

Article original

Comportements de mouvement et santé des enfants et des jeunes handicapés : impact de la pandémie de COVID-19 en 2020

Kelly P. Arbour-Nicitopoulos Ph.D.¹, Maeghan E. James M.Sc.¹, Sarah A. Moore Ph.D.²,
Ritu Sharma M.Sc.¹, Kathleen A. Martin Ginis Ph.D.^{3,4}

¹Faculté de kinésiologie et d'éducation physique, Université de Toronto (Ontario), Canada

²École de santé et de performance humaine, Université Dalhousie (Nouvelle-Écosse), Canada

³Département de médecine, Centre de prévention et de prise en charge des maladies chroniques, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

⁴École de sciences de la santé et de sciences des exercices, Université de la Colombie-Britannique, Kelowna (Colombie-Britannique), Canada

Correspondance : Kelly Arbour-Nicitopoulos, Faculté de kinésiologie et d'éducation physique, Université de Toronto (Ontario) Canada, 55, rue Harbord, Toronto (Ontario) Canada M5S 2W6. Téléphone : 416 978-2725, Télécopieur : 416 971-2118, Courriel : kelly.arbour@utoronto.ca

RÉSUMÉ

Objectifs : Cette étude s'est penchée sur l'impact ponctuel et prolongé de la pandémie de COVID-19 sur les comportements de mouvement et la santé des enfants et jeunes handicapés du Canada.

Méthode : Quatre-vingt-six parents d'enfants et jeunes handicapés ont répondu deux fois à un questionnaire en ligne (en mai et en novembre 2020). Des entrevues ont eu lieu en mars 2021 auprès de sept familles.

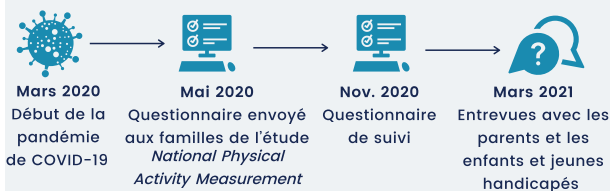
Résultats : Lors des deux évaluations, < 20 % des enfants et jeunes handicapés atteignaient les cibles d'activité physique et de comportement sédentaire préconisées dans les directives, et > 50 % des enfants et jeunes handicapés atteignaient les cibles de sommeil. Aucun enfant et jeune handicapé n'atteignait les trois cibles de mouvement préconisées dans les directives. Près du quart des enfants et jeunes handicapés ont rapporté un déclin par rapport au niveau d'avant la pandémie. Les thèmes de l'entrevue ont révélé que le changement de la routine, le temps libre, les occasions moins fréquentes de physiothérapie, la capacité parentale et l'environnement social et aménagé ont tous contribué aux comportements de mouvement des enfants et jeunes handicapés.

Conclusions : Les efforts de relance après la pandémie de COVID-19 doivent donner la priorité aux comportements de mouvement et à la santé des enfants et jeunes handicapés par l'entremise de programmes de bonne qualité, d'instructeurs bien formés, d'infrastructure accessible et inclusive, et de santé axée sur la famille.

RÉSUMÉ GRAPHIQUE

COMPORTEMENTS DE MOUVEMENT ET SANTÉ DES ENFANTS ET DES JEUNES HANDICAPÉS : IMPACT DE LA PANDMÉIE DE COVID-19 EN 2020

Arbour-Nicitopoulos KP, James ME, Moore SA, Sharma R & Martin Ginis KA
Paediatrics & Child Health



ATTEINTE DES CIBLES DES DIRECTIVES EN MAI 2020



AUCUN ENFANT ET JEUNE HANDICAPÉ N'A ATTEINT LES TROIS CIBLES DES DIRECTIVES AUX DEUX ÉVALUATIONS

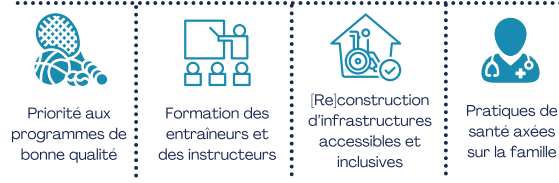
ATTEINTE DES CIBLES DES DIRECTIVES EN NOVEMBRE 2020



THÈMES S'ÉTANT RÉPERCUTÉS SUR LES FAMILLES DURANT LA COVID-19



Façons dont nous pouvons revitaliser le mouvement sain chez les enfants handicapés durant la relance après la COVID-19 :



Mots-clés: COVID-19, handicap, comportements de mouvement, activité physique, temps d'écran, santé, santé mentale

INTRODUCTION

On connaît bien les bienfaits de l'activité physique sur la santé des enfants et des jeunes (1). La recherche montre qu'en plus de faire de l'activité physique, il importe de réduire les comportements

sédentaires, de limiter le temps d'écran et d'assurer un sommeil adéquat (2). L'atteinte des cibles recommandées de ces comportements a un effet positif sur la santé des enfants et des jeunes (3).

Les enfants et les jeunes handicapés ont des besoins non comblés en matière de services de santé et de soutien (4). Avant la pandémie de COVID-19, les enfants et jeunes handicapés avaient déjà moins accès à l'activité physique et conséquemment, participaient moins aux activités physiques que les autres enfants et jeunes, et ils présentaient un plus grand risque de développer des affections médicales secondaires (5). La pandémie de COVID-19 a potentiellement exacerbé ces disparités en matière d'activité physique et de santé (6). Il est justifié de réaliser un examen plus approfondi des comportements de mouvement et de la santé des enfants et jeunes handicapés du Canada durant la pandémie de COVID-19.

Cette étude s'est penchée sur l'impact ponctuel et prolongé des restrictions liées à la COVID-19 sur les comportements de mouvement des enfants et jeunes handicapés canadiens. Ont également été examinés, les facteurs liés aux comportements de mouvement et à la santé des enfants et jeunes handicapés, et les solutions adoptées par les familles pour maintenir la santé de leur enfant.

MÉTHODES

Méthodologie et contexte de l'étude

Cette étude à méthodologies mixtes a eu lieu dans le cadre d'une enquête transversale en cours à l'échelle nationale (étude *National Physical Activity Measurement*) portant sur les comportements de mouvement habituels des enfants et jeunes handicapés d'âge scolaire. Les familles admissibles devaient: a) avoir un enfant handicapé de 4 à 17 ans (tout type de handicap), b) résider au Canada, c) avoir accès à internet et d) parler anglais ou français. Nous avons invité 495 familles ayant participé à l'enquête principale à répondre à deux reprises – en mai 2020 (T1) et en novembre 2020 (T2) – à un questionnaire sur la COVID-19. Des entrevues de suivi ont été réalisées en mars 2021 auprès de paires parent-enfant. L'autorisation éthique a été donnée par l'Université de Toronto (n° 31862).

Participants

Les paramètres démographiques des participants figurent au [Tableau 1](#). Quarante-six parents ont répondu aux deux questionnaires. Un échantillonnage raisonné a été utilisé, en fonction des réponses au questionnaire T1, pour recruter les familles dont les enfants avaient eu: a) des changements positifs, b) des changements négatifs et c) aucun changement dans leurs comportements généraux de mouvement. Sur 18 familles sélectionnées aléatoirement, sept ont accepté de participer à l'entrevue (7).

Collecte des données

Le questionnaire *2020 COVID-19 and Childhood Movement Behaviours Survey* (8) a été administré en ligne à T1 et T2 aux parents consentants. Un parent de chaque domicile a répondu au questionnaire moins de trois semaines après l'avoir reçu. Les items du questionnaire figurent au [Tableau 2](#).

Les questions de l'entrevue portaient surtout sur la façon dont les familles géraient les comportements de mouvement de leur enfant durant les restrictions liées à la COVID-19, l'impact

potentiel des restrictions et les stratégies pour atténuer les perturbations sur la santé de leur enfant.

Analyse statistique

Des tests t de variables dépendantes et des tests de McNemar ont servi à examiner les variations (entre T1 et T2) des comportements de mouvement. La signification statistique a été établie à $p < 0,05$. L'ampleur de l'effet des variables continues et discrètes a été rapportée en d de Cohen (9) et en rapports de cotes (RC; 10), respectivement. Les données d'entrevue ont été interprétées à l'aide d'une analyse thématique inductive (11).

RÉSULTATS

Observations de l'enquête

Le [Tableau 2](#) montre le niveau quotidien des comportements de mouvement et la proportion d'enfants et de jeunes handicapés qui, à T1 et T2, atteignaient la cible d'activité physique, de temps d'écran et de sommeil spécifique à l'âge recommandée dans les directives. Moins de 10 % des enfants et jeunes handicapés atteignaient le niveau recommandé d'activité physique modérée à vigoureuse (APMV) aux deux évaluations. Les enfants et jeunes handicapés qui atteignaient la cible d'APMV préconisée dans les directives à T1 avaient 2,3 fois plus de chance de l'atteindre à T2. Pour ce qui est du temps d'écran récréatif, 8,1 % des enfants et jeunes handicapés atteignaient la cible à T1 contre 19,8 % à T2. Les enfants et jeunes handicapés qui atteignaient la cible de temps d'écran préconisée dans les directives à T1 avaient 14 fois plus de chances de le faire à T2. Plus de 50 % des enfants et jeunes handicapés se sont conformés aux cibles de sommeil aux deux évaluations. Les enfants et jeunes handicapés qui atteignaient la cible de sommeil à T1 avaient 9,3 fois plus de chances de le faire à T2. Aucun enfant et jeune handicapé n'a atteint les trois cibles de mouvements préconisées dans les directives à aucune évaluation.

Le [Tableau 2](#) présente également les variations par rapport à avant la pandémie rapportées par les parents quant aux comportements de mouvement et à la santé des enfants à T1 et T2. Les parents ont rapporté un déclin de l'activité physique intérieure et extérieure et une augmentation des activités sédentaires (temps d'écran et autre) chez leur enfant. Alors que l'activité physique familiale est demeurée stable par rapport à avant la pandémie, les parents ont rapporté une hausse des activités familiales sédentaires. La plupart des parents ont rapporté que la quantité et la qualité du sommeil de leur enfant étaient les mêmes qu'avant la pandémie. Beaucoup de parents ont signalé un déclin de la santé mentale et physique de leur enfant par rapport à avant la pandémie, et on indiquait s'inquiéter de leur santé mentale (p. ex. solitude) et physique (p. ex. douleur).

Thèmes

Des thèmes importants ont fait surface durant les entrevues et sont décrits dans cette section.

Changement de la routine

Les familles ont dit que le passage à l'apprentissage virtuel s'est répercuté sur la fréquence et la qualité de l'éducation physique. En retour, cela a réduit le temps que les enfants et jeunes

Tableau 1. Caractéristiques démographiques des participants à l'enquête et à l'entrevue.

	Participants à l'enquête (n = 86)	Participants à l'entrevue (n = 7)
Mères, n (%)	81 (93,1)	7 (100)
Âge du parent, M (ET)	42,8 (6,0)	43,3 (2,4)
Sexe de l'enfant, n (%)		
Filles	17 (19,8)	4 (57,1)
Garçons	69 (80,2)	3 (42,9)
Âge de l'enfant, M (ET)	10,6 (3,2)	10,4 (2,4)
Type de handicap, n (%)		
Développemental	27 (31,4)	3 (42,9)
Physique	10 (11,6)	3 (42,9)
Sensoriel	4 (4,7)	1 (14,3)
Autre	3 (3,5)	-
Développemental et physique	2 (2,3)	-
Développemental et sensoriel	30 (34,9)	-
Physique et sensoriel	1 (1,2)	-
Développemental, physique et sensoriel	9 (10,5)	-
État civil, n (%)		
Célibataire	6 (7,0)	-
Marié	75 (87,2)	7 (100,0)
Séparé	1 (1,2)	-
Divorcé	2 (2,3)	-
Préfère ne pas répondre	2 (2,3)	-
Ethnicité du parent, n (%)		
Blanche	65 (75,6)	5 (71,4)
Asie orientale	7 (8,1)	-
Hispanique	1 (1,2)	1 (14,3)
Asie du Sud	3 (3,5)	-
Asie du Sud-Est	3 (3,5)	-
Asie occidentale	1 (1,2)	-
Autre	2 (2,3)	-
Premières Nations	1 (1,2)	-
Ethnicité mixte	3 (3,5)	1 (14,3)
Revenu familial, n (%)		
Inférieur à 20 000 \$	3 (3,5)	-
De 20 000 à 34 999 \$	9 (10,5)	1 (14,3)
De 35 000 à 49 999 \$	7 (8,1)	-
De 50 000 à 74 999 \$	8 (9,3)	-
De 75 000 à 99 999 \$	12 (14,0)	-
De 100 000 à 149 999 \$	27 (31,4)	2 (28,6)
De 150 000 à 199 999 \$	7 (8,1)	-
Supérieur à 200 000 \$	4 (4,7)	3 (42,9)
Préfère ne pas répondre	8 (9,3)	1 (14,3)
Type de domicile, n (%)		
Appartement ou condominium	6 (7,0)	-
Maison détachée	68 (79,1)	7 (100,0)
Maison jumelée	4 (4,7)	-
Maison en rangée	8 (9,3)	-

Tableau 2. Comportements de mouvement, état de santé et proportion d'enfants et jeunes handicapés qui atteignent la cible préconisée dans les directives canadiennes de mouvement sur 24 h durant la pandémie de COVID-19, entre mai et novembre 2020, selon les parents ($N = 86$).

	Mai	Novembre	t (valeur p)	d de Cohen*
Résumé des comportements de mouvement des enfants et jeunes handicapés, M (ET)				
APMV ≥ 60 min [†] (jours/semaine)	1,9 (2,3)	2,3 (2,1)	-1,81 (0,074)	-0,20
Temps d'écran (heures/jour)	5,3 (3,3)	4,5 (3,0)	1,74 (0,086)	0,19
Sommeil [‡] (heures/jour)	9,2 (1,5)	9,0 (1,7)	1,41 (0,163)	0,16
Proportion d'enfants qui atteignaient la cible préconisée dans les directives, n (%)			valeur p[§]	Rapport de cotes
APVM [¶]	7 (8,1)	6 (7,3)	1,00	2,33
Sommeil [‡]	47 (54,7)	49 (57,6)	0,664	9,25
Temps d'écran	7 (8,1)	17 (19,8)	0,013	13,96
APVM, sommeil et temps d'écran combinés	0 (100)	0 (100)	-	-
Variation des comportements de mouvement de l'enfant, M (ET)			t (valeur p)	d de Cohen*
Activité physique				
Activité physique ou sport extérieur [†]	2,3 (1,4)	2,2 (1,3)	0,78 (0,438)	0,09
Marche, sport sur roues ou vélo dans le quartier	2,9 (1,5)	2,8 (1,2)	0,75 (0,454)	0,07
Activité physique ou sport intérieur	2,4 (1,2)	2,2 (1,3)	1,66 (0,100)	0,17
Comportements sédentaires				
Télévision (télé) ou autre écran	4,4 (0,8)	4,2 (0,9)	1,94 (0,055)	0,21
Médias sociaux ^{**}	3,1 (1,0)	3,3 (1,0)	-1,42 (0,159)	-0,15
Activités de loisir autre qu'à l'écran	3,7 (1,0)	3,6 (0,9)	0,33 (0,739)	0,04
Sommeil				
Quantité de sommeil [¶]	3,1 (0,9)	3,0 (0,6)	1,04 (0,302)	0,11
Qualité du sommeil	3,0 (0,9)	2,9 (0,7)	1,07 (0,289)	0,11
Activités familiales				
Activité physique ^{**}	3,0 (1,2)	2,8 (1,3)	1,10 (0,274)	0,12
Comportements sédentaires	3,9 (0,9)	4,0 (0,8)	-0,76 (0,449)	-0,08
Tous les comportements de mouvement sains ^{**}	2,4 (1,0)	2,5 (0,9)	-0,93 (0,355)	-0,10
État de santé de l'enfant, n (%)			χ^2 (valeur p)	Rapport de cotes
Baisse de l'état de santé signalé par le parent [†]	14 (16,3)	20 (23,3)	0,210	8,87

Note: APMV = activité physique modérée à vigoureuse, M = moyenne, ET = écart type. Selon les Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les enfants et les jeunes (2), il est recommandé que les enfants et les jeunes de 5 à 17 ans s'adonnent à une activité physique modérée à vigoureuse (APMV) pendant au moins 60 minutes par jour, ne passent pas plus de 2 heures par jour devant un écran à des fins récréatives (temps d'écran) et bénéficient d'au moins 8 à 10 heures (pour les 5 à 13 ans) ou 9 à 11 heures (pour les 14 à 17 ans) de sommeil ininterrompu (sommeil).

[†]D'après Cohen et coll. (1992) et Chen et coll. (2010), l'ampleur de l'effet est interprétée comme petite ($d = 0,20$, RC = 1,68), moyenne ($d = 0,50$, RC = 3,47) et grande ($d = 0,80$, RC = 6,71).

[‡] $n = 83$

[¶] $n = 85$

[§]La valeur p est basée sur un test de McNemar exact qui comparait la proportion d'enfants qui atteignaient les cibles préconisées dans les directives à T1 et à T2

^{||} $n = 82$

^{||}Variation entre avant la pandémie et mai 2020 ou novembre 2020. Échelle de 1 à 5, où 1 = beaucoup moins par rapport à avant la pandémie, 3 = pas de changement par rapport à avant la pandémie et 5 = beaucoup plus par rapport à avant la pandémie.

^{**} $n = 84$

handicapés passaient à être actifs et a augmenté le temps d'écran. Les enfants et jeunes handicapés qui participaient à l'éducation physique virtuelle ont dit être moins actifs durant ces leçons et en tirer moins de plaisir que lorsqu'ils y participaient en personne. Des avis semblables ont été exprimés à l'égard des programmes parascolaires d'activité physique qui sont aussi passés en mode virtuel. Alors que les parents ont rapporté que la quantité de sommeil de leur enfant n'avait pas changé, la routine de sommeil a changé. Les enfants et jeunes handicapés

allaient au lit et se réveillaient plus tard étant donné que la routine scolaire était moins structurée. L'absence d'interactions sociales en personne avec les amis et la parenté a eu un impact négatif sur la santé mentale et le bien-être des enfants et jeunes handicapés.

Temps libre

En raison de la fermeture des écoles et de l'annulation des programmes en personne, les enfants et jeunes handicapés ont

disposé de plus de temps libre et non structuré qui a été rempli par plus de temps d'écran, car « [ils] n'avaient rien d'autre à faire ». Il y a quand même eu des cas où les familles ont trouvé que le temps libre s'était avéré positif pour leur enfant. De nombreuses familles ont dit que leur enfant avaient essayé de nouvelles activités non structurées durant la pandémie, comme le vélo, la marche et l'artisanat. Les familles ont également noté qu'elles avaient souvent la chance de voir ou de parler à la parenté et aux amis par l'entremise des applis de messagerie et d'appels vidéo.

Occasions moins fréquentes de physiothérapie

Les parents ont parlé de préoccupations sur la santé physique de leur enfant, comme la raideur musculaire et les problèmes de démarche. La plupart des familles ont indiqué que la physiothérapie virtuelle signifiait que leur enfant passait moins de temps à faire les exercices ou avait un accès limité à l'équipement spécialisé auquel il aurait normalement eu accès durant les séances de physiothérapie en personne. Dans certains cas, les enfants et jeunes handicapés manquaient les séances de physiothérapie, car l'enfant ne se présentait pas à l'école où la physiothérapie avait normalement lieu.

Capacité parentale

Les parents qui travaillent de la maison ont indiqué travailler de longues heures et avoir moins de temps pour être actifs avec leurs enfants. La santé mentale des parents a également réduit leur capacité d'encourager l'activité physique chez leur enfant. Un parent a indiqué « ... Je ne suis pas le même parent qu'avant. Je ne dépense pas la même énergie pour veiller à ce qu'on s'occupe de tout. On a pris beaucoup de recul, aux dépens de faire suffisamment d'exercice. » D'autres parents ont fait état d'histoires semblables sur le sommeil et le temps d'écran où ils ont indiqué qu'ils étaient trop occupés ou épuisés pour surveiller le temps d'écran et la routine de sommeil de la même façon qu'ils le faisaient avant la pandémie.

Les quatre thèmes ont été influencés par l'affordance communautaire et les environnements aménagés et sociaux. Les parents ont souvent souligné que le fait de vivre dans une communauté qui favorisait l'accès à l'activité physique intérieure et extérieure permettait à leur famille de rester active, alors que les familles qui ne bénéficiaient pas de ce soutien ont eu de la difficulté à maintenir le niveau d'activité physique durant la pandémie.

DISCUSSION

La COVID-19 et les restrictions de santé publique connexes ont amplifié les obstacles à la participation à l'activité physique pour les enfants et jeunes handicapés du Canada. Les familles qui vivaient dans des communautés dépourvues d'options accessibles d'activité physique ont eu de la difficulté à maintenir leur niveau d'activité physique. De nombreux parents avaient un accès limité aux ressources communautaires sur lesquelles ils comptaient avant la pandémie pour favoriser l'activité physique chez leur enfant. Mais surtout, cette disparité des affordances communautaires a été observée dans un échantillon de familles d'enfants et jeunes handicapés qui étaient surtout de race

blanche, à deux parents et à revenu plus élevé, voir le [Tableau 1](#)). Les ministres et les organisations non gouvernementales responsables des activités sportives et récréatives ainsi que les organisations sportives et récréatives doivent prendre plus de mesures pour veiller à ce que les programmes et politiques offrent aux enfants et jeunes handicapés des chances égales et équitables de participer dans leur communauté (5). Par exemple, les clubs sportifs pourraient investir dans des programmes de qualité (p. ex. 12), le développement des ressources en rehaussant la formation des entraîneurs et instructeurs, et la (re)construction d'infrastructures intérieures et extérieures qui soient accessibles et accueillantes à tous les enfants et jeunes. Les efforts de relance de la COVID-19 doivent également prioriser le bien-être des parents d'enfants et jeunes handicapés étant donné qu'ils doivent souvent fournir plus d'effort pour pousser leur enfant à participer (13).

Les professionnels de la santé qui travaillent auprès de familles d'enfants et jeunes handicapés jouent un rôle essentiel pour appuyer les comportements de mouvement sains chez les enfants et jeunes handicapés. Nos discussions avec les familles d'enfants et jeunes handicapés montrent que l'activité physique, le temps d'écran et le sommeil sont reliés, et elles pointent vers le rôle joué par la famille pour maintenir ces comportements chez l'enfant. Alors que les restrictions liées à la COVID-19 ont limité les occasions d'activité physique structurée et non structurée, pour certaines familles, le temps libre et non structuré a permis d'explorer de nouvelles activités et de faire des activités ensemble. Nous encourageons les professionnels de la santé à incorporer une discussion sur les bienfaits des activités familiales sur la santé. L'activité physique en famille pourrait également faire tomber les obstacles à l'activité physique sur le plan individuel, et offrir l'occasion de tisser des liens avec d'autres familles d'enfants et jeunes handicapés (14).

CONCLUSION

Alors que le Canada progresse dans la relance après la pandémie de COVID-19 et recommence à bâtir ses communautés, il faut donner la priorité au mouvement sain des enfants et jeunes handicapés par l'entremise de programmes de bonne qualité, d'instructeurs bien formés, d'infrastructures qui soient accessibles et inclusives à tous, et de santé axée sur la famille.

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier Mme Nikoleta Odorico pour son aide dans l'analyse et l'interprétation des données.

FINANCEMENT DU MANUSCRIT

Cette recherche a reçu une subvention de partenariat du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (subvention n° 895-2013-1021) dans le cadre du Projet canadien sur la participation sociale des personnes en situation de handicap (www.cdpp.com), de l'organisme de bienfaisance Bon départ de Canadian Tire, et une subvention institutionnelle de la Faculté de kinésiologie et d'éducation physique de l'Université de Toronto et de l'Université Dalhousie.

CONFLITS D'INTÉRÊTS POSSIBLES

Tous les auteurs: Aucun conflit d'intérêts déclaré. Tous les auteurs ont soumis le formulaire ICMJE de divulgation des conflits d'intérêts potentiels. Les éditeurs ont divulgué les conflits jugés être pertinents au contenu du manuscrit.

FINANCEMENT DU SUPPLÉMENT

Cet article fait partie d'un supplément spécial sur l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les enfants et les jeunes. Ce supplément a été rendu possible par une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Le point de vue exprimé dans cet article ne représentent pas nécessairement celui de l'Agence de la santé publique du Canada.

RÉFÉRENCES

1. Wu XY, Han LH, Zhang JH, Luo S, Hu JW, Sun K. The influence of physical activity, sedentary behavior on health-related quality of life among the general population of children and adolescents: A systematic review. *PLoS One* 2017;12(11):e0187668.
2. Tremblay MS, Carson V, Chaput J-P, et al. Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les enfants et les jeunes: une approche intégrée regroupant l'activité physique, le comportement sédentaire et le sommeil 1. *Appl Physiol Nutr Metab [Internet]*. 2016 [cité le 20 févr. 2020]; 41(6 Supp 3):S311–S327. Accessible à: <https://csepguidelines.ca/language/fr/directives/enfants-et-jeunes-2/>
3. Carson V, Chaput JP, Janssen I, Tremblay MS. Health associations with meeting new 24-hour movement guidelines for Canadian children and youth. *Prev Med (Baltim)* 2017; 95:7–13.
4. Karpur A, Lello A, Frazier T, Dixon PJ, Shih AJ. Health disparities among children with autism spectrum disorders: Analysis of the National Survey of Children's Health 2016. *J Autism Dev Disord* 2018 494 [Internet]. 2018 Dec 14 [cité le 26 oct. 2021]; 49(4):1652–64. Accessible à: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-018-3862-9>
5. Martin Ginis KA, van der Ploeg HP, Foster C et al. Participation of people living with disabilities in physical activity: A global perspective. *Lancet* 2021;398(10298):443–55.
6. Statistique Canada. Les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les familles d'enfants ayant une incapacité. 2020. Accessible en ligne à: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00066-fra.htm> (consulté le 15 octobre 2021).
7. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Qualitative Inquiry* 2006;18(1):59–82. doi: [10.1177/1525822X05279903](https://doi.org/10.1177/1525822X05279903)
8. Moore SA, Faulkner G, Rhodes RE et al. Impact of the COVID-19 virus outbreak on movement and play behaviours of Canadian children and youth: A national survey. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2020;17(1):85.
9. Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychol Bull* 1992; 112(1):155–9.
10. Chen H, Cohen P, Chen S. How big is a big odds ratio? Interpreting the Magnitudes of Odds Ratios in Epidemiological Studies. *Communications in Statistics - Simulation and Computation*. 2010;39(4):860–4. doi: [10.1080/03610911003650383](https://doi.org/10.1080/03610911003650383).
11. Braun V, Clarke V, Weate P. Using thematic analysis in sport and exercise research [Internet]. *Routledge Handbook of Qualitative Research in Sport and Exercise*. Routledge; 2016; 213–227 p. Accessible à: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315762012-26/using-thematic-analysis-sport-exercise-research-virginia-braun-victoria-clarke-paul-weate> (consulté le 14 March 2022).
12. The Blueprint for Building Quality Participation in Sport for Children, Youth, and Adults with a Disability including Quality Participation Checklist Audit Tool [Internet]. 2020. Accessible à: <https://cdpp.ca/resources-and-publications/blueprint-building-quality-participation-sport-children-youth-and-adults> (consulté le 14 March 2022).
13. Goodwin DL, Ebert A. Physical activity for disabled youth: Hidden parental labor. *Adapt Phys Activ Q* 2018;35(4):342–60.
14. Brown HE, Atkin AJ, Panter J, Wong G, Chinapaw MJ, van Sluijs EM. Family-based interventions to increase physical activity in children: A systematic review, meta-analysis and realist synthesis. *Obes Rev* 2016;17(4):345–60.