs sur la DI ?</p>	<p>- Que pouvez-vous apporter à l'éducateur sportif pour favoriser la PS lors la pratique sportive de l'enfant dans son club ? - En quoi pouvez vous être une personne ressource pour les éducateurs sportifs ?</p> <p>- En quoi une sensibilisation sur la DI aux éducateurs sportifs pourrait-être utile ? - En quoi la compétence 10 « Former et Informer » permet d'elle de sensibiliser les éducateurs sportifs ? - Vous sentirez-vous légitime de sensibiliser les éducateurs sportifs ?</p>	<p>H1 H2</p>
<p>Clôture / ouverture</p>	<p>Apports supplémentaires et utiles à l'étude</p>	<p>Auriez-vous des informations supplémentaires ou des conseils que vous souhaiteriez partager ?</p>		

Annexe 8 : Grille d'entretien semi-directif destiné aux éducateurs sportifs

La participation sociale : est la réalisation d'une activité au sein d'une communauté par un individu. Elle naît du désir d'engagement social (composantes individuelles) et du soutien apporté par la communauté (opportunités offertes par son environnement). La réalisation de cette activité permet à l'individu d'être dans un processus d'empowerment. Favoriser la participation sociale, c'est apporter une réponse individualisée à chacun, selon le contexte. Pour ce faire, il faut savoir accorder la parole aux personnes concernées, et les inclure dans les décisions à entreprendre (Castelein, 2012).

Pôle de questionnement	Critères / attendus	Questions	Relances	H1 ou H2
Présentation du professionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle et validation des critères d'inclusion - Le professionnel se présente - Le professionnel décrit le sport qu'il entraîne 	Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre pratique professionnelle ?	<ul style="list-style-type: none"> - Quel diplôme avez-vous ? - Quel sport entraînez-vous ? - Depuis quand entraînez-vous ce sport ? 	-
Connaissances de l'éducateur sportif sur la DI	- Le professionnel parle de l'approche qu'il a eu sur la DI (formation, sensibilisation, utilité)	Dans le cadre de votre formation et parcours professionnels, pouvez-vous me parler de l'approche que vous avez eu sur la DI ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant votre formation pour devenir éducateur sportif, avez-vous reçu une approche / une sensibilisation sur la DI ? - Si oui, que pensez-vous de cette approche ? Vous a-t-elle été utile ? 	H2
	Facteurs individuels selon le MDH-PPH : <ul style="list-style-type: none"> - Troubles liés : <ul style="list-style-type: none"> . aux activités intellectuelles . au langage . au comportement . aux activités motrices 	Pouvez-vous me parler de vos connaissances sur la DI ?	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est votre niveau de connaissance sur la DI ? - Selon vous, quels sont les troubles de la DI ? - Selon vous, quelles difficultés rencontrent les enfants DI ? 	H2

<p align="center">La participation sociale de l'enfant DI au sein du club sportif</p>	<p>Le professionnel nous parle d'un enfant qu'il a entraîné.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facteurs personnels 	<p>Vous avez déjà entraîné un enfant ayant une DI. Pouvez-vous me parler de cet enfant et de ses séances d'entraînements ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quel âge a cet enfant ? - A quelle fréquence entraînez-vous cet enfant ? - Pendant combien de temps avez-vous entraîné cet enfant ? - Quelles difficultés avait cet enfant ? - Qu'avez-vous mis en place pour améliorer sa pratique sportive ? 	H1
	<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs environnementaux - Autodétermination - Motivation - Niveau d'indépendance 	<p>Pouvez-vous me parler de sa participation sociale avec les autres lors des entraînements ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comment l'enfant interagissait-il avec les autres enfants, et avec vous ? - Comment était son comportement lors des entraînements ? - Comment était sa motivation ? 	H1
		<p>Comment décririez-vous l'évolution de cet enfant lors de ses entraînements ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A-t-il progressé dans la pratique du sport ? Si oui, en quoi ? - Comment évaluez-vous sa participation au sein du groupe par rapport au début de sa pratique sportive ? 	H1
<p align="center">Expérience de l'éducateur sportifs sur l'entraînement d'un enfant ayant une DI</p>	<p>Le professionnel nous parle de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - son ressenti / aisance - ses ressources d'aide - ses éventuelles difficultés rencontrées 	<p>Pouvez vous me parler de votre expérience à vous lors de ces entraînements ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous me parler de votre ressenti / aisance lors de ces séances ? - Pouvez-vous me parler des difficultés que vous avez rencontré ? - Avez-vous eu besoin d'aide pour mettre des choses en place ? Si oui, quelles étaient vos ressources ? 	H2

La collaboration avec l'ergothérapeute	- Collaboration : .Conseils .Sensibilisation .Préconisations .Partage des savoirs (connaissances et compétences)	<i>(rappel de l'ergothérapie si besoin)</i> Que pensez-vous d'une collaboration entre éducateur sportif et ergothérapeute pour favoriser la PS de l'enfant lors de la pratique sportive dans votre club ?	- En quoi un ergothérapeute pourrait-il vous aider à accompagner l'enfant dans sa pratique sportive ? - Que pensez-vous des conseils / préconisations que l'ergothérapeute pourrait vous apporter pour favoriser la pratique sportive de l'enfant ? - En quoi l'expertise de chacun peut-il favoriser la PS de l'enfant ?	H1 H2
	Avis du professionnel : - utilité - attitude - investissement - connaissances	Quel est votre avis sur la sensibilisation à la DI pour les éducateurs sportifs ?	- Pensez-vous qu'une sensibilisation pourrait vous être utile ? Pourquoi ? - En quoi avoir une sensibilisation sur la DI favoriserait l'accompagnement de l'éducateur sportif ? - Seriez-vous prêt à vous investir dans une sensibilisation pour favoriser l'entraînement des enfants DI ? - Qu'attendriez-vous d'une sensibilisation sur la DI ?	H2
Ouverture	Apports supplémentaires et utiles à l'étude	Auriez-vous des informations supplémentaires ou des		

Annexe 9 : Retranscription intégrale de l'entretien avec un ergothérapeute

- Enquêtrice : MAILLOT Emilie ("Emilie")
- Interviewé : "Ergo 4"
- Date : 15 février 2023
- Durée : 49 minutes

Avant le début de l'enregistrement, il y a eu un rappel du sujet de mémoire et de la problématique. Nous avons ensuite demandé à l'interviewé si elle avait des questions, et si elle était prête à commencer.

Emilie : Peux-tu te présenter et me parler de ta pratique professionnelle stp ?

Ergo 4 : Alors du coup L.B. Je suis ergothérapeute depuis 2021. C'est une reconversion professionnelle. J'ai travaillé directement après mon diplôme. Puis j'ai associé un poste en IME avec des enfants, et aussi EEAP, ça allait de l'enfant de 5 ans à l'adulte de 27 ans avec l'amendement CRETON. [...] Et après j'ai enchaîné sur ma prise de poste en SESSAD pour les troubles de la déficience intellectuelle. Je suis la seule ergothérapeute sur mon service. Donc il y a à peu près 150 situations. J'interviens pas sur tout. Je mets en parallèle les activités de la vie quotidienne, les bilans, et comment l'enfant interagit avec son environnement. Voilà.

Emilie : Merci. Alors, premièrement, en quoi les facteurs individuels peuvent-ils influencer la PS de l'enfant pratiquant du sport en club ?

Ergo 4 : Alors pour moi la communication. Est-ce que l'enfant est en mesure de pouvoir communiquer. La compréhension aussi, de son environnement, des règles et tout ce qui est, oui, fonctions supérieures. Ensuite pour moi facteurs personnels c'est tout ce qui est le trait de l'enfant. Ses capacités en fonction des facteurs intrinsèques. Donc aussi en fonction de si il a un syndrome ou pas. Aussi de pouvoir faire un choix de faire un sport. Et d'exprimer le choix du sport. Dans quelle activité physique il souhaite participer. Ouai voilà. Après aussi bah les capacités physiques, si il y a pas de contre-indication tout ça. Et puis, je dirai essentiellement, surtout la capacité de pouvoir interagir avec son environnement, de pouvoir communiquer et comprendre.

Emilie : Et selon toi, en quoi est-ce que la motivation peut influencer la PS ?

Ergo 4 : Oui. La motivation permet de favoriser l'engagement de l'enfant. Sans motivation, bah forcément en ergothérapie, il n'y a pas forcément d'engagement. Et du coup peut être manquer de persévérance face à certaines difficultés. Pour moi ce qui va impacter aussi la motivation de l'enfant, ça va être aussi l'approche en fait. C'est l'impact aussi de l'environnement, sur comment ça va permettre de rendre l'activité accessible. Au niveau motivation, oui, le fait de pouvoir choisir encore une fois choisir une activité, pour pouvoir s'engager et de communiquer son choix. Donc comprendre ce qui est proposé dans l'activité et voilà. Adapter en fait... Oui y'a aussi, peut être un environnement pas adapté, peut-être trop bruyant qui causent les troubles. Pour moi ce n'est pas tant les troubles qui vont impacter sa motivation, c'est plus la compréhension de l'activité. La connaissance aussi. Pouvoir avoir accès. Des fois c'est vrai qui a le trouble de la DI. Mais ça peut être aussi lié à une carence éducative. Donc si l'enfant n'a pas été stimulé, s'il ne sait pas que ça existe. C'est un peu compliqué d'y aller lorsqu'on ne connaît pas.

Emilie : Merci. Quels sont selon toi les facteurs environnementaux cette fois-ci, qui peuvent entrer en jeu dans la PS ?

Ergo 4 : Alors pour moi il va y avoir l'environnement familial dans un premier temps. Que ce soit au niveau des finances, au niveau du transport, au niveau de la proximité de l'activité. L'appréhension de l'environnement familial aussi pour permettre un petit peu de lâcher-prise. De permettre l'indépendance et l'autonomie de l'enfant qui a un trouble de la DI. Il va après y avoir l'environnement des clubs. Du coup est-ce qu'on accepte qu'un enfant, qui pour lui jouer au foot c'est courir après la balle avec des copains, ou est-ce qu'il faut qu'il y a une notion

de performance. Parce que souvent il y a une notion de performance dans les clubs en fait, et ça peut être ça le problème.

Ah oui ! D'avoir aussi quelqu'un qui peut être en mesure de comprendre en face. Donc peut-être par manque de formation. Pour permettre l'accès à l'activité physique à l'enfant. C'est-à-dire avoir des notions de communication, peut être alternative. Enfin voilà savoir adapter ses propos, ses explications. Peut-être aussi du coup les horaires, car souvent ce sont des enfants qui ont beaucoup de rendez-vous, rendez-vous paramédicaux, sur un emploi du temps déjà très chargé. Ça peut déjà demander beaucoup d'effort à l'enfant. Bon la ça serait un facteur personnel.

J'ai oublié la fatigabilité aussi qui joue un rôle.

Voilà au niveau de l'environnement, il y a l'autonomie au transport, lorsque les parents ne peuvent pas accompagner, quand ils ne sont pas véhiculés, n'ont pas le permis. Quand les parents eux même ont un trouble de la DI. Le financement. Et... oui voilà le financement pour ce qui est équipement, etc.

La possibilité aussi de pouvoir tester ce sport. C'est vrai que par exemple peut être que certains clubs vont directement se former. Donc peut être sur le terrain accompagner en tant qu'ergothérapeute, l'accompagner dans la pratique sportive, l'enfant ou l'ado.

Donc oui, tout comme on peut faire le parallèle avec l'école inclusive ou on va inclure des élèves dans un milieu voilà... en inclusion comme ils disent. L'inclusion sans donner de formations aux enseignants, alors il y a les enseignants qui sont formés à ça, mais d'autres qui ne sont pas du tout. Forcément déjà si le milieu n'est pas adapté, je pense que pour un sport c'est pareil. Quelqu'un qui va être dans une pratique sportive dans un club n'aura pas forcément une notion de "je peux accueillir des enfants en situation de handicap, du coup adapter mon activité. Ou alors il y aura un créneau pour les enfants en situation de handicap. Ce qui n'est pas forcément une bonne chose puisque du coup vu la ... enfin ils ne vont pas faire le maximum pour rendre la situation inclusive. Donc l'inclusion en effet nécessite un accompagnement. C'est ce manque d'accompagnement et de formation.

Emilie : En quoi est-ce que le groupe sportif peut influencer la PS de l'enfant lors de sa pratique ?

Ergo 4 : Bah par exemple dans un club collectif, déjà il y a le fait d'appartenir à un club. Ça permet de bien voilà, moi une petite fille de 11 ans qui appartient à un club de volley, je ne suis pas juste une enfant qui est suivie en SESSAD. Enfin, voilà. Ça permet déjà de sortir d'un milieu décentré d'un milieu médicalisé et de pouvoir avoir accès à la capacité. Je ne sais pas si vous avez déjà vu ce mot en ergo. C'est le fait de pouvoir rendre le fait qu'on est capable de. Du coup ça permet de se décentrer. Parce que en France, enfin je parle de la France parce que c'est surtout la que je connais, on a trop tendance à renfermer les personnes qui ont des troubles entre eux, du coup ça permet pas peut être de développer des compétences de communication, d'apprentissage de règles, de bio-communauté. Parce que souvent, voilà, on est à l'écart quoi. Ça permettrait d'inclure la personne, mais aussi de sensibiliser d'autres personnes qui ne sont pas en lien avec une situation de handicap. De pouvoir les sensibiliser à cette situation, et de voir que peut être c'est aussi l'environnement qui crée le handicap. Car peut être qu'un enfant qui a des troubles de la DI pour certaines situations aura des difficultés et peut être qu'en situation de sport il s'en sortirait très bien. Du coup ça permet aussi de briser un peu cette image de situation de handicap. ah bah difficultés partout. Non ! puisque ça pourrait faire émerger des compétences, à partir du moment où on s'adapte encore une fois pour l'apprentissage. Moi personnellement, demain si je dois me mettre à jouer au foot je suis clairement en situation de handicap. Donc si j'ai pas un prof qui va s'adapter à mes capacités, à mes compétences et pourtant je jouerai peut être avec des personnes du même âge que moi, un moment faudrait m'attendre dans la séance. Donc voilà, je pense que pour un enfant en situation de trouble de la DI, ce serait bénéfique pour se développer. Et puis sortir voilà de son environnement, se décentrer de la situation de handicap, et remettre un peu aussi la personne de ses occupations quoi.

Voilà, remettre un petit peu les activités et les occupations en lien avec la personne en fait. Et pas le handicap en pathologie centrée. Mais les occupations.

Emilie : Merci ! A partir de tes accompagnements, qu'est-ce que tu préconiserais pour favoriser la PS lors de la pratique sportive ? Par exemple face aux différents troubles que tu as pu citer avant.

Ergo 4 : Alors, dans un premier temps. J'ai un cas typique en ce moment d'un jeune qui aimerait faire du Kung-Fu. C'est un sport des arts martiaux. On le sait, c'est un niveau assez strict. Il faut une certaine rigueur. Ce jeune-là, ne l'a pas du fait de ses troubles. Mais il n'empêche que pourquoi pas, ça pourrait être un bon support pour prendre cette rigueur et lui donner aussi une motivation pour gagner en compétences sur d'autres points ou il a des difficultés. Mais parce que aussi il n'y a pas de but final en fait. Donc la motivation à faire du sport pourrait être le support du coup déjà à gagner en compétences sur pleins d'autres choses. Notamment sur le fait de savoir lire l'heure, d'être à l'heure. Donc voilà. Pour ce jeune, on ne pourrait pas l'envoyer comme ça clairement, entrer dans un club, parce que du coup il y aura pas de compréhension de la part du professeur sportif. Donc là ce serait ouai de l'accompagner, déjà je pense ... le laisser lui expliquer ses motivations et sa situation. D'échanger avec aussi du coup le prof de sport pour, ouai, être claire sur la situation en fait. Exprimer et dire, voilà en fait, lui il aurait envie de faire ce sport. Dans quelle mesure ça serait possible de l'accueillir dans le club. sans que ce soit stigmatisant pour lui de se retrouver avec des enfants de 5 ans. Et en même temps, voilà, est-ce-que bah du coup ce serait envisageable ... Donc pour moi ça serait que les personnes qui accompagnent aussi l'enfant. Parce que lui-même il pourra pas expliquer toute la situation, il sera en mesure d'expliquer sa situation, mais pas tout. Après pour adapter le sport ce serait de voir un petit peu, détailler comment l'activité se passe et après, même limite faire pourquoi pas une fiche d'activité. Il faut arriver à telle heure, il faut avoir tel ou tel matériel. Voilà ça se passe à tel endroit. Il faut prévoir de l'eau. Voilà quoi. Idéaliser un peu l'activité, après voilà. On commence par l'échauffement, « ta ta ta ». Et voir comment est-ce qu'on pourrait adapter l'activité. Je pense qu'à mon avis, ce serait d'entrer en relation. Etant donné que nous on est une profession de l'occupation, on sait détailler un petit peu comme un chef saurait détailler une recette, avec tous les procédés. Nous on pourrait dire, voilà quelle est votre recette, quels ingrédients il faut. Il n'y a pas de poissons, pas de viande, on va dire comment faire le même plat avec d'autres ingrédients.

Je pense qu'après faut que le club ait envie de prendre ce temps-là. Il faudrait déjà commencer par quelque chose de toute façon. Et puis le milieu sportif, ça reste aussi un esprit de collectivité, de partage tout ça. Donc s'appuyer sur les valeurs du sport. Aussi, voilà dire les valeurs et c'est le moment de les montrer ! (rires). Donc voilà.

Mais pas noyer le poisson, pas ... On a eu des situations où certains sont exclus. Il faut prévenir les difficultés du jeune, car sinon au final il se retrouve en situation de handicap, car il se fait reprocher des choses qui sont en lien avec ses troubles. Bah lui, selon comment c'est présenter et expliquer, ça peut être compliqué. A part bloquer et lui faire perdre sa confiance en lui, bah voilà.... pour moi ça nécessite d'être bien clair sur les difficultés. Même si pour le coup on ne veut pas se centrer sur la pathologie, faut être clair sur le fait que ce jeune-là, je sais pas moi. Si vous le montrez, ça ne va pas lui servir, mais si vous l'expliquez, ça va lui servir plus. Ou l'inverse.

Plus un espace restreint. Pas trop le solliciter au niveau visuel. Voilà. En gros, bien analyser l'environnement. Et peut-être préconiser des adaptations pour travailler en collaboration en fait avec le club sportif.

Emilie : En séance avec ces enfants, qu'est-ce que tu mets en place pour leur aider à gérer leur émotion ?

Ergo 4 : Gestion des émotions, ça va être déjà arriver à identifier les émotions. Identifier l'émotion qui se présente sur le moment, si c'est de la frustration. Des fois y'a certains jeunes en fait qui ont une difficulté dans la gestion des frustrations récurrentes dès qu'il a une situation problématique. Peut-être aussi en amont peut être, veiller en fait de l'arrivée de la frustration et prendre un peu les devants. Bah avant que ça monte très haut et que ça explose. Avoir peut être une petite échelle, un petit thermomètre visuel. Bon voilà quand y'a une problématique avec certains comportements là ça commence à rentrer ... sachant que ça peut être en lien avec la fatigue, etc. Et peut-être aussi du coup, enfin pour le coup j'ai pas encore vraiment eu de situation de frustration. J'en ai pas trop rencontré mais peut-être parce que du coup en amont on va passer par beaucoup de verbal. Aussi,

lui permettre aussi de faire des pauses, d'aller à son rythme aussi. Pour moi c'est de détailler tout ce qui pourrait l'amener à la frustration et de l'anticiper. Si on est sûr que c'est un jeune qui a du mal à ressentir sa fatigue et à ressentir ses émotions, bah alors un peu les observer pour lui et l'aider en fait avec ce support, à exprimer ses émotions. Donc oui il faut prendre du temps, soit mettre un petit endroit pour que le jeune puisse aller se reposer. Souvent c'est un défaut d'inhibition aussi. ou alors mettre un petit truc pour qu'il puisse taper dedans ou alors mettre des feuilles pour qu'il puisse déchirer ou ... Voilà. Mettre à disposition. Et je pense que ça peut être utilisé par tous. Parce que certains enfants ont la capacité pour gérer les frustrations ils ne l'ont pas encore tous, car il y a pas la maturité cérébrale pour pouvoir la gérer. Donc ça pourrait être aussi des outils, d'où l'intérêt de communiquer avec les clubs sportifs. Ça peut être aussi présenté comme un outil accessible à tous.

Emilie : Pour un enfant qui aurait des difficultés au niveau de la communication, qu'est-ce que tu préconises ?

Ergo 4 : (Réflexion). Là pareil, en fait ce serait soit de mettre en place avec le club des outils de communication adaptés, mais en fait. Pour moi, vu l'idée ... L'aide technique c'est bien, l'aide à la communication c'est super pour les enfants qui ont du mal. Mais pas tous les enfants signent, pas tous les enfants ont accès à cet apprentissage-là. pas tous les enfants communiquent par picto ou pas photo. Ça pourrait être oui des picto ou des images, mais assez parlante ou évocatrice. Parce que oui les picto il faut pouvoir les interpréter aussi quand même. C'est pas toujours très simple. Pour moi un verre d'eau c'est pas 3 traits noirs avec du blanc dedans quoi. C'est vrai que ça pourrait être ça, de mettre en place, enfin. Être à l'écoute, communiquer avec un mot. De voir en fait, en fonction des difficultés de communication du jeune. Et de laisser le temps aussi au jeune de répondre. Aussi, toujours pareil, ce serait comme une petite carte d'identité avec la communication de la personne. Est ce qu'il y a un temps de latence au niveau de la compréhension, est ce qu'il y a un temps de latence au niveau de l'expression. Est-ce que la DI, la personne arrive à penser tout ce qui va être abstrait, la théorie de l'esprit... Donc du coup c'est en gros, c'est plutôt voilà par exemple ce jeune du trouble de la compréhension. En lien avec le groupe, la communication il faut qu'elle soit premier degré. Donc parler lentement, ne pas utiliser ... ne pas donner plus de 2 consignes à la fois, ou 1 consigne à la fois. En fait c'est aussi cette compensation qu'on peut mettre en place pour rendre accessible la connaissance à la personne. Voilà, là c'est en fonction du jeune. Retranscrire après les préconisations au sein de l'activité. Avant de commencer machin, si vous lui donnez 3 consignes, l'enfant va se perdre, et ça peut le mener à de la frustration, parce que il n'aura pas compris. Peut-être mettre un coéquipier avec lui, pour qu'il puisse le guider. Voilà, ça peut être plein de choses. Mais au niveau de la communication, voilà, c'est déjà savoir par quel type de support le club peut passer et puis après adapter aussi voilà en fonction de la compréhension et de l'expression. Puisque dans la communication il y a les deux.

Emilie : On a beaucoup parlé de l'enfant. Maintenant, concernant l'ergothérapeute, tu as parlé tout à l'heure de l'analyse d'activité, etc. Selon toi, de par nos compétences, en quoi est-ce que pourrait agir pour accompagner l'enfant dans la PS lors de la pratique sportive ?

Ergo 4 : Déjà on pourrait l'accompagner par des outils comme l'OT-OC, les outils de détermination, pour voir avec l'enfant quel type de sport ils ont envie de faire. Ça peut être aussi voilà au niveau de son environnement, quels types de sport sont disponibles autour de chez lui. Enfin, en fait ça va être d'analyser comment peut être fait ce sport en analysant absolument tout en fait. L'environnement, l'occupation, sa fatigabilité. Si on le met plutôt du matin, en fin de semaine, en fin de journée. Pour moi faut tenir compte de tout, faire un état des lieux de tout, de la personne, environnement et occupation. Et ensuite de voir ce qui est possible de faire. Parce que bon si on va mettre ça en place etc., et puis qu'après on nous dit ah non c'est trop loin, c'est trop cher, non c'est pas accessible ... ça sert à rien. Il faut que ce soit atteignable en fait, et puis voilà. Voir en fonction... C'est une approche holistique, systémique. Parce que l'enfant est enfant car il est enfant d'une famille. C'est aussi tenir compte de la famille. Et puis une fois que bon tout ça c'est ok, bah voir avec l'enfant. Et si y'a pas de club, voir comment on peut aussi. Ça peut être... pratiquer cette

>79<

activité... On peut l'inclure dans la rééducation ... dans les séances ergo. Voilà. Pour rester dans le club, faire un état des lieux du club, et faire ce travail avec l'enfant. Pour l'engager dans son activité. Le modèle transactionnel de l'occupation, le MTO, ou en fait du coup l'analyse de l'activité va se faire en relation avec, justement. En fait, ça va vraiment : du géopolitique à la personne. Donc du coup on rase toutes les zones, tout l'environnement occupationnel autour de la personne. Voilà, ça permet de se dire, est-ce que les parents ont une voiture, est-ce qu'ils ont les moyens financiers, ... Quel sport est pratiqué aussi autour de chez lui. Voilà, il y a tout ça. C'est une approche vraiment très très globale. Enfin, je pense que ça pourrait être bien pour l'analyse.

Emilie : Merci pour l'apport de ces outils. Alors, tu en as parlé de cette collaboration ergo et éducateur sportif. Tu as expliqué en quoi est-ce qu'ils pourraient collaborer. Selon toi, est-ce que de part nos compétences, on a nos places pour sensibiliser les éducateurs sportifs sur la DI ? Et en quoi ?

Ergo 4 : Oui je pense. Puisque encore une fois, la pratique sportive, c'est une occupation. Ça fait partie de l'occupation humaine. Du coup en effet, ce serait intéressant de voir leur paradigme à eux, par rapport à la pratique sportive. Parce que peut être pour eux il y a une notion de performance, pour nous il y a une notion de participation. Il va y avoir une notion de satisfaction pour eux, mais ou se placent cette notion de satisfaction. Donc voilà, en effet pour moi c'est de voir où se place la situation de handicap à la limite, mais aussi sur l'adaptabilité de l'activité et après aussi de définir chacun notre langage. Voilà nous qu'est ce qu'on entend par motivation, performance, satisfaction. Ca c'est le modèle du MCRO. Mais bon du coup eux au final, qu'est ce qu'ils entendent par ces termes-là. Pour eux, participer et faire du lancer de javelot c'est lancer le javelot et viser la cible, pour d'autres ça va être juste lancer un bâton, enfin voilà. Donc je pense que oui oui oui, on pourrait complètement. Mais à mon avis, il faudrait peut être avant tout se mettre, enfin communiquer sur les définitions de nos termes au final. Comment nous on l'envisage et comment eux ils l'envisagent. Pour avoir la même vision. Parce que nous notre vision de performance, c'est pas là même que la leur. Pour eux c'est performer dans le sport, peut être au delà de la satisfaction. peut être que des fois même s'ils sont pas satisfait, il faut no pain no gain. Alors que nous c'est no pain no tartine quoi (rires).

En gros c'est, oui voilà, juste cette notion d'être satisfait. Déjà le fait de participer. Et surtout la satisfaction de l'usager. Pour qui aussi elle va être cette satisfaction. Donc voilà. Après une fois que la définition des termes et des notions, on peut parler le même langage. Voilà, pour moi c'est ça faut déjà parler de même langage, se mettre d'accord sur les termes. Bon je suis pas persuadée que si tu vas voir un club sportif ou quoi, et que leur dis alors on va voir la notion de ... Non. Mais en effet, déjà faire de la sensibilisation. Bon en STAPS, ils ont l'activité physique adaptée. Ils ont quelques termes. mais peut-être dans les fédérations. Donc voilà. Oui, on a bien notre place. Déjà en plus par notre analyse de l'activité humaine, de l'environnement et de la personne, et du lien qu'il y a entre ses 3, bah on pourrait complètement. oui, lors de l'intervention, de la sensibilisation.

Emilie : Te sentirais-tu légitime de sensibiliser les éducateurs sportifs ?

Ergo 4 : Oui. Aussi, former et informer ! Je ne dis pas que j'aurai quelque chose à leur apprendre, mais du coup ça serait très intéressant de pouvoir échanger sur le sujet. Et les sensibiliser en effet. Complètement. De toute façon je risque de le faire, alors pas ... Je risque d'accompagner un jeune justement et déjà là je vais sensibiliser. Et j'échangerai volontiers sur la collaboration.

Emilie : Pour ma part j'ai terminé. Est-ce que tu as des informations supplémentaires ou des conseils que tu aimerais partager sur le sujet ?

Ergo 4 : Oui, alors je trouve que c'est un sujet très intéressant. Parce que du coup dans la notion de santé il y a le bien être. L'activité physique, ça fait partie des recommandations de l'OMS, de toutes les organisations on va dire de santé. Et ... du coup c'est intéressant de pouvoir aussi définir, enfin faire la différence aussi entre sport et activité physique. Parce que du coup voilà, de bien

dissocier ce que peut être l'activité physique et le sport et d'être, enfin, c'est important de pouvoir rendre accessible ces activités aux personnes qui ont un trouble de la DI. Et ... Voilà.

Oui, sujet très intéressant. Et ça devrait être remonté au ministre des sports ... et pas simplement du handisport ou voilà. Parce que il n'y a pas d'accès partout, il n'y a pas de club. C'est pas tout le temps du sport adapté. Ce sont des associations avec des APA qui peuvent amener au sport. Mais au final ça reste, enfin il n'y a pas d'échanges il n'y a pas notion d'être avec d'autres jeunes. ... Ce qu'il peut y avoir aussi comme point négatif, c'est que souvent l'institution peut se montrer maltraitante. involontairement mais dans le sens ou en gros, tout se passe entre institution et en institution. Du coup très souvent les interactions sont d'être avec les gens qui sont là, déjà dans une vision de soin, la bienveillance, etc. Mais au final, ça prépare pas l'usager à être autonome et indépendant aussi par la suite quoi. C'est un petit comme vivre dans une société parallèle. Ça prive d'inclusion à la personne, de l'apprentissage aussi des habiletés sociales et, alors que ça pourrait s'ouvrir à d'autres connaissances. et des fois les compétences sont aussi restreintes car du coup il n'y a pas cette possibilité d'ouverture. Et en effet, le sport pourrait être un bon support pour sortir un peu des institutions et rencontrer d'autres personnes, avec une motivation commune. Faire ce sport ensemble. Et ça, ça peut être un bon vecteur, en effet. De toute façon on le sait, le sport c'est un bon vecteur social. Mais encore plus dans l'enfermement des personnes en situation de handicap quoi. Bah là pour le coup, voilà, ce serait pas, je suis intel, j'ai tel problème, non. Je suis intel, je fais du foot, du badminton, de la danse. Ça donne aussi un autre rôle social. Du coup ça permet encore une fois de décentrer de la pathologie. Parce qu'encore une fois on a encore trop tendance à se définir parce qu'on est est. Enfin voilà, le trouble qu'on peut avoir ne définit pas la personne. Mais là ça peut apporter un autre rôle social. Quand on est en institution, forcément on les définit beaucoup par ses troubles, parce que du coup on est en institution pour ça. Parce qu'on est jamais confronté à un milieu où on peut être autre chose. Donc là, ce serait de, je sais pas le milieu du sport peut être complètement vecteur de ... d'autres rôles en fait, pour la personne, pour les enfants, les ado.

Il y a aussi une volonté de normalité, pour beaucoup. Avoir conscience de cette différence, et du coup souvent on a beaucoup de mal avec l'aide qu'on peut apporter parce que du coup elle est stigmatisante.

Emilie : Je te remercie pour ces informations, et du temps accordé.

Annexe 10 : Re transcription intégrale d'un entretien avec un éducateur sportif

- **Enquêtrice :** MAILLOT Emilie ("Emilie")
- **Interviewé :** "Educ 4"
- **Date :** 16 février 2023
- **Durée :** 32 minutes

Avant le début de l'enregistrement, il y a eu un rappel du sujet de mémoire et de la problématique. Nous avons ensuite présenté l'ergothérapie, ainsi que la participation sociale. Enfin, nous avons demandé à l'interviewé s'il avait des questions, et s'il était prêt à commencer.

Emilie : Pouvez-vous vous présenter et me présenter votre parcours professionnel svp ?

Éduc 4 : Alors du coup je m'appelle G.G et je suis éducateur sportif par bénévolat dans le club. Alors j'ai commencé par des sports de combats, j'étais très jeune et très vite je suis parti vers la boxe anglaise. Je voulais aider les jeunes comme la boxe m'a aidé en fait, dans un cadre de réinsertion. Donc, il y a 7 ou 8 ans, j'ai passé mon Pré-Réo qui me permettait d'entraîner dans un club. Donc j'ai commencé à entraîner la boxe éducative aux jeunes entre 6 et 13 ans au club de boxe de Ste-Marie. Et j'ai passé mon BPJEPS, et maintenant je suis référent des moins de 18 ans en boxe amateur, au club. Voilà.

Emilie : Merci. Dans le cadre de ta formation ou de ton parcours professionnel, est-ce que tu as eu une approche sur la DI ?

Éduc 4 : Alors on nous apprend à gérer un public au sens global. Tout à l'heure je te disais que je passais un DEJEPS 2, et justement on me demande de faire des actions de formation et j'ai choisi ces côtés là parce que justement on a beaucoup ce côté global là et moi les actions de formation c'était bah l'intégration des personnes ayant subi des violences dans un club de boxe et des enfants ayant subi du harcèlement scolaire, et des personnes étant alcooliques, voilà en dépendance alcoolique. Parce que c'est des choses que j'ai eu à gérer et j'avais pas de formation dessus. Donc pareil, pour les enfants qui avaient des déficiences, j'ai eu à gérer, j'ai pas de formation dessus, mais je ne me suis pas lancé dans la formation parce que ça demande trop de connaissances sur justement les pathologies ou autre. Et c'était plutôt compliqué à gérer ça en termes de formation.

Emilie : Alors, justement, peux-tu me parler des connaissances que tu as sur la déficience intellectuelle ?

Éduc 4 : Alors, des connaissances que j'ai. J'ai des connaissances empiriques en fait. C'est-à-dire que je ne vais pas pouvoir utiliser des mots ou quoi que ce soit. J'avais une tente qui était justement en situation de handicap, et qui avait des problèmes de DI. J'ai eu des boxeurs, et j'ai eu une boxeuse qui avait un trou au niveau de la cervelle, donc il y avait des choses où elle avait plus de mal à comprendre. J'avais des boxeurs aussi qui étaient hyperactifs. Donc voilà j'ai eu beaucoup de trucs là. Après, au niveau des connaissances même, moi je me suis beaucoup adapté au niveau de la personne. C'est-à-dire que j'ai pas cherché à fouiller dans la pathologie, mais plus à chercher par rapport à l'enfant comment agir pour pouvoir l'intégrer.

Emilie : D'accord merci. Du coup tu m'avais dit que tu as entraîné une jeune qui a une DI. Est-ce que tu peux me parler de ses séances d'entraînement, de sa pratique ?

Éduc 4 : Du coup je ne dirai pas son nom. J'avais une petite de 12/13 ans qui venait, qui était en situation de handicap. Bon déjà elle avait une malformation et elle avait aussi une déficience intellectuelle. Donc elle est venue à un cours d'essai, elle s'est présentée et elle a fait son cours d'essai. Maintenant elle ne vient plus, je l'ai croisée une fois avec son papa, elle ne voulait plus faire de la boxe. Mais voilà, elle est venue quand même pendant 2 ans. Et en fait la démarche que j'ai, donc elle a fait son cours d'essai, je l'ai mis avec une fille qui était là depuis un moment déjà. Donc je savais qu'elle savait se maîtriser, qui naturellement est gentille, donc il n'y allait pas avoir de problème. Et j'ai laissé le temps de s'adapter, c'est-à-dire que que j'ai pas tout de suite dit, "non

mais tu vois, là ce que tu fais c'est pas bien". C'est-à-dire que si elle riait, si elle s'amusait avec cette fille en question, sur ce premier jour, sur ce cours d'essai là... déjà en boxe éducative c'est de s'amuser... même si elle faisait pas les exercices, je faisais pas attention, je la laissais s'intégrer, et voilà. Après, j'ai profité d'un jour où elle n'était pas là pour mettre les choses au clair avec les autres boxeurs, avec les autres petits, pour dire voilà "comme vous voyez, elle, elle a des petits problèmes". Comme je dis souvent, c'est pas des personnes, enfin, pour moi c'est pas des personnes qui sont à part. Souvent on dit oui, ils sont nana... Non, c'est juste qu'ils n'ont pas la même façon d'agir que nous, la même façon de réfléchir que nous. Donc il ne faut pas les stigmatiser. Du coup, c'est ce que j'ai dit. "Voilà, elle est comme ça. C'est tout, on cherche pas plus et on l'adopte. On la prend, c'est une amie, on boxe avec elle. Vous voyez bien que son bras peut pas se déployer comme tout le monde, et bah on fait pas un compte avec. Et on vient pas dire oui mais monsieur elle sait pas faire. Donc non, on la laisse s'habituer et essayer de trouver des solutions par elle-même. J'ai eu ce discours avec mes petits, et ça s'est plutôt bien passé. Et voilà, au fur et à mesure que ça arrivait, parce que justement, vu qu'elle avait un peu sa façon de penser à elle, c'est-à-dire que, elle, elle, au tout début elle venait pour maigrir. Donc ce qu'elle faisait, elle donnait tout, tout de suite, après elle était fatiguée, elle ne voulait plus faire et elle s'asseyait. Donc voilà, je laissais faire et j'avais toujours le même discours en disant mais tu sais, le mieux c'est d'aller jusqu'au bout des choses, donc la prochaine fois, essaie de donner moins et tu iras jusqu'au bout et tu vas finir. Jusqu'à ce qu'elle le fasse. Donc voilà, moi c'était plus ça mon approche et c'est comme ça que j'ai appréhendé cette jeune fille là.

Emilie : Et dans la réalisation des exercices, est-ce que avait des difficultés, des troubles lors de la pratique ?

Éduc 4 : Oui. Déjà de concentration, il fallait tout le temps que j'essaie de la mettre à côté de moi. En fait il y a un ring dans lequel je fais mes démonstrations, et donc je la mettais toujours dans ce ring là pour que justement dès que possible, je lui disais, écoute, regarde ce que je fais. Donc voilà, il y avait ces petites difficultés là. Et puis, oui, vu qu'elle avait des problèmes avec le membre qui se déployait pas, forcément, sur les déplacements, tout ça, il y avait des soucis. Après, c'était par rapport à sa personne, et on ne peut pas forcément travailler dessus. Donc ce que je faisais c'est que bah j'essayais d'accentuer euh... Elle avait le bras gauche qui était normal et le bras droit qui ne pouvait pas partir. Donc, j'accentuais son travail sur le bras gauche par exemple. Les déplacements, je lui expliquais la base des déplacements, et je la laissais faire un peu comme elle elle pouvait. Ce qui a fait qu'elle a pu s'adapter, elle a pu boxer. Elle a même fait de jolies choses en vrai à l'entraînement, mais parce qu'elle a fait comme elle, elle pouvait. J'ai pas essayé de la formater boxe, j'ai plus essayé de la formater par rapport à ce qu'elle pouvait faire.

Emilie : Comment était sa PS avec les autres du groupe ?

Éduc 4 : Vu que j'ai eu ce discours au début avec le groupe, ça s'est super bien passé. Il y a juste une fois, où un petit a eu un rire parce qu'elle avait dit quelque chose, donc j'ai repris tout de suite et j'ai calmé la chose. Mais ça s'est super bien passé, vu que j'ai eu ce discours et que j'ai expliqué que moi je veux qu'on mette personne de côté, qu'elle soit blanc, noir, petit ou gros. On met personne de côté. Le discours est bien entré. Après les jeunes, entre 6 et 13 ans, quand on leur explique des choses, ils comprennent en vrai. Et du coup, j'ai pris le truc en disant, mais si c'était vous, que moi je vous mets de côté, imaginez comment vous vous ressentez. Donc avec un minimum d'empathie, ils ont compris et ils l'ont tous super bien accueilli après. C'est à dire que j'avais peur justement qu'il y avait ce côté, "non moi je veux pas faire avec elle, parce que je ne vais pas pouvoir m'entraîner ou quoi que ce soit". Et du coup non, ça s'est passé comme ça. Elle partait avec le groupe, elle se mettait dans un groupe et elle s'entraînait. Il y avait une bonne dynamique de groupe.

Emilie : Tu as dit qu'elle est restée pendant 2 ans. Peux-tu me parler de sa progression que tu as pu voir ?

Éduc 4 : Ah, il y a eu des améliorations, des progressions. Après comme je t'ai dit, c'était plus par rapport à elle. C'était pas parce qu'elle avait du mal avec sa main, avec les déplacements, donc en lui demandant d'essayer de faire ce qu'elle pouvait faire, elle a réussi à avoir plusieurs choses, qui sont propres à la boxe. C'est-à-dire la perception, sortir devant les touches, aller toucher, partir, se déplacer; Elle le faisait comme elle le pouvait mais elle le faisait. Et au bout de 2 ans, elle réussissait à, c'est justement pour ça que je disais qu'elle a fait de belles choses, car elle réussissait à avoir de belles oppositions avec des personnes valides. Aussi, au niveau des relations avec les autres c'était mieux. A un moment voilà, ils pouvaient s'entraîner avec elle et du coup il y avait pas de réticence et ça passait.

Emilie : D'accord. Alors on a beaucoup parlé de cette fille. Maintenant, peux-tu me parler de ton expérience personnelle à toi ?

Éduc 4 : Alors c'était ... difficile. Parce que justement cette fille ça m'a marqué parce que c'était la première. Je venais de commencer, je venais d'avoir mon Pré-Réo. C'est la première personne en situation de handicap que j'ai eu. Juste après elle, j'ai eu un petit hyperactif. C'est-à-dire juste après elle, pendant qu'elle était là. Donc j'avais 2 à gérer. J'avais un groupe de 30 marmailles à peu près. Donc ouai, moi c'était plus difficile. C'était par rapport à la gestion. Même pas par rapport à le handicap ou voilà. C'était par rapport à la gestion, où il fallait être au aguet, regarder. [...]. Voilà, moi l'expérience en elle même, elle était plutôt enrichissante, parce cette petite m'a appris beaucoup de choses, sur les personnes qui sont en situation de handicap. C'est-à-dire que nous on va les voir en situation de handicap, mais eux, ils ne vont pas y penser. Moi ce qu'elle m'a appris c'est que, eux ils ne vont pas y penser. Et quand nous on va penser, que eux ils ne peuvent pas faire quelque chose, eux vu qu'ils ne vont pas y penser, ils vont réussir à le faire. Pour nous c'est ça, c'est-à-dire que nous si on va se dire que c'est impossible pour eux, eux ils ne savent pas. Ils sont dans leur monde, ils sont dans leur bulle. Et c'est pas que c'est impossible, c'est juste qu'il faut qu'ils prennent leur temps. Et du coup, c'est juste que par rapport à la progression, ça va prendre plus de temps peut-être. Parfois moins de temps. Ce que j'ai appris c'est ça, qu'il ne faut pas avoir de préjugés dessus. Voilà, ça m'a appris à ne plus regarder ça. Les personnes en situation de handicap, c'est juste des personnes. Ils peuvent faire des belles choses, faut juste leur laisser le temps.

Emilie : Merci beaucoup ! Lors de ces entraînements, quelles étaient tes ressources pour favoriser sa pratique sportive ?

Éduc 4 : C'était par rapport à elle. En fait, très vite je me suis posé la question, et je me suis dit moi, au collègue, est-ce que j'aurai aimé qu'on mette le doigt justement sur ce problème là ? J'ai pas voulu lui dire "écoutes, toi tu fais ça, tu es comme ça, donc non tu ne vas pas faire ça.". Ce que j'ai préféré lui dire c'est "essayes comme tu peux et on voit comment ça passe". Donc je n'ai pas voulu mettre d'exercices spécifiques en place. J'ai préféré avoir un discours auprès d'elle. "Toi, adaptes toi. Fais comme tu fais, fais tout pour ne pas te blesser. Si tu vois que ça va n'arrives pas à faire, dis moi que tu préfères faire comme ça. Parce que ça va être plus simple pour toi". Mais j'avais pas envie de la mettre de côté et de lui dire que vu que tu as ce problème là, tu vas faire du cerceau. Je vais mettre un cerceau par terre, tu vas faire des déplacements comme ça, et ça va être plus simple pour toi. J'avais pas envie de prendre... je trouve ça cruel en fait, de prendre un enfant qui est là pour se sociabiliser et de la mettre de côté. Du coup je voulais vraiment pas ça. Du coup j'ai préféré avoir un discours auprès d'elle qui lui permettait de s'adapter à ce qu'on faisait. Après pareil, elle avait des difficultés de compréhension. Mais pareil, c'est le même principe. J'avais pas envie de parler en mode bébé avec elle. Je parlais normalement. Je répétais les choses, je reformulais, mais je parlais normalement. Et si vraiment elle ne comprenait pas. Je lui disais, écoutes, mets-toi 5 minutes sur le côté et regarde ce que les autres font et essaies de reproduire.

Emilie : Est-ce que tu avais comme ressource les parents ?

Éduc 4 : Avec elle pas du tout. Pour le petit hyperactif oui car son père seulement pouvait le canaliser on va dire. Mais pour elle, pas du tout. C'est vraiment le dernier recours. Mais je sais que j'ai des collègues à la salle qui le font. C'est-à-dire que dès qu'il y a des difficultés dessus, ils vont appeler les parents, mais c'est pareil. C'est montrer que l'enfant a des difficultés quelque part. Et justement, le fait que papa et maman soit là à côté, bah ça montre qu'il est pas comme tous les autres, où les parents sont assis, ou alors que les parents déposent qui partent. Et du coup j'aime pas ça, j'aime pas mettre l'enfant de côté où voilà il a besoin de ça parce qu'il est pas comme tout le monde. Il est comme tout le monde, c'est à nous éducateur sportif à pouvoir s'adapter. Mais vraiment quand c'est la dernière situation, quand je peux pas, j'ai plein d'enfants. Justement quand ce petit m'écoutait vraiment pas, je passais 5 minutes à courir derrière lui dans la salle, là je demandais l'appui du papa, aussi par rapport aux autres. Sinon non, je préfère éviter. Par contre, ce que je fais et qui marche bien c'est que souvent moi ce que je demande au jeune, quand c'est moi qui est boxe éducative, c'est que je demande au plus ancien d'aller vers les nouveaux pour les intégrer. Donc souvent ce que je fais c'est que, comme là, il y a un petit comme ça qui est très hyperactif, qui bouge beaucoup et qui s'est attaché à quelqu'un, et bah je les mets souvent avec, et ça permet de canaliser. Parce que souvent, l'enfant à partir du moment où il a un copain, même s'il est hyperactif ou pas hyperactif. Vraiment je l'ai vu bouger par terre, j'ai fait des exercices de relaxation, il pouvait pas. Et bah avec un copain, il avait tendance à ce que lui disait le copain si c'était intéressant ou pas. Donc je préfère avoir cette approche là, plutôt que de mettre le papa, bah de mettre un enfant un petit peu plus mature, avec lequel il a des atomes crochus et ça paye mieux à l'intégration de l'enfant je trouve.

Emilie : Merci. Alors je t'ai expliqué tout à l'heure l'ergothérapie. Qu'en penses-tu d'une collaboration entre ergothérapeute et éducateurs sportifs dans l'optique de favoriser la PS de l'enfant lors de sa pratique sportive ?

Éduc 4 : Alors comme je dis souvent. C'est que nous, on est professionnels du sport. On n'est pas médecin, on n'est pas psychologue. Voilà. On est professionnel du sport, et on ne peut pas dire qu'on sait tout. On peut pas dire, que moi justement, c'est ce que je disais dans ma formation, à un moment, il faut qu'on soit concret. C'est-à-dire que quelqu'un qui est en situation de handicap, on n'est pas médecin, on sait pas ce qui se passe dans son corps, et on a pas les clefs ou les astuces pour pouvoir débloquer des choses. Et quoi qu'il arrive, le mieux c'est d'avoir des personnes qui s'y connaissent. Donc moi sur ce principe-là, je suis entièrement d'accord. C'est-à-dire que si je dois donner des cours à des personnes en situation de handicap, si le professionnel qui s'occupe de lui me dit, bah tu vois cette activité-là, il vaut mieux essayer de trouver une autre façon de mettre en place plutôt que ça, bah je vais l'écouter. Parce qu'il est tout le temps en contact, il sait. Et moi dans le sport, c'est-à-dire que je peux justement voir quelqu'un, ses défauts, mettre des exercices en place pour. Après, concrètement quelqu'un qui a une pathologie, un handicap, je sais pas gérer. Je gère de façon empirique, c'est-à-dire que j'essaie d'être le plus concret possible, mais je ne sais pas gérer. Donc, ouai je suis totalement pour.

Emilie : Et quel est ton avis sur la sensibilisation à la DI pour les éducateurs sportifs ?

Éduc 4 : Alors, il faut. En fait, justement dans ma formation, c'est ce que je disais. Moi j'ai commencé, j'ai eu cette petite là en boxe éducative. [...]. Tout ça, ce sont des choses qu'on ne sait pas gérer. Parfois, ça dépasse mes capacités. Donc j'essaie de mettre des choses en place, on va essayer de voir comment. Toi, parles avec moi. Mais à part ça, je peux pas faire grand-chose. Donc c'est utile, et il faut. Il nous manque ce côté-là.

Emilie : Alors justement, si tu devais avoir une sensibilisation sur la DI, qu'attendais-tu de cette sensibilisation ?

Éduc 4 : Des clefs, pour pouvoir prendre des séances sereinement. Ouais, ce serait plus ça. Parce que le but c'est d'adapter la personne au cours. C'est de ne pas les stigmatiser, et quand on

sait pas, on fait des erreurs, des bêtises. Après, on peut avoir des discours cohérent mais on peut faire des bêtises. Et on peut penser faire quelque chose de bien, mais avoir un discours qui peut affecter cette personne. Donc voilà, c'est savoir comment parler, comment mettre en place les choses, comment être sûr de pouvoir bien les intégrer. Ne pas les mettre de côté. Voilà, ce serait tous ces petits trucs-là qui seraient intéressants à voir.

Emilie : D'accord. Alors j'ai terminé avec mes questions. Merci pour ces informations apportées. Est-ce que tu aurais des informations à partager sur le sujet ?

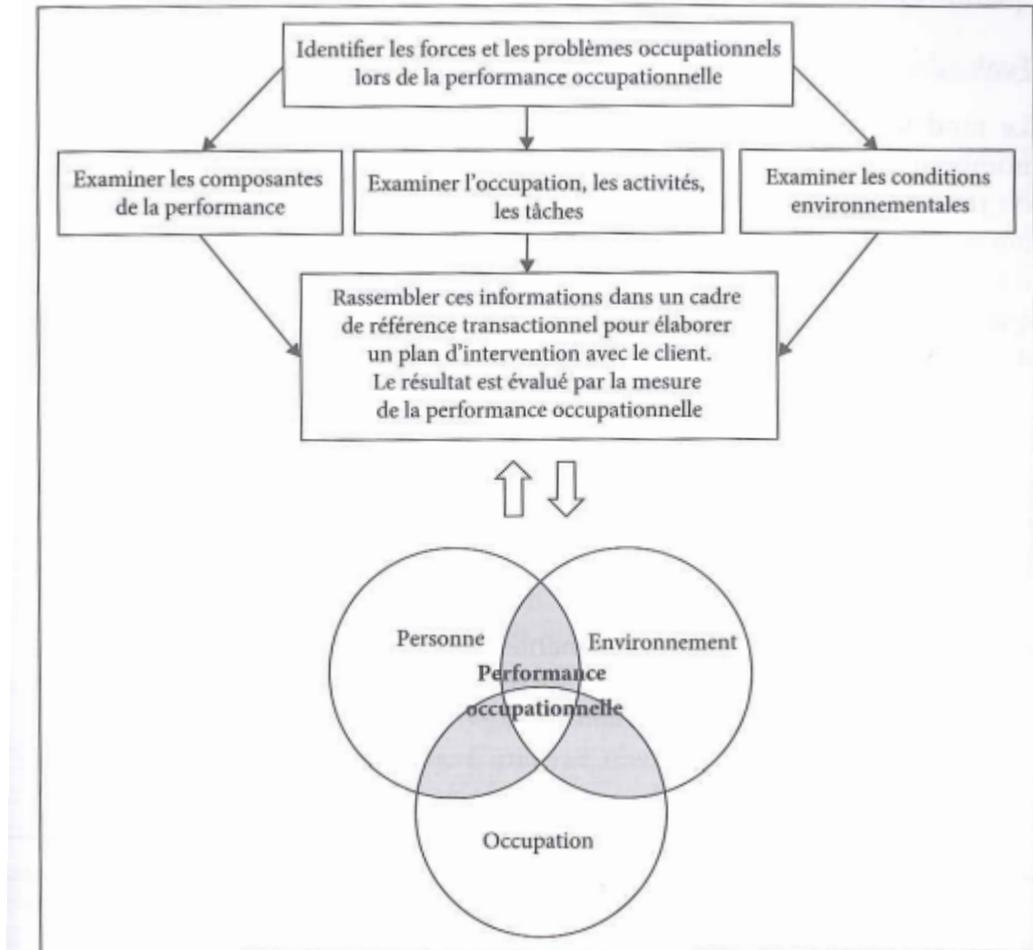
Éduc 4 : Non j'ai fait le tour. En tout cas, top. Le sport c'est quelque chose qui aide à l'intégration, si on a les bonnes personnes. Donc c'est si on trouve les bonnes personnes. Peu importe les personnes, les délinquants, les personnes maltraitées ou les personnes en situation de handicap, bah ça aide. C'est vraiment un milieu où il faut y aller. En fait c'est trouver le bon sport et la bonne personne avec qui communiquer. Et sinon voilà quoi;

Emilie : Très bien, alors on a terminé. Je te remercie pour le temps accordé et pour le partage de ton expérience et ces réponses !

Annexe 11 : Modèle PEO de Law et al. en 1996 (Law et al., 1996)

Le Modèle PEO place les éléments suivants au centre de la performance occupationnelle :

- La **personne** : considérée à part entière, de manière holistique. En prenant en compte son vécu, ses expériences de vie, ainsi que ses habiletés physiques, cognitives et sensorielles.



- L'**environnement** : vu au sens large, avec l'environnement physique et social.
- L'**occupation** : correspondant à un groupe d'activités auquel l'individu s'engage à y participer

La performance occupationnelle, au centre, est donc la résultante de l'interaction de ces trois concepts (Morel-Brack, 2017).

Figure 26 : Application du modèle PEO de Law et al. en 1996

Tiré de Morel-Brack (2017)

RÉSUMÉ (246 mots)

La participation sociale de l'enfant ayant une déficience intellectuelle dans un club sportif ordinaire

Introduction : Le soutien à la pratique sportive des enfants déficients intellectuels représente un enjeu majeur dans la société. Cependant, peu d'entre eux en pratiquent en club sportif ordinaire, en raison des capacités individuelles de l'enfant et des opportunités offertes par le club. C'est le concept de participation sociale, mobilisée dans notre étude.

Objectifs : L'objectif de cette recherche est de mettre en avant l'apport de l'ergothérapeute aux éducateurs sportifs entraînant un ou des enfants ayant une déficience intellectuelle.

Méthodes : Nous avons mené une analyse qualitative à La Réunion. Pour ce faire, des entretiens ont été réalisés auprès de 6 éducateurs sportifs ayant entraîné un enfant déficient intellectuel, afin de recueillir leurs expériences et celles des enfants au sein du club. Le rôle en ergothérapie a également été décrit par 5 ergothérapeutes travaillant avec ce public.

Résultats : D'une part, les résultats recueillis auprès des éducateurs sportifs relèvent les difficultés rencontrées par l'enfant dans la pratique sportive. De plus, ils montrent un manque de connaissances sur la déficience intellectuelle, témoignant ainsi d'un besoin d'accompagnement pour les éducateurs sportifs. D'autre part, les résultats démontrent que les ergothérapeutes, de par leurs compétences, peuvent sensibiliser ces professionnels et intervenir au sein du club pour proposer des adaptations.

Conclusion : L'ergothérapeute apporterait des stratégies d'adaptations et des connaissances sur la déficience intellectuelle aux éducateurs sportifs. Ce partenariat permettrait de croiser les compétences de chacun. Ainsi, une meilleure approche du handicap dans ce milieu favoriserait la participation sociale de l'enfant lors de sa pratique sportive.

Mots clés : Enfants déficients intellectuels ; Club sportif ordinaire ; Participation sociale ; Partenariat ; Sensibilisation

ABSTRACT (222 words)

Social participation of a child with a learning disability in an ordinary sport clubs

Introduction : Support for sport practice of intellectually disabled children represents a major issue in the society. However, few of them practice it in ordinary sport clubs, due to the individual child's capacities and the opportunities offered by the club. It is the concept of social participation used in our study.

Objectives :

The aim of this research is to showcase what occupational therapists bring to sports coaches who train one or more children with a learning disability.

Methods : We led a qualitative analysis in Reunion Island. To that end, interviews were carried out to 6 sports coaches having trained an intellectually disabled child, in order to gather their experiences and those of the children. The role in occupational therapy was also described by 5 occupational therapists.

Results : On one hand, the results gathered by sports coaches identify the difficulties encountered by the child. Furthermore, they show a lack of knowledge on learning disabilities. On the other hand, results demonstrate that occupational therapists, through their skills, can raise awareness among these professionals and take part within the club to propose adaptations.

Conclusion : Occupational therapists would provide adaptive strategies and knowledge on learning disabilities to sports coaches. This partnership enables to cross-reference everyone's skills. In this way, a better approach to disability in this environment would favor social participation of children during their sport practice.

Key words : Intellectually disabled children ; Ordinary sport clubs ; Social participation ; Partnership ; Raise awareness