



La contribution essentielle de l'**ergothérapeute** en **enfance-jeunesse**



DOCUMENT D'INFORMATION

(OEQ, FÉVRIER 2022)



Ordre
des ergothérapeutes
du Québec

Coordination du projet

Nathalie Thompson, erg., M. Réad.
Analyste au développement de l'exercice professionnel

Recherche et rédaction

Mélissa Coallier, erg., M. Sc.
Chargée de formation pratique, programme d'ergothérapie,
École de réadaptation, Université de Sherbrooke

Caroline Hui, erg., M. Sc.
Chargée de cours, programme d'ergothérapie,
École de réadaptation, Université de Sherbrooke
Étudiante au doctorat, Université McGill
Pratique autonome

Validation externe

Marie Brossard-Racine, O.T., Ph. D.
Professeure agrégée, École de physiothérapie
et d'ergothérapie, Université McGill

Marie Grandisson, erg., Ph. D.
Professeure agrégée, programme d'ergothérapie,
département de réadaptation, Université Laval

Consultation

Comité enfance-jeunesse

Marie Brossard-Racine, O.T., Ph. D.
Professeure agrégée, École de physiothérapie
et d'ergothérapie, Université McGill

Mélanie Couture erg. Ph. D.
Professeure titulaire, École de réadaptation, Université de Sherbrooke

Kathleen Durand, erg., M.A.
Professeure-clinicienne, département d'ergothérapie, Université
du Québec à Trois-Rivières (jusqu'en décembre 2019)

Marie Grandisson, erg., Ph. D.
Professeure agrégée, programme d'ergothérapie,
département de réadaptation, Université Laval

Emilie Rajotte, erg., M. Éd.
Chargée d'enseignement, programme d'ergothérapie,
département de réadaptation, Université Laval

Marie-Noelle Simard, erg., Ph. D.
Professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Montréal

Autres ergothérapeutes

Juie Asselin, erg.
Membre du comité d'inspection professionnelle de l'OEQ
CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Éric Constantin, erg., M. Réad.
Accompagnateur — Service de soutien et d'accompagnement
à la tenue des dossiers - formation continue OEQ
Coordonnateur de la formation clinique, programme d'ergothérapie,
école de réadaptation, Université de Sherbrooke

Emmanuelle Jasmin, erg., Ph. D.
Professeure titulaire, École de réadaptation, Université de Sherbrooke

Équipe de soutien de l'OEQ

Alain Bibeau, erg., M. Sc.
Président (jusqu'en décembre 2021)

Philippe Boudreau, erg., MBA
Directeur général et secrétaire

Guylaine Dufour, erg., M. Réad.
Analyste au développement de l'exercice professionnel

Caroline Fortier
Avocate

Marie-France Jobin, erg., MBA
Directrice du développement et de la qualité de l'exercice

Jacynthe Massé, erg., M. Réad.
Coordonnatrice de l'inspection professionnelle

Karine Plouffe, erg.
Analyste au développement de l'exercice professionnel

Catherine Roberge
Chargée des communications

Isabelle Sicard, erg, DESG
Syndique adjointe

Révision linguistique

Gilles Vilasco
Réviseur et rédacteur, Interactif Cabinet-conseil
en communication multimédia inc.

Conception graphique et mise en page

Mardigrafe inc.



*Dans ce document, le terme « enfant »
inclut toute personne de 0 à 18 ans.*

*Ce document applique la rédaction épïcène.
Par ailleurs, et à titre de rappel, le terme
« ergothérapeute » est un mot épïcène
au sens que donne l'Office québécois de
la langue française à ce terme : ayant la
même forme au genre masculin et au genre
féminin, ce mot désigne ou caractérise aussi
bien des hommes que des femmes.*

OQLF, http://bdl.oqlf.gouv.qc.ca/bdl/gabarit_bdl.asp?t1=1&id=4015#Q07

Table des matières

Glossaire	4
Préambule	5
CHAPITRE 1.	
Participation et engagement de l'enfant dans ses occupations	8
1.1 Les jeux et les loisirs.....	9
1.2 Les activités de la vie quotidienne.....	10
1.3 Les activités productives	10
CHAPITRE 2.	
Profession : ergothérapeute.....	11
2.1 Formation de l'ergothérapeute	12
2.2 Champ d'exercice des ergothérapeutes et activités réservées qui peuvent être effectuées par des ergothérapeutes	12
2.3 Rôle de l'ergothérapeute auprès de la clientèle enfance-jeunesse.....	18
2.4 Éléments essentiels de la pratique en enfance-jeunesse	19
2.4.1 La pratique centrée sur l'enfant et sa famille	19
2.4.2 Les forces de l'enfant	19
2.4.3 La relation de confiance	19
2.4.4 La collaboration.....	19
2.4.5 La compétence culturelle.....	19
2.4.6 Les droits de l'enfant.....	21
2.4.7 La pratique sensible au traumatisme	21
CHAPITRE 3.	
Clientèles et contextes de pratique en ergothérapie.....	22
3.1 Clientèles.....	22
3.2 Contextes de pratique.....	23
CHAPITRE 4.	
Démarche d'intervention de l'ergothérapeute.....	25
4.1 Demande de services et consentement.....	25
4.2 Évaluation des habiletés fonctionnelles	27
4.3 Intervention en ergothérapie	29
4.3.1 Intervention individuelle	29
4.3.2 Intervention auprès d'un groupe.....	30
4.3.3 Intervention auprès d'une population.....	31
4.4 Évaluation des résultats de l'intervention et des progrès	32
CHAPITRE 5.	
La télépratique.....	33
Conclusion.....	34
Références	35
Annexe.....	37



Glossaire

Les éléments du glossaire sont indiqués en caractères bleus dans le document.

Activité : une série de tâches avec un aboutissement déterminé ou un résultat qui est plus important que toute tâche constituante.

(Townsend *et al.* 2013)

Appréciation : l'appréciation est la prise en considération des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, difficultés ou autres) obtenus à l'aide d'observations cliniques, de tests ou d'instruments.

(OPQ, 2021)

Autodétermination : action de décider par soi-même et pour soi-même. Cette notion englobe la notion d'autonomie décisionnelle qui se définit par la possibilité d'exercer son jugement et de prendre les décisions qui concernent sa vie, de façon éclairée et juste, avec assistance ou non, tout en acceptant les risques qui peuvent y être associés.

(MSSS, 2021)

Autoefficacité : croyances dans ses propres capacités à organiser et exécuter les séquences d'action propres à obtenir certains résultats.

(Bandura, 1997)

Autonomisation : processus par lequel une personne ou un groupe social acquièrent la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement.

(OQLF, 2003)

Autorégulation : l'autorégulation concerne les réponses du cerveau et du corps au stress, notamment la dépense énergétique, la récupération et la restauration (Shanker, 2020). L'autorégulation est l'habileté d'atteindre, maintenir et changer le niveau d'éveil adéquatement selon la tâche ou la situation.

(Shellenberger et Williams, 1998)

Contribution : la contribution réfère à l'aide apportée à l'exécution de l'activité réservée à une profession.

(OPQ, 2021)

Habiletés fonctionnelles : manière dont une personne réalise ses habitudes de vie compte tenu de son état de santé, de ses capacités, de l'environnement dans lequel elle évolue, ainsi que de ses rôles sociaux, de ses valeurs et de ses intérêts. « Évaluer les habiletés fonctionnelles » : l'ergothérapeute doit, par l'étude des composantes inhérentes à chaque activité et des rapports existants entre elles, analyser la performance d'une personne dans la réalisation de ses activités ; déterminer les facteurs qui influencent cette performance dans le but de les évaluer ; utiliser des méthodes et des instruments d'évaluation appropriés ; analyser les résultats de son évaluation et porter un jugement clinique sur ceux-ci.

(OEQ, 2004)

Occupation : une activité ou un ensemble d'activités réalisées avec constance et régularité qui apportent une structure à laquelle des individus accordent une valeur et une signification.

(Townsend *et al.* 2013)



Préambule



L'importance de développer le plein potentiel des enfants fait consensus au sein de notre société et les politiques fédérales et provinciales allant en ce sens sont nombreuses. Citons notamment, au Québec, le plan stratégique 2019-2023 du ministère de la Famille (MFA, 2021a).

Le développement du plein potentiel des enfants s'effectue principalement lors de l'accomplissement de leurs **activités** (aussi appelées **occupations**), d'où l'importance d'intervenir

- tôt dans le développement de tous les enfants dans une optique de prévention et de promotion de la santé ou de l'occupation (stimulation, repérage) via une intervention populationnelle¹;
- plus intensément/spécifiquement (intervention intensifiée ou personnalisée) lorsqu'un enfant rencontre un (ou plus d'un) défi entravant la participation ou l'engagement de l'enfant dans ses occupations (défis occupationnels).

Chez l'enfant, la présence de défis occupationnels peut notamment se manifester par des difficultés à réaliser des jeux à la garderie (centre de la petite enfance), à s'habiller, à organiser son matériel scolaire, à grimper dans les modules avec ses amis au parc.

Par sa formation et ses compétences et en conformité avec son champ d'exercice et certaines des activités qui lui sont réservées, l'ergothérapeute est la personne experte tout indiquée pour déterminer :

- la nature et l'ampleur des manifestations/difficultés fonctionnelles, celles-ci contribuant notamment et lorsque requis² à l'élaboration d'un diagnostic

dans la sphère des troubles neurodéveloppementaux;

- les besoins et services (réadaptation, mesures de soutien) requis.

Outre sa contribution au diagnostic neurodéveloppemental, le rôle de l'ergothérapeute est de promouvoir et de soutenir la participation et l'engagement des personnes à accomplir des activités qu'elles jugent significatives³. Ainsi l'ergothérapeute peut intervenir :

- auprès d'enfants pour lesquels un défi occupationnel est appréhendé ou observé, telle une difficulté à s'alimenter, à faire du vélo, à interagir avec ses pairs, à initier ou s'intégrer à une activité, à effectuer la transition entre le primaire et le secondaire, à intégrer le marché du travail, etc. Ce défi peut être associé à des difficultés ou des particularités sur le plan du développement⁴ ou à la présence d'un diagnostic, tels un trouble neurodéveloppemental, un trouble mental, une condition périnatale, une anomalie développementale, un traumatisme ou une maladie ou une condition acquise;
- auprès d'enfants n'ayant aucun défi occupationnel appréhendé ou observé (ex. : population d'enfants en général ou ayant des facteurs de risques au plan biologique, comme la prématurité, ou social, comme les contextes de négligence ou de précarité socio-économique), dans une optique de prévention et promotion de la santé ou de l'occupation (stimulation, repérage).

L'ergothérapeute ayant une pratique centrée sur l'enfant et sa famille, ces derniers participent activement à l'identification des besoins, des objectifs d'intervention et à la prise de décision.

1. Aussi appelée intervention universelle.

2. Plusieurs manifestations fonctionnelles associées à des défis occupationnels font l'objet de critères contribuant à l'élaboration d'un diagnostic faisant partie de la sphère des troubles neurodéveloppementaux, tel qu'il apparaît notamment à la classification « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition » (American Psychiatric Association, 2013).

3. Activités congruentes avec les valeurs et les besoins personnels, permettant de démontrer la compétence et la maîtrise et valorisées dans le groupe social et culturel (Hammell, 2004, p. 19).

4. Ces difficultés ou particularités incluent les appellations suivantes : « délai d'acquisition des habiletés développementales (jalons développementaux) », « retard (indice de...) de développement » ou « atypie développementale ».



L'ergothérapeute collabore également avec les différents acteurs impliqués auprès de l'enfant, comme les enseignant(e)s, éducateur(-trice)s, autres professionnel(le)s, etc.


Le présent document s'appuie sur les plus récentes données probantes disponibles à ce jour. L'ergothérapie est une profession en constante évolution, au diapason de la recherche, qui s'adapte en permanence aux changements sociétaux et à ceux du domaine de la santé et de l'éducation. Faciliter la participation et l'engagement des enfants et de leur famille dans leur milieu et dans la société est une des priorités de l'ergothérapie.

Ce document s'adresse à toute personne désirant obtenir des renseignements sur le rôle clé de l'ergothérapeute auprès des enfants. Il peut notamment s'agir de la population générale, d'un parent ou d'un proche, d'une tutrice ou d'un tuteur, d'une directrice ou d'un directeur, d'un assureur, d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé ou de l'éducation, ou d'un collaborateur ou d'une collaboratrice s'interrogeant sur le rôle de l'ergothérapeute dans le cadre :

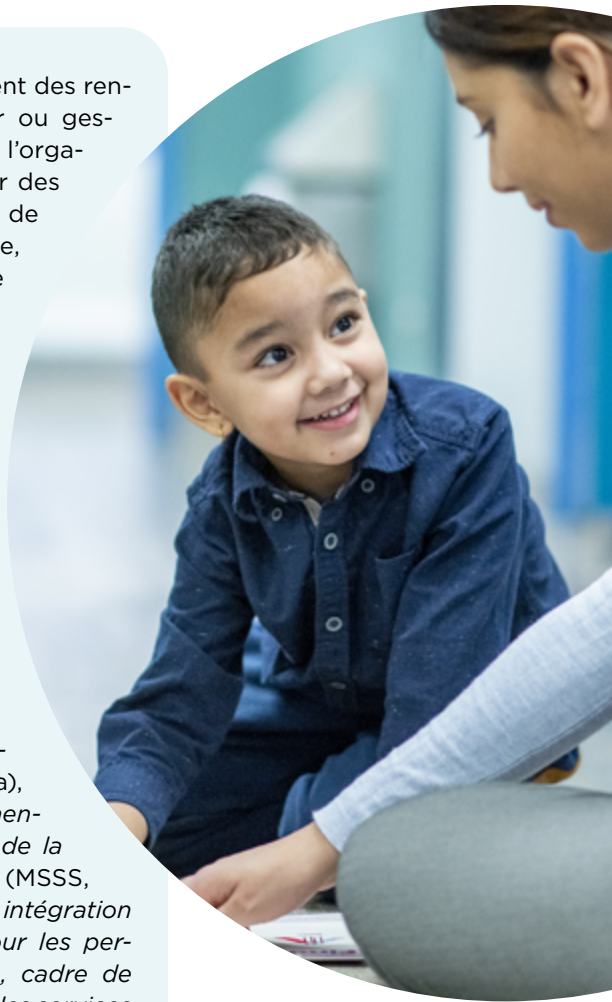
- de la promotion du développement global de l'enfant et du repérage (détection) de difficultés au plan développemental, notamment dans le cadre d'interventions en milieu préscolaire ou scolaire;
- de l'évaluation des **habiletés fonctionnelles** en vue :
 - de déterminer, en partenariat avec l'enfant et sa famille, les besoins et services requis (réadaptation, mesures de soutien), incluant la recommandation d'un suivi en ergothérapie;
 - d'émettre une opinion contributive à l'élaboration d'un diagnostic (ex. : trouble développemental de la coordination);
- de l'intervention en ergothérapie.

Ce document s'adresse également à l'ergothérapeute ayant besoin d'être soutenu(e) dans la promotion de ses services et de sa profession.

Ce document fournit également des renseignements à tout décideur ou gestionnaire dont la mission est l'organisation des services axée sur des données probantes auprès de la clientèle enfance-jeunesse, l'ergothérapie étant un service incontournable auprès de cette clientèle.

Que ce soit dans les centres de la petite enfance, dans les centres de services scolaires, en pratique privée ou au sein d'établissements de santé et de services sociaux, la *Politique de la réussite éducative du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur* (MÉES, 2017), le *Plan stratégique du ministère de la Famille* (MFA, 2021a), le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux* (MSSS, 2017a)⁵ et *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience, cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme* (MSSS, 2017b) s'entendent pour affirmer les effets positifs, dont ceux au plan scolaire et social, d'une intervention offerte de façon précoce à un enfant présentant une vulnérabilité dans l'une des sphères de son développement. Notamment, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) indique être soucieux d'offrir des services non seulement aux enfants ayant un diagnostic lié à un trouble neurodéveloppemental, mais également aux enfants en attente d'un tel diagnostic, sur la base de la reconnaissance de leurs besoins (**programme Agir tôt**  - MFA, 2021b). De son côté, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MÉES) prône le principe d'égalité des chances en reconnaissant la

5. Ce Plan réitère notamment la volonté ministérielle de soutenir le développement optimal de tous les enfants québécois par des mesures universelles. Le milieu scolaire et les centres de la petite enfance sont effectivement des lieux privilégiés pour les actions de promotion et de prévention. L'une des mesures ministérielles vise le déploiement efficace de promotion et de prévention en contexte scolaire, notamment au préscolaire.



nécessité d'adopter des approches et des stratégies préventives auprès de tous les enfants, et ce, dans l'objectif d'augmenter la proportion d'enfants qui commencent leur scolarité sans présenter de facteur de vulnérabilité pour leur développement (MÉES, 2017).

Ainsi, les interventions de l'ergothérapeute en promotion ou prévention cadrent entièrement avec les orientations ministérielles en santé et services sociaux et en éducation, comme démontré dans les prochains chapitres. De plus, les interventions de l'ergothérapeute ciblent les divers environnements, tant physique que social, dans lesquels l'enfant est appelé à réaliser ses occupations ou encore ses activités. Ce faisant, l'efficacité des interventions est ainsi accrue, comme indiqué par le MÉES dans sa *Politique de la réussite éducative*.

Ce document vient affirmer la contribution essentielle des ergothérapeutes dans tout le continuum de services en enfance-jeunesse en vue de soutenir la participation et l'engagement de l'enfant (et de sa famille) dans ses occupations et ainsi favoriser le développement de son plein potentiel.

Dans le premier chapitre, la participation et l'engagement de l'enfant dans ses occupations sont exposés. S'ensuit, au deuxième chapitre, une description de la profession d'ergothérapeute et de son rôle clé en regard de l'occupation et du développement de l'enfant. Le troisième chapitre identifie les clientèles ciblées et les différents contextes de pratique, alors que le quatrième chapitre présente le processus d'intervention en ergothérapie. Finalement, le cinquième chapitre aborde la télépratique.

Des encadrés présentant des vignettes cliniques sont insérés à divers endroits dans le document afin de renforcer la clarté du propos. Bien qu'une attention ait été portée à illustrer une diversité de situations, clientèles ou interventions, les vignettes ne se veulent pas exhaustives de l'ensemble des situations, clientèles ou interventions liées à l'exercice de l'ergothérapie. De plus, plusieurs vignettes ont été présentées en vue de faire connaître davantage ou d'actualiser certains rôles ou certaines pratiques des ergothérapeutes, en particulier les pratiques contemporaines ou émergentes.



CHAPITRE 1.

Participation et engagement de l'enfant dans ses occupations

D'entrée de jeu, il apparaît important de distinguer les termes participation et engagement. La participation se définit comme une implication dans une situation de vie (OMS, 2001) alors que l'engagement se définit comme le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité (Kennedy et Davis, 2017). Dans le cas de l'ergothérapie auprès de l'enfant, engager et favoriser la participation à des occupations constitue le principal objectif (American Occupational Therapy Association, 2014). L'engagement est influencé par des facteurs individuels et contextuels (D'Arrigo et al., 2020). Le rôle de l'ergothérapeute vise à soutenir les enfants et leur famille à s'impliquer et à s'engager le plus possible dans la réalisation de leurs occupations.

C'est souvent par la participation que les enfants apprennent à développer leurs habiletés sociales, leurs habiletés de communication et qu'ils lient des amitiés. Law (2002) rapporte que la « participation dans les activités est un élément essentiel du développement humain et de l'expérience vécue ». Chaque personne devrait avoir l'opportunité de vivre cette expérience. Pourtant, les enfants ayant des besoins particuliers ont souvent une participation sociale limitée (Chien, Rodger, Copley et Brown, 2017; Parham et Cosby, 2020; Rosenbaum et Gorter, 2011; Reynolds, Bendixen et Lawrence, 2011). Ils peuvent ainsi être privés de ces expériences par une diminution d'opportunités dans la communauté, de barrières environnementales et un manque de partenaires pour jouer.

De plus, des études montrent que la participation dans une activité de loisir est un prédicteur de santé mentale, de santé physique, et de la satisfaction dans la vie (Kelly, Klaas, et Vogel, 2010; Piché, Huynh, et Villatte, 2019). Il est également démontré que la participation dans les activités de la vie quotidienne et les activités productives a de nombreux avantages pour le développement, soit améliorer la santé physique, mentale, et comportementale des enfants, cultiver des relations sociales et faciliter l'acquisition de compétences pour la réussite actuelle et future (Lau et Cheng, 2016; Law et al., 2012). Ainsi, l'importance de soutenir les enfants ayant des besoins particuliers afin d'optimiser leur participation et leur engagement dans leurs occupations prend tout son sens.



Les occupations de l'enfant sont divisées en trois principales catégories : les jeux et loisirs, les activités de la vie quotidienne et les activités productives.

FIGURE 1.

Les occupations de l'enfant.



1.1 Les jeux et les loisirs

Le jeu constitue l'une des occupations centrales chez l'enfant. Il est d'ailleurs reconnu comme un droit fondamental par la Convention internationale sur les droits de l'enfant (Organisation des Nations Unies, 1989). C'est à travers le jeu que l'enfant développe ses habiletés motrices et sensorielles, ses habiletés socioaffectives et ses habiletés cognitives (Ferland, 2018). Les enfants à besoins particuliers présentent des habiletés de jeu plus limitées et participent moins fréquemment aux activités de jeux et de loisirs offerts dans la communauté (Bedell et al., 2013), d'où l'importance d'intervenir en ergothérapie. Par exemple, l'ergothérapeute peut : a) adapter ou modifier les jouets; b) suggérer des façons de solliciter l'engagement de l'enfant dans les jeux et collaborer avec l'entourage pour trouver les moments à privilégier pour ce faire; c) soutenir l'entourage dans le choix

d'activités et de jeux adaptés aux besoins de l'enfant et d) promouvoir l'importance du jeu pour l'enfant auprès de toute la population.

Henri,
3 ans, fréquente le centre de la petite enfance des étincelles depuis 2 mois. Son éducatrice remarque que son jeu est répétitif et limité. Henri aligne les blocs et les voitures et, lorsqu'il joue à l'extérieur, il cherche des petits morceaux de bois qu'il laisse tomber dans les ouvertures de la clôture. Ses parents remarquent qu'il fait le même type de jeu à la maison. Après avoir obtenu l'accord des parents, le milieu de garde fait appel à un(e) ergothérapeute afin qu'il ou elle suggère à l'éducatrice des stratégies pour aider Henri à varier davantage ses jeux et à interagir avec ses pairs.

Sofia,

16 ans, adore le basketball et passe beaucoup de temps à regarder les parties de basketball de ses équipes préférées à la télévision. Elle souhaiterait se joindre à une équipe, mais elle doute que cela soit possible considérant qu'elle est paraplégique depuis un accident de ski survenu il y a cinq ans. La mère de Sofia contacte un(e) ergothérapeute afin d'accompagner Sofia dans la sélection, l'adaptation et la participation dans une activité sportive adaptée à ses capacités.



Chez l'adolescent, on parle davantage de loisirs que de jeux. Les loisirs sont importants pour développer l'autonomie, l'**autodétermination**, le bien-être ainsi que le sentiment de compétence (Poulsen et Ziviani, 2010).

1.2 Les activités de la vie quotidienne

Les activités de la vie quotidienne (p. ex. : soins personnels, alimentation) occupent une proportion non négligeable des occupations de l'enfant. L'ergothérapeute favorise l'autonomie chez l'enfant en travaillant avec ses forces, en améliorant ses capacités ou habiletés, en modifiant ou en adaptant la tâche et l'environnement, ainsi qu'en soutenant la famille et les intervenants qui aident l'enfant.

1.3 Les activités productives

Chez l'enfant, la participation scolaire est généralement la principale activité productive, bien qu'il puisse en effectuer d'autres, p. ex. : préparer un repas, faire le ménage de sa chambre, faire ses devoirs. Chez l'adolescent, outre la participation scolaire, le travail (rémunéré ou bénévole) prend parfois une place considérable dans ses occupations.

Livia,

six ans, n'arrive pas à suivre la routine du matin les jours de classe. Elle pleure, refuse de s'habiller, et elle est facilement distraite par ses jouets. Elle manque l'autobus au moins deux matins par semaine et ses parents sont inquiets de la situation. Ils prennent donc rendez-vous avec le médecin de famille de Livia qui les réfère ensuite en ergothérapie pour identifier des solutions avec Livia et sa famille pour favoriser la participation et l'engagement de Livia dans la routine du matin.

Océane

commence l'école secondaire, et elle éprouve des difficultés à organiser et retrouver son matériel scolaire. Elle a aussi de la difficulté avec les transitions entre les cours qui sont donnés dans des classes différentes. Elle a reçu un diagnostic de trouble du développement de la coordination à l'âge de 7 ans et elle a alors bénéficié de soutien en ergothérapie dispensé pendant son école primaire. Étant maintenant au secondaire, ce changement engendre de nouveaux défis pour Océane puisqu'elle doit changer de local entre chaque classe dans un temps restreint, utiliser un cadenas pour son casier et faire preuve d'une plus grande autonomie pour la prise de notes et la gestion des travaux scolaires. Conscients des défis que ce changement engendre, les parents d'Océane consultent un(e) ergothérapeute pour qu'Océane soit soutenue dans cette transition d'école, afin de faciliter sa participation scolaire.

CHAPITRE 2.

Profession : ergothérapeute

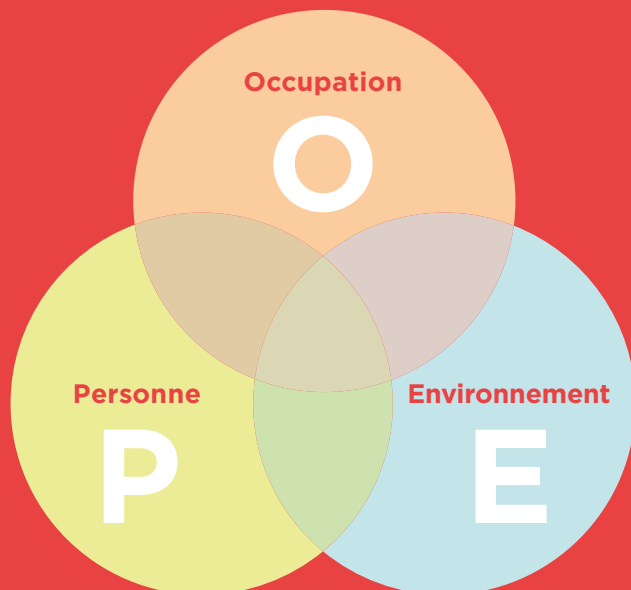
L'ergothérapie est une profession de la santé qui préconise une pratique centrée sur le client (Townsend et Polatajko, 2007) et qui vise à promouvoir la santé et le bien-être par le biais de l'occupation. L'objectif principal de l'ergothérapie est de permettre aux personnes (incluant groupes de personnes et populations) de tous âges de participer et de s'engager dans les activités qui leur sont significatives.

La spécificité de l'ergothérapeute réside dans l'analyse de l'interaction entre les capacités de la personne [P], les exigences de l'environnement (physique et social) [E] et les exigences des activités (occupations et rôles sociaux) [O] effectuées par la personne ou normalement attendues de cette dernière (notamment en fonction de son âge, de ses intérêts et de ses valeurs) [ci-après appelée interaction P-E-O], et ce, en vue de déterminer la nature et l'ampleur de l'atteinte du fonctionnement

de la personne dans son quotidien ainsi que les besoins et interventions qui en découlent. Cette analyse nécessite une évaluation des habiletés fonctionnelles. Découlant de cette analyse, l'ergothérapeute déterminera dans quelle mesure les interventions sur ces trois aspects — l'amélioration des capacités de la personne, la modification de l'activité et la modification de l'environnement — pourront être optimisées afin de permettre à la personne de réaliser ses activités significatives de façon satisfaisante.

FIGURE 2.

Interaction Personne-Environnement-Occupation [interaction P-E-O]
(Law, Cooper, Stewart, Rigby et Letts, 1996).



2.1 Formation de l'ergothérapeute

Les ergothérapeutes sont des professionnel(le)s de la santé qui détiennent une formation universitaire de deuxième cycle (niveau maîtrise) leur permettant d'acquérir des connaissances et des compétences dans les sphères suivantes (liste non exhaustive) :

- Neurologie, anatomie et physiologie;
- Santé mentale;
- Développement de l'enfant et de l'adolescent;
- Occupations de l'enfant (p. ex. : jeu, loisir, soins personnels, repos/sommeil, études);
- Pratique centrée sur la famille;
- Analyse, utilisation et adaptation de l'activité;
- Analyse et adaptation de l'environnement;
- Processus d'évaluation (outils, psychométrie);
- Promotion de la santé et prévention;
- Démarche scientifique soutenant le raisonnement clinique (recherche, interprétation et application des données probantes);
- Schèmes de référence (ex. : développemental, apprentissage moteur, compensatoire, modulation sensorielle);
- Diagnostics (pathologies et troubles) et pronostics.

Une formation rigoureuse permet aux cliniciens en ergothérapie d'adopter une approche holistique et de s'appuyer sur les données probantes.

Une particularité de l'intervention des ergothérapeutes tient notamment au fait que la formation en ergothérapie intègre des connaissances relevant à la fois de la santé physique et de la santé mentale. L'ergothérapeute se doit de maintenir ses connaissances à jour et de perfectionner ses compétences par la réalisation d'activités de formation continue, et ce, sur une base régulière.



2.2 Champ d'exercice des ergothérapeutes et activités réservées qui peuvent être effectuées par des ergothérapeutes

Des travaux de modernisation de la pratique professionnelle dans le domaine de la santé ont mené, en 2002, à l'adoption au Québec de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (2002, chapitre 33) [ci-après nommée « loi 2002 »]. Cette loi vient notamment réserver quatre activités⁶ aux ergothérapeutes qui sont énumérées dans la présente section.

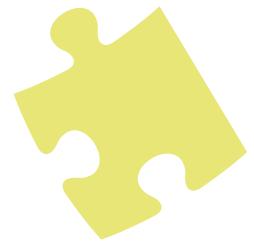
C'est dans la continuité de ces travaux de modernisation qu'en 2009 est adoptée au Québec la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (2009, chapitre 28) [ci-après nommée « loi 2009 »], qui redéfinit les champs d'exercice de certaines professions, établit une réserve d'activités pour les membres de certains ordres et encadre la pratique de la psychothérapie.

Champ d'exercice

L'article 37o) du Code des professions définit le champ d'exercice des ergothérapeutes comme suit :

« évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, com-

6. Lesdites activités étant réservées en partage avec certains autres professionnels également habilités à les exercer et dont la finalité est balisée par les paramètres du champ d'exercice de chaque profession.



penser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de l'être humain en interaction avec son environnement. »

De plus, l'article 39.4 de ce même Code stipule que :

« L'information, la promotion de la santé et la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités font également partie de l'exercice de la profession du membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles. »

Activités réservées

Les principaux critères qui ont servi à identifier les activités nécessitant d'être réservées sont les suivants :

- le risque de préjudice qu'elle comporte;
- le caractère invasif des interventions;
- les connaissances et la compétence liées au degré de complexité que comporte l'activité, critère qui sous-tend que seules les personnes ayant les compétences pour accomplir une activité sont habilitées à le faire;
- la vulnérabilité de certaines clientèles;
- les contextes particuliers.

Parmi les activités ayant fait l'objet d'une réserve professionnelle en 2002, la loi 2002 stipule que les quatre activités suivantes peuvent être exercées par les ergothérapeutes : évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique; procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise en application d'une loi; décider de l'utilisation des mesures de contention⁷; prodiguer des traitements reliés aux plaies. La portée de ces activités pour les ergothérapeutes est détaillée dans le

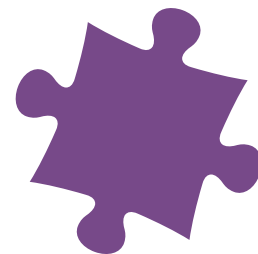
7. Cette activité a également été réservée dans le cadre de la loi 2009, mais avec un cadre juridique d'application distincte. Cette distinction est expliquée au point 4 de la présente section.



document préparé par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec à l'intention de ses membres **Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé — Guide de l'ergothérapeute** (OEQ, 2004), notamment pour l'évaluation de la fonction neuromusculosquelettique pour laquelle un rappel est effectué, compte tenu de son importance auprès de la clientèle enfance-jeunesse.

L'ergothérapeute qui procède à l'**évaluation de la fonction neuromusculosquelettique** d'une personne qui présente une déficience ou une incapacité de sa fonction physique doit, entre autres,

- évaluer la fonction neuromusculosquelettique comprenant notamment l'évaluation des composantes suivantes : tonus musculaire, mouvements réflexes, amplitude articulaire, force musculaire, posture, coordination, équilibre, mobilité, préhension et dextérité, contractures, fonctions entéroceptives, proprioceptives et extéroceptives, déformations, œdème, tremblements, douleur, endurance;
- évaluer les habiletés fonctionnelles de la personne comprenant notamment une cueillette de données sur d'autres aptitudes (perceptives, cognitives, intellectuelles, comportementales), le cas échéant, et des facteurs environnementaux (facteurs physiques, socioéconomiques et socioculturels) qui influencent son rendement et son engagement dans ses habitudes de vie;





- analyser la répercussion des symptômes, des déficiences, des incapacités et des problématiques environnementales sur les habitudes de vie de la personne;
- émettre une opinion clinique sur l'autonomie de la personne, notamment quant à son rendement et son engagement dans ses occupations;
- déterminer le plan d'intervention ergothérapique et le mettre en œuvre pour répondre aux besoins de la personne (sur les plans du développement, de l'amélioration, de la restauration de la fonction neuromusculosquelettique et des aptitudes nécessaires pour l'accomplissement de ses habitudes de vie);
- faire les recommandations appropriées à la condition physique et mentale de la personne (notamment à l'égard des services requis, du milieu de vie, des appareils suppléant à la déficience physique ou à l'incapacité fonctionnelle, des moyens compensatoires, de l'adaptation de l'environnement).

Chez les enfants ayant une atteinte de leur fonction neuromusculosquelettique, en particulier en présence d'un trouble neurodéveloppemental ou d'une atteinte du système nerveux central, l'impact fonctionnel observé à l'égard des aptitudes pourrait non seulement être lié à une inadéquation des aptitudes sensorimotrices (sur le plan neuromusculosquelettique), mais également d'autres aptitudes (perceptives, cognitives, intel-

lectuelles, comportementales). Comme l'ensemble de ces aptitudes s'influencent, elles doivent être considérées simultanément, et ce, en vue de conclure de manière juste sur la nature et l'ampleur de leur impact fonctionnel et proposer un plan d'intervention judicieux.

Parmi les activités ayant fait l'objet d'une réserve professionnelle⁸ en 2009, la loi 2009 stipule que les quatre activités suivantes peuvent être exercées par les ergothérapeutes :

1. Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité

Cette activité est réservée aux professions suivantes : conseiller(ère) d'orientation, criminologue, ergothérapeute, psychoéducateur(-trice), psychologue, sexologue, thérapeute conjugal et familial, travailleur social, et ce, dans le cadre de leur champ d'exercice respectif⁹.

8. Pour plus de détails concernant les activités réservées, le lecteur peut se référer au guide explicatif de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines produit par l'Office des professions du Québec (OPQ, 2021).

9. En plus de ces professionnels, il convient de rappeler que le médecin et l'infirmière, par leur activité réservée, de même que l'orthophoniste et l'audiologiste, par les champs d'exercice et les activités d'évaluation qui leur sont respectivement réservés, sont habilités à effectuer cette activité.

La profession d'ergothérapeute, à l'instar de plusieurs autres professions, n'a pas un champ d'exercice réservé, ce qui implique que les activités prévues au champ d'exercice ne sont pas réservées, à moins qu'une loi vienne préciser le contraire, ce qui est le cas de la loi 2009. Ainsi, de façon unique à l'ergothérapeute, c'est **l'évaluation des habiletés fonctionnelles d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité** qui lui est réservée.

2. Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique

Cette activité est réservée aux professions suivantes : audiologiste, conseiller(ère) d'orientation, ergothérapeute, médecin, orthophoniste, psychoéducateur(-trice), psychologue, et ce, dans le cadre de leur champ d'exercice respectif.

La profession d'ergothérapeute, à l'instar de plusieurs autres professions, n'a pas un champ d'exercice réservé, ce qui implique que les activités prévues au champ d'exercice ne sont pas réservées, à moins qu'une loi vienne préciser le contraire, ce qui est le cas de la loi 2009. Par conséquent, de façon unique à l'ergothérapeute, c'est **l'évaluation des habiletés fonctionnelles d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique** qui lui est réservée.

Ainsi, de façon particulière à la clientèle en enfance-jeunesse, il s'agit d'évaluer les habiletés de l'enfant permettant son engagement et sa participation dans les activités liées à son éducation en milieu scolaire, par exemple : les tâches scolaires, l'utilisation du matériel scolaire et informatique, le jeu, les soins personnels, etc. L'ergo-

thérapeute détermine les facteurs qui influencent cet engagement et cette participation, soit :

- les facteurs personnels comme l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques et les aptitudes (notamment sur les plans sensorimoteur, perceptif, cognitif, intellectuel, comportemental, communicationnel et affectif);
- les facteurs environnementaux (les facteurs physiques, socioéconomiques et socioculturels);
- les facteurs liés aux occupations (leur nature, leurs composantes, leur complexité, etc.).



3. Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins

Cette activité est réservée aux professions suivantes : audiologiste, ergothérapeute, infirmière, médecin, orthophoniste, psychoéducateur(-trice), psychologue, travailleur social, et ce, dans le cadre de leur champ d'exercice respectif.

Ainsi, seuls les membres de ces ordres professionnels autorisés à évaluer un enfant qui présente des indices de retard de développement peuvent statuer sur les services répondant aux besoins de l'enfant, et ce, en fonction de leur champ d'exercice respectif. Le corollaire est que **la détermination des services de réadaptation et d'adaptation dans ce contexte nécessite une évaluation, un simple dépistage ne pouvant conduire à de telles conclusions.** C'est pourquoi cette activité réservée ne doit pas être confondue avec le dépistage permettant de déterminer la probabilité qu'un

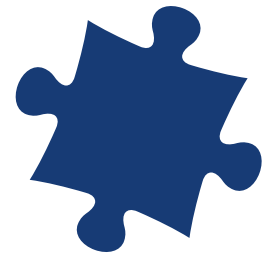
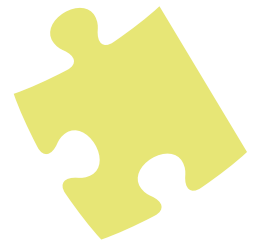
enfant présente un indice de retard de développement.

La profession d'ergothérapeute, à l'instar de plusieurs autres professions, n'a pas un champ d'exercice réservé, ce qui implique que les activités prévues au champ d'exercice ne sont pas réservées, à moins qu'une loi vienne préciser le contraire, ce qui est le cas de la loi 2009. De cette manière, de façon unique à l'ergothérapeute, c'est **l'évaluation des habiletés fonctionnelles d'un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins** qui lui est réservée.

Ainsi, via l'évaluation des habiletés fonctionnelles de l'enfant, l'ergothérapeute détermine les facteurs qui influencent son engagement et sa participation dans ses occupations, soit :

- les facteurs personnels comme l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques et les aptitudes (notamment sur les plans sensorimoteur, perceptif, cognitif, intellectuel, comportemental, communicationnel et affectif);
- les facteurs environnementaux (les facteurs physiques, socioéconomiques et socioculturels);
- les facteurs liés aux occupations (leur nature, leurs composantes, leur complexité, etc.).

L'analyse de l'ergothérapeute permet de conclure sur la nature et l'ampleur des difficultés de l'enfant sur le plan des habiletés fonctionnelles, notamment en comparant le profil développemental de l'enfant aux normes de développement attendues pour un enfant du même âge, tout en prenant en compte les opportunités d'apprentissage des habiletés dans ses divers environnements. C'est ainsi que l'ergothérapeute peut notamment statuer sur la présence ou l'absence d'un retard de développement et déterminer les services



de réadaptation et d'adaptation répondant aux besoins de l'enfant.

4. Décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris

Une distinction importante s'impose pour la décision d'utiliser la contention. Selon la loi 2002, **la décision d'utiliser une mesure de contention est réservée à l'ergothérapeute**, à l'infirmière, au médecin et au physiothérapeute. **Cette décision n'est pas limitée quant au lieu** où ils la prennent : ils peuvent décider, à titre d'**exemple**, d'avoir recours à cette mesure en **milieu scolaire, en garderie ou en camp de vacances**. Or, la loi 2009 élargit la liste des professionnel(le)s habilité(e)s à prendre la décision d'utiliser une mesure de contention aux personnes suivantes : criminologue, psychoéducateur(-trice), psychologue et travailleur social. Toutefois, cette décision ne leur est réservée que dans une installation maintenue par un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris. Cela signifie que **l'ergothérapeute exerçant en milieu scolaire** est bien souvent **le seul** professionnel sur place habilité à décider de l'utilisation des mesures de contention, son investissement dans ce rôle étant alors crucial.

En ce qui a trait à la décision d'utiliser des mesures d'isolement, cette activité est réservée au criminologue, à l'ergothérapeute, à l'infirmière, au médecin, au psychoéducateur ou à la psychoéducatrice, au psychologue et au travailleur social lorsqu'elle est prise dans une installation maintenue par un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les



services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris.

En plus des activités réservées, le **Guide explicatif associé à la loi 2009** (OPQ, 2021) reconnaît les compétences des ergothérapeutes à l'égard de leur **contribution** ou **appréciation** pour les activités suivantes :

1. Évaluer les troubles mentaux

À l'égard des troubles du spectre de l'autisme, bien que l'activité de conclure sur leur présence soit réservée au médecin et au psychologue, le *Guide explicatif* souligne l'importance de la collaboration interprofessionnelle et de la contribution de divers professionnels, dont les ergothérapeutes, à cet égard.

2. Évaluer les troubles neuropsychologiques

Bien que cette activité soit réservée au psychologue détenteur d'une attestation de formation (communément appelé neuropsychologue), il est reconnu que certaines fonctions mentales supérieures faisant l'objet

de l'évaluation des troubles neuropsychologiques, telles les fonctions perceptives, cognitives (exécutives), intellectuelles ou comportementales d'une personne, peuvent être appréciées¹⁰ par l'ergothérapeute, conformément à son champ d'exercice, c'est-à-dire dans le but de porter un jugement clinique sur les habiletés fonctionnelles d'une personne. L'ergothérapeute analyse les interactions entre certaines fonctions mentales supérieures, les exigences de l'activité et les exigences de l'environnement, lui permettant, par exemple de :

- déterminer les défis occupationnels et besoins d'un enfant à l'école compte tenu de son degré d'acquisition des préalables scolaires;
- déterminer les capacités à optimiser ainsi que les adaptations et mesures de soutien requises en vue d'effectuer certaines activités;
- graduer les activités en vue de permettre à l'enfant de progresser tout en lui offrant des occasions de succès afin de développer son plein potentiel.

2.3 Rôle de l'ergothérapeute auprès de la clientèle enfance-jeunesse

L'ergothérapeute est une personne experte des occupations. Son expertise reconnue auprès de la clientèle enfance-jeunesse, du nouveau-né à l'adolescent, vise notamment à favoriser le développement du plein potentiel et optimiser l'engagement et la participation dans des occupations significatives, telles que jouer, apprendre, s'habiller, s'alimenter et socialiser, et ce, dans tous les milieux de vie.

Ainsi, en partenariat avec la famille, l'ergothérapeute va :

- 1) déterminer le niveau de participation et d'engagement de l'enfant dans ses activités/occupations significatives, notamment la nature et l'ampleur des manifestations fonctionnelles faisant l'objet de critères diagnostics neuro-développementaux, permettant ainsi de contribuer à l'élaboration du diagnostic;
- 2) optimiser le niveau de participation et d'engagement de l'enfant dans ses activités/occupations significatives en favorisant une meilleure adéquation entre les composantes « personne-environnement-occupation » (P-E-O).

Pour ce faire, l'ergothérapeute procède à l'analyse de l'interaction P-E-O (mentionnée au début du présent chapitre) dont les trois composantes se retrouvent en encadré ci-après.

Personne (P) : L'ergothérapeute analyse comment les capacités de l'enfant sur les plans physique, cognitif, psychologique, émotionnel et social, contribuent au niveau de participation et d'engagement observé dans ses activités/occupations significatives.

Environnement (E) : L'ergothérapeute analyse comment les caractéristiques physiques, sociales, culturelles et institutionnelles de l'environnement dans lequel l'enfant évolue favorisent ou nuisent à sa participation et son engagement.

Occupation (O) : L'ergothérapeute analyse comment les caractéristiques des activités/occupations auxquelles l'enfant tente de participer contribuent ou nuisent à sa participation et son engagement (ex. : niveau de difficulté, habiletés requises).

Par conséquent, l'ergothérapeute apporte une contribution unique à l'identification de problématiques du développement sensorimoteur, socioaffectif et cognitif et à la compréhension de l'impact de ces problématiques dans le quotidien et sur la participation des enfants. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) définit la participation comme étant l'implication dans une situation de vie qui résulte de l'interaction des personnes avec leur environnement social et physique (OMS, 2001).

10. Les ergothérapeutes ayant besoin de balises concernant la façon de documenter cette appréciation sont invité(e)s à se référer à l'activité de formation continue « Balises encadrant la rédaction des écrits en ergothérapie pour une clientèle atteinte de troubles neuropsychologiques ou mentaux » sur le portail OEQ.

2.4 Éléments essentiels de la pratique en enfance-jeunesse

2.4.1 La pratique centrée sur l'enfant et sa famille

La pratique centrée sur l'enfant et sa famille est une valeur importante en ergothérapie. L'ergothérapeute prend en compte les croyances, les valeurs, les préoccupations, les attentes et les choix de l'enfant et de sa famille. Le respect mutuel, la confiance et l'honnêteté, et la prise de décision partagée sont des caractéristiques importantes d'une pratique centrée sur la famille. Il est primordial de reconnaître l'expertise du client dans le partenariat et d'offrir des services flexibles et individualisés (Rodger et Keen, 2017).

2.4.2 Les forces de l'enfant

Un autre concept inhérent au travail des ergothérapeutes auprès de la clientèle enfance-jeunesse est l'importance accordée aux forces de l'enfant. Chaque enfant est unique et l'ergothérapeute contribue à identifier les aspects positifs du développement et de la participation de l'enfant. L'ergothérapeute met l'accent sur les forces de l'enfant et sur ce qu'il peut faire plutôt que de centrer son regard sur ses incapacités. Se centrer sur les forces de l'enfant peut aider la famille à le percevoir sous un angle différent et ainsi améliorer son bien-être et sa participation. Par ailleurs, miser sur les forces favorise le développement de l'**autoefficacité** et de l'**autonomisation** (Kuhaneck et Case-Smith, 2020).

2.4.3 La relation de confiance

L'établissement d'une relation de confiance avec l'enfant, mais aussi avec sa famille et les intervenants qui gravitent autour de l'enfant, est essentiel pour l'ergothérapeute. Ce lien de confiance favorise l'engagement de l'enfant et des parents dans le processus d'intervention (Kuhaneck et Case-Smith, 2020). Pour créer un lien sécurisant avec l'enfant, l'ergothérapeute prend le temps de développer une relation thérapeutique avec l'enfant et les parents (D'Arrigo et al.,

2020). Cet élément est un concept clé de l'intervention ergothérapique et son importance est considérable.

2.4.4 La collaboration

L'ergothérapeute collabore étroitement avec les parents, les enseignant(e)s, les éducateur(-trice)s et les autres acteurs clés (p. ex. : les professionnel(le)s de la santé et des services sociaux ou du milieu de l'éducation) du quotidien de l'enfant pour créer un partenariat. Chaque acteur a ses propres compétences et c'est le partage de ces compétences¹¹, mises au service de l'enfant, qui favorisera l'efficacité des interventions. Il va sans dire que la collaboration entre l'ensemble des acteurs concernés est primordiale pour soutenir le développement du plein potentiel de l'enfant et, par conséquent, son bien-être ainsi que celui de sa famille.



2.4.5 La compétence culturelle

La compétence culturelle est essentielle à l'approche centrée sur la famille, à l'établissement d'une relation de confiance, à la collaboration et à l'engagement. L'ergothérapeute tient compte des valeurs, des croyances, des priorités, de l'expertise et du point de vue de l'enfant et sa famille. Il ou elle prend conscience de ses biais et de ses réactions pour éviter qu'ils portent préjudice à la famille (Jasmin, Masse et Stucki, 2019). Elle ou il s'intéresse à la famille pour comprendre son vécu, son contexte de vie, ce qui est significatif pour elle et comment elle voit le suivi en ergothérapie. L'ergothérapeute s'assure que la famille se sente en sécurité et en confiance dans le cadre du suivi. Il ou elle minimise, le cas échéant, les barrières linguistiques, par exemple

11. Que ces compétences aient été acquises par la formation ou par l'expérience.



en ayant recours à un interprète (Jasmin, Masse et Stucki, 2019). L'ergothérapeute a le devoir de traiter de manière impartiale et équitable toute famille, nonobstant ses particularités (langue, identité de genre, groupe ethnique, religion, niveau socioéconomique, etc.).

De façon particulière aux peuples autochtones, l'ergothérapeute doit prendre en compte les principes des appels à l'action de la Commission de vérité et de réconciliation (2015) et de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (Nations Unies, 2007) dans ses interventions. D'ailleurs une prise de position de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) sur l'ergothérapie et les peuples autochtones (ACE, 2018) fait état de recommandations parmi lesquelles on retrouve notamment :

- appliquer et interpréter de manière appropriée les résultats des évaluations normalisées, en reconnaissant que ces évaluations peuvent ne pas être normalisées pour les peuples autochtones du Canada ou appropriées pour des pratiques sûres sur le plan culturel;

- connaître et appliquer les lois spécifiques ayant une importance capitale pour les peuples autochtones, comme le principe de Jordan, et reconnaître les influences structurelles (historiques et actuelles) sur la santé des peuples autochtones et s'efforcer de réduire les obstacles;
- utiliser une perspective basée sur les forces, qui reconnaît les forces et la résilience des peuples et des communautés autochtones.

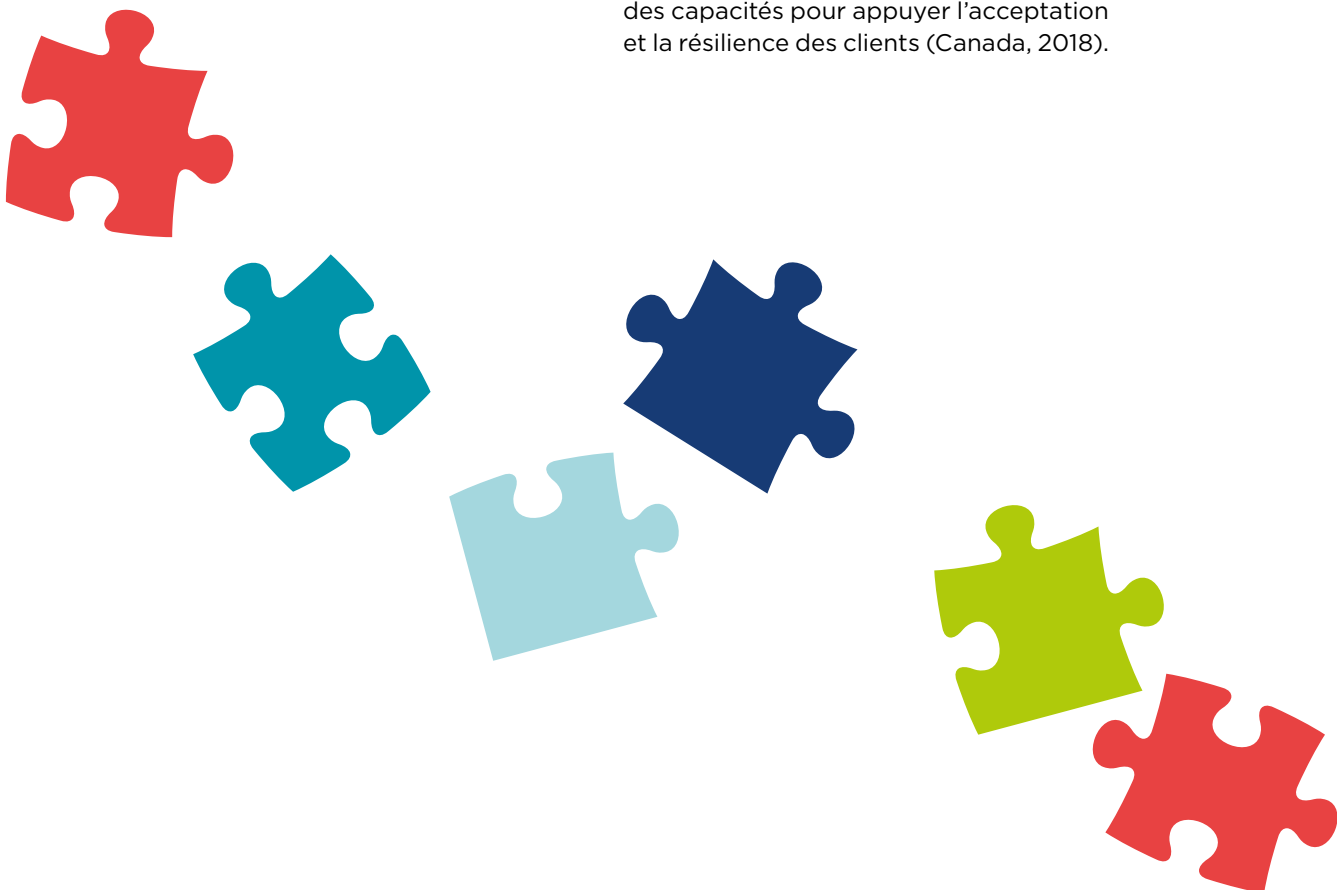
Un autre élément important à considérer est la diversité des familles, notamment en ce qui a trait à l'éducation des enfants et aux habitudes de vie, comme la prise des repas. En fait, l'ergothérapeute doit respecter et prendre en compte les manières d'être et d'agir de la famille et éviter de lui imposer ses propres normes (Jasmin, Masse, Stucki, 2019), et ce, tout en mettant à l'avant-plan le respect des droits de l'enfant.

2.4.6 Les droits de l'enfant

Au Québec, les droits des enfants sont protégés par la Loi de la Protection de la Jeunesse (Québec, 2006). En mai 2019, dans la foulée de son engagement à entreprendre une réflexion portant non seulement sur les services de protection de la jeunesse, mais également sur la loi qui l'encadre, le gouvernement du Québec a confié ce mandat à une commission spéciale sous la présidence de madame Régine Laurent. **Le rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse** (Québec, 2021) indique que l'aide et le soutien aux familles sont insuffisants pour répondre de manière adéquate à leurs besoins. L'une des recommandations principales est de faire un virage majeur en faveur de la prévention, pour soutenir adéquatement les familles en plus grande difficulté, et en vue de mettre en priorité le bien-être, la promotion et la défense des droits des enfants.

2.4.7 La pratique sensible au traumatisme

Sachant que les expériences de vie défavorables à l'enfance sont connues pour augmenter le risque de problèmes de développement et de santé tout au long de la vie (Hambrick, Brawner et Perry, 2019; Bilchik et Nash, 2008; Perry, 2001), l'ergothérapeute tient compte des impacts de ces expériences de vie sur le développement et la participation de l'enfant. C'est ce qu'on appelle dans la littérature scientifique « la pratique sensible au traumatisme (*trauma informed practice*) ». Des études ont montré que le traumatisme peut avoir des répercussions sur la santé physique ainsi que sur d'autres aspects, dont l'estime de soi, le rendement scolaire, la pensée critique, la motivation et les relations interpersonnelles (Briggs et al., 2013; National Research Council and Institute of Medicine, 2009). La pratique sensible au traumatisme consiste à comprendre le traumatisme et la violence ainsi que leurs répercussions sur la vie et le comportement des personnes; à créer des environnements psychologiquement et physiquement sûrs; à favoriser des possibilités de choix, de collaboration et d'établissement de rapports; à offrir une approche basée sur les forces et le renforcement des capacités pour appuyer l'acceptation et la résilience des clients (Canada, 2018).



CHAPITRE 3.

Clientèles et contextes de pratique en ergothérapie

Selon le contexte de pratique et le mandat, l'ergothérapeute peut intervenir dans différents milieux de vie de l'enfant, que ce soit à la maison (via les services de première ligne ou les services en privé), en milieu de vie institutionnel (centre hospitalier, centre de réadaptation, centre jeunesse, etc.), au service de garde, à l'école ou dans les milieux de loisirs. L'ergothérapeute peut être impliqué(e) dès qu'un enjeu de participation et d'engagement est présent.

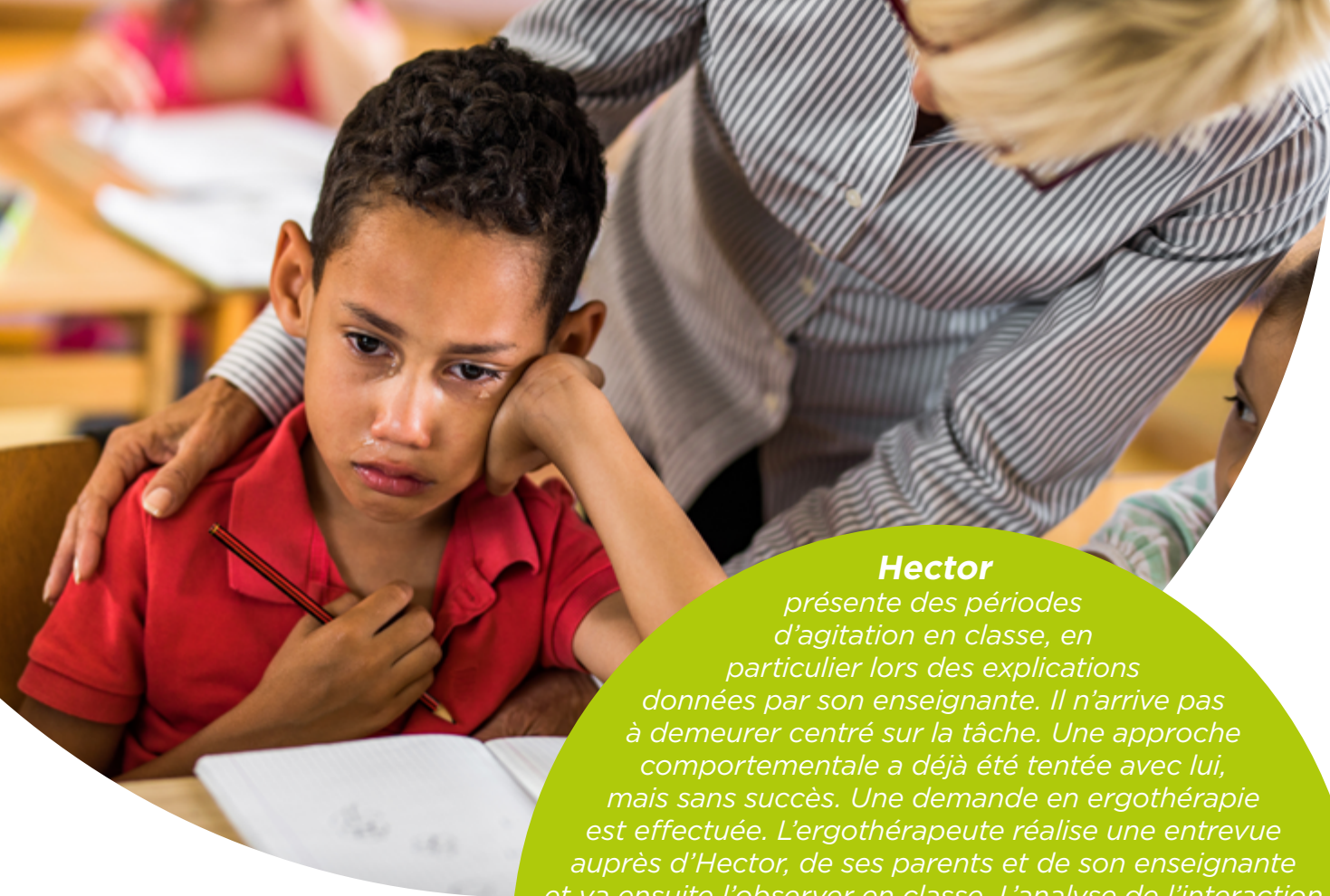
3.1 Clientèles

Comme mentionné précédemment, l'ergothérapeute peut intervenir auprès d'enfants n'ayant aucun défi occupationnel ou pour lesquels un défi occupationnel est observé ou appréhendé, qu'il soit associé à

- un facteur de risque biologique ou social (p. ex. : prématurité, contexte de négligence, précarité socioéconomique, etc.);
- des difficultés sur le plan du développement;
- la présence d'un diagnostic, notamment
 - un trouble neurodéveloppemental :
 - déficience intellectuelle (DI);
 - retard global du développement (RGD);
 - trouble du spectre de l'autisme (TSA);
 - trouble développemental de la coordination (TDC);
 - trouble spécifique de l'apprentissage;
 - trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H);
 - etc.;
 - un trouble de santé mentale :
 - trouble du comportement;
 - trouble anxieux;
 - trouble d'attachement;
 - trouble alimentaire;
 - etc.;
 - une condition périnatale, une anomalie développementale, un traumatisme ou une maladie/condition acquise :
 - dystrophie neuromusculaire;
 - paralysie cérébrale (PC);
 - maladie ou syndrome génétiques;
 - traumatisme craniocérébral;
 - dysphagie;
 - trouble musculosquelettique;
 - etc.

Afin de potentialiser les résultats de l'intervention, celle-ci est non seulement effectuée auprès de l'enfant, mais implique également son entourage (parents, éducateur(-trice)s, enseignant(e)s, communauté, etc.).





Hector

présente des périodes d'agitation en classe, en particulier lors des explications données par son enseignante. Il n'arrive pas à demeurer centré sur la tâche. Une approche comportementale a déjà été tentée avec lui, mais sans succès. Une demande en ergothérapie est effectuée. L'ergothérapeute réalise une entrevue auprès d'Hector, de ses parents et de son enseignante et va ensuite l'observer en classe. L'analyse de l'interaction P-E-O détermine que l'agitation d'Hector est en fait une manière de se stimuler, c'est-à-dire un comportement d'autorégulation pour l'aider à maintenir son attention. Par conséquent, l'ergothérapeute, en collaboration avec l'enseignante, identifie trois stratégies à expérimenter : a) une pause pour bouger préalablement à l'activité d'apprentissage en classe; b) une variation de la position de travail; c) des activités proprioceptives intégrées à la routine d'Hector, ce qui lui permettra de s'autoréguler en classe avec le soutien de son enseignante et, ainsi, d'être mieux concentré sur la tâche.

3.2 Contextes de pratique

Au Québec, traditionnellement pratiquée dans le réseau de la santé et des services sociaux (services de première ligne, de réadaptation et services spécialisés), l'ergothérapie a ensuite pris son essor dans le secteur privé de la pratique et, plus récemment, en milieu éducatif (écoles et centres de la petite enfance), dans les centres à vocation sociocommunautaire (centres de pédiatrie sociale et autres organismes communautaires) et dans les centres jeunesse.

L'ergothérapie en milieu scolaire

La pratique de l'ergothérapie en milieu scolaire est en pleine expansion, passant de 89 à 190 ergothérapeutes exerçant en milieu scolaire entre 2016 et 2021¹². L'ergothérapie en milieu scolaire vise à favoriser la participation dans l'ensemble des activités scolaires, le développement du

plein potentiel et la réussite éducative des élèves. L'ergothérapeute travaille en collaboration avec l'équipe-école pour aider les élèves et les intervenants à actualiser leurs rôles dans l'environnement scolaire. Cela comprend la promotion de la santé et du bien-être, l'adaptation de l'environnement et le soutien (accompagnement) pour optimiser l'engagement et la participation des élèves au regard des programmes de formation pédagogique dans les diverses activités scolaires, comme les travaux scolaires, les

12. Information extraite de la banque de données de l'OEQ.

arts plastiques, la musique, l'éducation physique ainsi que dans les transitions, les soins personnels, les récréations, les activités au service de garde, les activités parascolaires, les sorties éducatives, la sécurité dans le transport scolaire et le dîner. Plus précisément, la plus-value de l'ergothérapeute en milieu scolaire réside dans ses connaissances en neurosciences et à l'égard du développement global de l'enfant et, par conséquent, dans l'unicité de son raisonnement clinique à l'égard de l'interaction entre la personne, l'environnement et l'occupation (interaction P-E-O) pour expliquer

les causes des difficultés et identifier les interventions et mesures de soutien appropriées. Par ailleurs, comme indiqué à la section 2.2, l'ergothérapeute est souvent le ou la seul(e) professionnel(le) habilité(e) à décider de l'utilisation des mesures de contention en milieu scolaire. Elle ou il identifie notamment la possibilité de mettre en place des stratégies de remplacement de la contention et, dans le cas où une mesure de contention (aussi appelée mesure de contrôle) s'avère essentielle, elle ou il fera les recommandations nécessaires à son encadrement.

Anaïs

présente une déficience intellectuelle. Elle se lève et se déplace dans l'autobus lorsque le véhicule est en mouvement lors de tous les trajets. Malgré l'utilisation avec Anaïs d'une approche comportementale avec soutien visuel (consignes imagées et modélisation), celle-ci n'arrive pas à respecter les consignes de sécurité et à demeurer assise dans l'autobus. Une demande en ergothérapie est alors effectuée. L'ergothérapeute mène une entrevue avec ses parents, le conducteur et son enseignante et va ensuite observer Anaïs dans l'autobus. L'analyse de l'interaction P-E-O détermine que l'agitation d'Anaïs est reliée à un besoin de bouger, une incapacité à rester assise sans supervision plus de trois minutes en raison de difficultés sur le plan cognitif et d'un besoin considérable d'interagir avec le conducteur et les pairs. Par conséquent, l'ergothérapeute, en collaboration avec le conducteur et les parents, identifie trois stratégies à expérimenter : a) Asseoir Anaïs à proximité du conducteur pour favoriser les échanges verbaux; b) Asseoir l'élève avec un pair, qui respecte la consigne de rester assis (modélisation), et du côté de la fenêtre pour limiter l'accès à l'allée; c) Avoir accès à des jouets musicaux attachés à son sac à dos sur la banquette pour encourager le jeu autonome durant le trajet. Or, la mise en place de ces recommandations s'avère insuffisante pour qu'Anaïs demeure assise : Anaïs ne s'intéresse à ses jouets que quelques minutes, pour ensuite grimper sur la banquette afin de se hisser par-dessus le dossier ou se glisser sous les bancs en rampant, et ce, malgré les consignes verbales du conducteur. À la suite de l'analyse de la situation par l'ergothérapeute, il est finalement convenu que l'élève fasse le trajet avec un système de retenue dans l'autobus pour limiter ses déplacements lors du transport scolaire. L'ergothérapeute valide l'équipement requis et en assure le suivi par la rédaction d'un protocole encadrant la mesure de contrôle. Anaïs pourra ainsi être transportée en autobus de manière sécuritaire durant l'année scolaire. L'ergothérapeute validera la pertinence de maintenir la mesure de contrôle selon l'évolution de la situation de l'élève.

CHAPITRE 4.

Démarche d'intervention de l'ergothérapeute

La pratique de l'ergothérapeute auprès de la clientèle enfance-jeunesse s'inscrit dans une démarche d'intervention comportant plusieurs étapes, les principales étant reprises brièvement dans ce chapitre.

4.1 Demande de services et consentement

La demande de services peut provenir de différentes sources¹³ (professionnel de santé, parent, milieu scolaire, etc.)¹⁴. Lors de la réception d'une demande de services, l'ergothérapeute en effectue l'analyse, notamment en y clarifiant le motif, le cas échéant. Par ailleurs, l'ergothérapeute s'assure qu'un consentement libre et éclairé est obtenu préalablement à l'évaluation¹⁵. La collaboration et la communication avec le parent et les acteurs concernés sont primordiales afin de préciser leurs besoins et leurs attentes.



Exemples de demandes de services

- **Dépister un retard de développement**
 - un enfant de quatre ans nouvellement intégré dans un centre de la petite enfance dont l'entourage est inquiet eu égard au peu d'intérêt qu'il a pour le jeu en comparaison avec les autres enfants du même âge et à un manque d'autonomie à la toilette.
- **Contribuer à clarifier l'hypothèse diagnostique d'un trouble développemental de la coordination**
 - à la suite d'un dépistage positif au Questionnaire sur le trouble développemental de la coordination (QTAC) [Martini, St-Pierre et Wilson, 2011], un pédiatre recommande une évaluation en ergothérapie pour un enfant de 7 ans afin de préciser si son fonctionnement correspond à celui d'un enfant ayant un trouble développemental de la coordination.

SUITE À LA PAGE SUIVANTE ►

13. Au Québec, l'ergothérapie n'est pas soumise à l'ordonnance. Cela dit, les politiques et procédures du milieu de travail peuvent émettre des balises à cet égard. Par exemple, les politiques et procédures des établissements régis par la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoient les catégories de personnes autorisées à demander des services professionnels pour les usagers. Par ailleurs, dans le secteur privé, le client qui requiert des services d'ergothérapie peut devoir fournir une prescription médicale, non pas pour recevoir les services, mais pour permettre le remboursement des honoraires professionnels par son assureur.

14. Sous réserve, le cas échéant, du respect des politiques et procédures du milieu.

15. À partir de l'âge de 14 ans, le jeune est libre de consentir seul.

Exemples de demandes de services (suite)

- **Soutenir la participation dans le jeu avec les pairs et l'engagement dans des activités significatives**
 - un enfant ayant un TDC qui souhaite apprendre à faire du vélo à deux roues pour aller jouer avec ses amis au parc;
 - un jeune en milieu fermé d'un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation qui démontre une baisse marquée d'intérêt et dont l'équipe de réadaptation souhaiterait qu'il puisse découvrir et expérimenter de nouveaux intérêts.
- **Favoriser la participation dans la réalisation des activités de la vie quotidienne (alimentation, habillage, hygiène, sommeil, etc.)**
 - un bébé né prématurément à 28 semaines de grossesse, actuellement âgé de 36 semaines, référé en ergothérapie pour faciliter l'introduction à l'alimentation orale et le positionnement;
 - un bébé de 12 mois qui a de la difficulté à participer à l'alimentation (ne réussit pas à tenir son biberon seul et à saisir de petites céréales avec ses doigts);
 - un enfant qui éprouve des difficultés à faire les transitions d'activités actives vers des activités plus calmes et à s'endormir lors de la routine du soir;
 - un enfant de 3 ans qui fait des crises fréquentes lors des soins personnels (bain, couper les ongles, laver les cheveux, brosser les dents, etc.);
 - un enfant né avec une amputation congénitale qui nécessite du soutien pour apprendre à utiliser sa prothèse;
 - une adolescente souffrant d'anorexie qui éprouve davantage de difficulté à s'alimenter à certains moments plus anxiogènes (p. ex. en période d'examen);
 - un adolescent polyhandicapé ayant une restriction de mouvements et un accès limité à son corps et qui souhaite trouver des stratégies pour réaliser certaines activités liées à la sexualité.
- **Favoriser la participation dans l'ensemble des activités productives**
 - un enfant de maternelle qui a de la difficulté à participer aux activités en classe, à la récréation et lors des transitions entre les activités;
 - un enfant en 1^{re} année du primaire qui éprouve des difficultés dans l'apprentissage de l'écriture manuelle afin de réaliser ses travaux scolaires en classe;
 - un enfant de 5 ans ayant des besoins particuliers (p. ex. paralysie cérébrale) se déplaçant en fauteuil roulant et pour qui une intégration à l'école régulière de son quartier est souhaitée;
 - un enfant de 11 ans dont l'écriture manuelle n'est pas fonctionnelle qui bénéficierait d'un outil technologique pour réaliser ses travaux scolaires;
 - un adolescent avec une déficience visuelle qui entre en 1^{re} secondaire et qui doit s'adapter à son nouvel environnement scolaire;
 - un adolescent ayant un trouble du spectre de l'autisme qui souhaite intégrer le marché du travail;
 - une adolescente présentant une déficience intellectuelle légère qui souhaite déménager en appartement et gérer elle-même ses repas et l'entretien de son logement.



4.2 Évaluation des habiletés fonctionnelles

Une évaluation des habiletés fonctionnelles est effectuée par l'ergothérapeute en vue de déterminer les besoins et services requis par l'enfant, dont le besoin d'un suivi en ergothérapie, et/ou d'émettre une opinion contributive à l'élaboration d'un diagnostic.

L'évaluation des habiletés fonctionnelles peut se faire à l'aide de différentes méthodes, selon la situation clinique : outils d'évaluation standardisés, observations cliniques, mises en situation, questionnaires et/ou entrevues. Le processus d'évaluation de l'ergothérapeute débute généralement par une collecte de données auprès de l'enfant et de ses proches (parents, enseignant(e)s, intervenants, etc.), notamment dans le but d'obtenir une compréhension du degré de participation et d'engagement de l'enfant dans les activités significatives de son quotidien.

L'ergothérapeute évalue :

- les conséquences des problèmes de santé physique et mentale de l'enfant sur la réalisation de ses activités ;
- les facilitateurs et les obstacles de l'environnement physique et humain à la réalisation des activités de l'enfant ;
- les caractéristiques des activités et routines réalisées par l'enfant ;
- le degré d'autonomie de l'enfant dans la réalisation de ses activités.

Au terme de son évaluation, l'ergothérapeute analyse les informations recueillies afin d'identifier la nature et l'ampleur des difficultés de l'enfant. En effet, l'analyse permet de :

- déterminer à quel point la performance de l'enfant est affectée par ses habiletés/limitations personnelles, par les exigences de l'activité ou les caractéristiques de l'environnement et de déterminer les causes potentielles de ses difficultés. Ces causes peuvent être liées aux habiletés de l'enfant, aux caractéristiques des activités à réaliser ou à certains éléments

de l'environnement dans lesquels se déroulent les activités ;

- faire ressortir les critères fonctionnels sur lesquels s'appuie l'élaboration de certains diagnostics (p. ex. trouble développemental de la coordination), comme l'illustre l'exemple de rapport d'évaluation contributif au diagnostic du trouble de développemental de la coordination (TDC) [voir Annexe].

L'ergothérapeute s'appuie sur l'analyse des résultats de l'évaluation pour déterminer les besoins et services requis, incluant, le cas échéant, un suivi en ergothérapie.

L'évaluation des habiletés fonctionnelles dans le cadre d'un programme ciblant l'intervention précoce

Comme mentionné précédemment, la formation et les compétences de l'ergothérapeute à l'égard du développement global de l'enfant, d'une part et, d'autre part, l'analyse de l'influence des diverses composantes du développement de l'enfant (habiletés développementales) et des caractéristiques de l'environnement sur sa participation et son engagement dans ses occupations (interaction P-E-O) sont déterminantes. Ces deux spécificités font de l'ergothérapeute un(e)



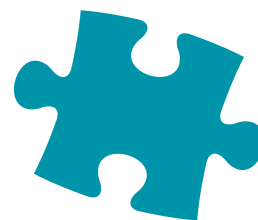
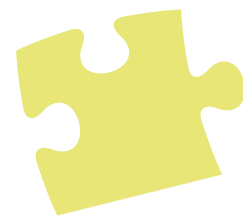
professionnel(le) de premier plan afin de statuer sur la présence des difficultés au plan développemental et, le cas échéant, d'en préciser la nature et l'ampleur.

Précisons d'abord qu'un délai dans l'acquisition de certaines habiletés développementales n'est pas nécessairement associé à un trouble du développement, l'influence de l'environnement se devant notamment d'être adéquatement évaluée. Par exemple, l'opportunité qu'a eue un enfant d'être stimulé de façon appropriée est un facteur déterminant qui se doit d'être « adéquatement » pris en compte, cette adéquation se mesurant principalement par la nature des activités de stimulation offertes (type d'habiletés développées, degré de difficulté, contexte dans lequel l'activité se déroule, etc.) et leur ampleur (fréquence et durée). L'évaluation de l'interaction entre les habiletés développementales, les caractéristiques de l'environnement et celles de l'activité (interaction P-E-O) correspond à l'évaluation des habiletés fonctionnelles effectuée par l'ergothérapeute. Cette évaluation a donc un double

objectif puisqu'elle permet à l'ergothérapeute :

- de statuer sur la présence ou non d'un retard de développement en vue de déterminer les besoins de l'enfant et les services de réadaptation et mesures de soutien requis, et ce, en conformité avec l'activité réservée aux ergothérapeutes « Évaluer les habiletés fonctionnelles d'un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins », décrite à la section 2.2;
- de se prononcer sur la nature et l'ampleur des manifestations fonctionnelles, en interface avec les opportunités de développer les habiletés (comme mentionné précédemment) et ainsi, le cas échéant, émettre l'hypothèse d'un trouble du développement et orienter l'enfant vers une investigation complémentaire.

Ainsi, cette évaluation cadre en tout point avec la volonté ministérielle (réf. **programme Agir tôt** 📺, MFA, 2021b)



d'identifier précocement les enfants ayant besoin de services et de déterminer de façon précise le type de service requis (groupe de stimulation, réadaptation, etc.), incluant, dans le cas où un trouble du développement est suspecté, l'orientation de l'enfant vers une investigation complémentaire dans le cadre d'une démarche diagnostique. En somme, l'ergothérapeute, via l'évaluation des habiletés fonctionnelles, a une contribution incontournable à la mise en œuvre de programmes ministériels comportant cette visée, notamment le programme *Agir tôt*.

4.3 Intervention en ergothérapie

Lorsqu'un suivi est requis en ergothérapie, l'ergothérapeute élabore et met en œuvre un plan d'intervention en ergothérapie en partenariat avec l'enfant et sa famille. Ainsi, l'ergothérapeute prend notamment en compte les attentes et les priorités de l'enfant et de sa famille dans l'élaboration des objectifs du plan d'intervention, leur conférant ainsi un rôle actif à cet égard. Tout au long de l'intervention, l'ergothérapeute utilise son raisonnement clinique en se basant sur la théorie, les modèles de références, les données probantes et l'expérience clinique pour mieux comprendre et aider l'enfant et sa famille dans l'atteinte de leurs objectifs occupationnels. Outre l'intervention en ergothérapie effectuée à l'échelle individuelle (intervention individuelle), celle-ci peut également être effectuée auprès d'un groupe (intervention en groupe) ou auprès d'une population (intervention populationnelle).

4.3.1 Intervention individuelle

L'ergothérapeute intervient pour tenter d'optimiser le niveau de participation et d'engagement dans les activités significatives des différents milieux de vie des enfants, que ce soit à la maison, en milieu de garde, à l'école ou encore dans la communauté. Les meilleures pratiques, soit les pratiques appuyées par les données probantes et le raisonnement clinique, sont utilisées pour permettre à l'enfant de participer pleinement et pour



soutenir le développement de son plein potentiel et favoriser son bien-être.

Différents types d'interventions ciblant les caractéristiques de la personne (P), de l'activité (O) et/ou de l'environnement (E) peuvent être utilisés par l'ergothérapeute qui collabore avec l'enfant et ses proches :

4.3.1.1 Entraînement dans la tâche ou dans l'activité

Pratique spécifique de l'activité ou d'une partie de l'activité (p. ex. : écriture manuelle; découpage; habillage; préparation d'une collation; faire du vélo; etc.).

4.3.1.2 Amélioration des capacités

Renforcement des habiletés sous-jacentes à la participation de l'enfant (p. ex. : améliorer la coordination œil-main; améliorer la conscience corporelle).

4.3.1.3 Adaptation/modification de l'activité

Gradation du niveau de difficulté d'une tâche (p. ex. : diminuer progressivement

la taille des trottoirs d'écriture lors de l'apprentissage de l'écriture manuelle), ou modification de l'activité (p. ex. : s'habiller en position assise plutôt que debout) ou des paramètres qui l'entourent (p. ex. : modification de l'horaire de l'activité afin de permettre une période préalable pour bouger et se réguler), pour optimiser la participation et l'engagement de l'enfant.

4.3.1.4 Adaptation/modification de l'environnement

L'environnement physique peut être adapté ou modifié afin d'optimiser la participation et l'engagement de l'enfant (p. ex. : ajustement du pupitre; rendre accessibles un parc et des jeux extérieurs en fauteuil roulant; utilisation d'aides techniques, comme des ustensiles adaptés ou d'aides technologiques, comme des aides à la communication; adaptation des vêtements; réduction de la surcharge visuelle sur les murs d'une classe ou d'un local à la garderie; réduction du bruit). Il en est de même de l'environnement humain, notamment via l'éducation et l'accompagnement/coaching décrits ci-après.

4.3.1.5 Éducation et accompagnement/coaching

En plus d'intervenir auprès de l'enfant, l'ergothérapeute est également sollicité dans un rôle d'éducation ou d'accompagnement/coaching auprès des parents et des différents acteurs et partenaires qui gravitent autour des enfants (personnel d'une école, éducateur(-trice)s en garderie, autres professionnels, etc.).

Éducation

L'ergothérapeute partage des informations pertinentes avec l'enfant et avec son entourage dans le but de favoriser l'engagement et l'atteinte de leurs objectifs. L'éducation peut concerner un seul enfant, ou encore, avoir une visée plus large de prévention populationnelle. Ce type d'intervention est approfondi à la sous-section 4.3.3 qui traite de l'intervention populationnelle.

Accompagnement ou coaching



L'accompagnement (aussi appelé coaching) est une approche interactive avec le parent, l'enseignant(e) ou l'éducateur(-trice) qui met l'accent sur l'autonomisation. En ergothérapie, le coaching consiste en un dialogue avec un client dans une visée de changement occupationnel, en l'aidant notamment à clarifier ce qui est important pour lui, à relever ses forces, ses ressources et sa créativité, à choisir des objectifs ainsi qu'à concevoir et mettre en œuvre un plan d'action pour atteindre son but (Isaacs-Young et Pentland, 2016, p. 57 [traduction libre]). L'expertise de l'ergothérapeute dans ce type d'intervention réside dans sa capacité à engager un partenariat avec les parents et les intervenants impliqués auprès de l'enfant afin de les guider et les soutenir dans l'atteinte de leurs objectifs. Le coaching est un moyen puissant pour améliorer la pratique et l'efficacité des ergothérapeutes à soutenir leurs clients (Kennedy-Behr et Graham, 2021; Isaacs-Young et Pentland, 2016; Townsend et Polatajko, 2013). L'utilisation du coaching en ergothérapie est une pratique émergente appuyée par les données probantes (Novak et Honan, 2019). De plus, le coaching peut facilement s'appliquer en télé-réadaptation (Camden et al., 2020).

4.3.2 Intervention auprès d'un groupe

Outre l'intervention individuelle, l'ergothérapeute peut également intervenir auprès d'un groupe dans le cadre des services offerts en enfance-jeunesse. Voici quelques exemples :


- Animation d'un groupe parents-bébés afin de soutenir les parents dans le jeu avec leur enfant ;
- Animation d'un groupe parents-enfants afin de favoriser le développement moteur global des enfants de 2 à 3 ans dans un centre de pédiatrie sociale ;
- Animation d'un groupe d'enfants, issu d'une classe de maternelle 4 ans, qui présente des difficultés motrices ;
- Intervention auprès d'un groupe d'enfants souhaitant apprendre à faire du vélo à deux roues ;
- Activité de cuisine auprès d'un groupe d'adolescents à l'unité de pédopsychiatrie visant à favoriser leur participation dans une activité et leur autonomie ;
- Intervention auprès d'un groupe d'enfants ayant une sélectivité alimentaire ;
- Groupes d'habiletés sociales pour enfants qui entrent au secondaire et pour qui l'**autorégulation**¹⁶ représente un défi dans des situations sociales ;
- Groupe pour adolescents qui éprouve des difficultés à maintenir un horaire occupationnel équilibré (école, tâches, loisir, habitudes de vies).

4.3.3 Intervention auprès d'une population

Bien que l'ergothérapeute offre des services de réadaptation en individuel et en groupe, il peut également travailler en amont, selon une approche populationnelle, offrant alors des interventions de prévention et de promotion de la santé¹⁷. En outre, soulignons la contribution des ergothérapeutes au repérage (détection) d'enfants ayant un défi occupa-

16. L'autorégulation concerne les réponses du cerveau et du corps au stress, notamment la dépense énergétique, la récupération et la restauration (Shanker, 2020). L'autorégulation est l'habileté d'atteindre, maintenir et changer le niveau d'éveil adéquatement selon la tâche ou la situation (Shellenberger et Williams, 1998).


17. En conformité avec l'article 39.4 du Code des professions mentionné à la section 2.4.

tionnel, notamment en milieu éducatif (scolaire et préscolaire), comme décrit dans le cadre des « interventions d'appoint » du document **Interventions en milieu éducatif : ouverture d'un dossier et consentement**  (OÉQ, Normes d'exercices et énoncés de position, 2020).

4.3.3.1

Modèle de services à paliers multiples

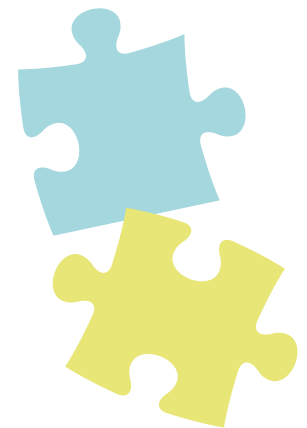
Les interventions des ergothérapeutes qui travaillent en milieu scolaire¹⁸ et qui font partie de l'équipe-école¹⁹ s'inscrivent généralement dans un modèle de services à paliers multiples, notamment le modèle Réponse à l'intervention (RAI). Ce modèle de service est fondé sur la prémisse que favoriser la réussite éducative de tous les élèves commence par la mise en place des meilleures pratiques pédagogiques et la prévention de l'apparition de difficultés d'apprentissage en début de parcours scolaire (MÉES, 2017). Il vise à répondre aux besoins de l'ensemble des élèves tout en portant une attention particulière aux élèves qui éprouvent des difficultés (Whitten, Esteves et Woodrow, 2012).

18. Le lecteur intéressé trouvera une catégorisation des types d'intervention de l'ergothérapeute œuvrant en milieu éducatif dans le tableau publié sur le site de l'OÉQ sous le titre « Interventions en milieu éducatif : ouverture d'un dossier et consentement »  [Normes d'exercices et énoncés de position].

19. À ce jour, de plus en plus d'ergothérapeutes sont des employé(e)s de centres de services et font partie des équipes-école, à l'instar d'autres professionnel(le)s, comme les orthophonistes, psychologues, psychoéducateurs(-trices) et conseiller(-ère)s en orientation.

20. Au Québec, dans les milieux scolaires, le terme « classe flexible » est un terme couramment utilisé, alors que dans le milieu anglophone et dans la documentation de recherche en anglais on retrouve le terme « flexible seating ».

À l'école de l'Orée des Bois, trois enseignants au 3^e cycle du primaire (5^e et 6^e année) souhaitent changer l'aménagement de leur classe et opter pour un aménagement flexible²⁰. Ils ont entendu parler des classes où les élèves peuvent choisir différents environnements de scolarisation (debout à une table haute; assis sur une chaise de bureau; assis au sol; ou encore sur un ballon d'exercice). Le directeur est ouvert à l'idée de mettre en place une « classe flexible », mais s'inquiète par rapport à la pertinence et l'efficacité de cette approche. Il consulte donc un(e) ergothérapeute qui va soutenir l'équipe-école dans l'évaluation du besoin, procéder à l'enseignement des principes de base (p. ex. : l'importance de maintenir une posture ergonomique; les besoins affectifs et sensoriels individuels) et, le cas échéant, procéder à la mise en place d'un aménagement flexible qui réponde à la fois aux besoins des élèves et des enseignants.



4.3.3.2 Éducation et accompagnement (coaching)

À l'instar de l'intervention individuelle, l'ergothérapeute joue également un rôle d'éducation et d'accompagnement (coaching) auprès d'une population.

Dans une visée de prévention et de promotion de la santé, voici des exemples d'actions posées par l'ergothérapeute à cet égard :

- Contribuer à la formation continue des enseignant(e)s (p. ex. : soutenir l'apprentissage de l'écriture manuelle, la compréhension des manifestations cliniques de certaines conditions et l'identification des comportements qui posent un défi; soutenir l'autorégulation);
- Soutenir et collaborer à l'implantation d'une nouvelle classe spécialisée destinée à des élèves présentant un TSA ou encore une nouvelle maternelle 4 ans (p. ex. : adéquation entre le choix du mobilier et la taille des élèves; organisation de l'environnement physique; choix du matériel);
- Soutenir une directrice ou un directeur d'école qui se questionne sur la pertinence et les paramètres entourant la mise en place d'un aménagement flexible, d'un local d'apaisement ou de matériel sensoriel;
- Partager ses connaissances (éducation) sur l'importance d'établir une routine de sommeil chez les jeunes enfants dans des revues destinées aux nouveaux parents;
- Donner une conférence à des parents d'enfants d'âge préscolaire sur les façons de favoriser le développement de l'autonomie de l'enfant;
- Participer à un comité consultatif dans le cadre de la construction d'une nouvelle école ou de l'amélioration d'une cour extérieure dans un centre de la petite enfance;
- Revendiquer les droits et les besoins des enfants avec des troubles neurodéveloppementaux et ceux de leur famille afin de favoriser l'inclusion et l'accès aux installations culturelles et sportives (p. ex. : accès en fauteuil roulant à l'intérieur d'une installation non adaptée ou d'une piscine municipale; diminution du bruit dans certaines salles de cinéma).



Le camp de jour de la ville

accueillera plusieurs enfants à besoins particuliers l'été prochain. La responsable du camp de jour souhaite que les moniteurs soient formés et mieux outillés afin de favoriser l'inclusion de tous les enfants, peu importe les difficultés qu'ils présentent. On fait appel à un(e) ergothérapeute qui offrira notamment une formation à l'ensemble des moniteurs afin d'améliorer leurs connaissances sur les particularités de certaines conditions (p. ex. les besoins et particularités sensorielles) et leurs impacts fonctionnels dans le quotidien ainsi que de mieux comprendre l'importance du lien entre le stress, la régulation, et la disponibilité de l'enfant aux apprentissages. Cela permettra aux moniteurs d'être mieux outillés dans leurs interactions auprès des enfants à besoins particuliers.

4.4 Évaluation des résultats de l'intervention et des progrès

Périodiquement ou au besoin, l'ergothérapeute procède à une réévaluation afin de valider, en collaboration avec l'enfant, sa famille ou toute personne impliquée dans l'application du plan d'intervention, l'atteinte des objectifs du plan d'intervention. Cette réévaluation permet de déterminer s'il convient de poursuivre le plan d'intervention, de le modifier en établissant de nouveaux objectifs d'intervention ou, au contraire, s'il est temps de mettre fin au service; dans ce dernier cas, un portrait du rendement et de l'engagement de l'enfant dans ses occupations est effectué.

CHAPITRE 5.

La télépratique

Le contexte de pandémie (COVID-19) a notamment entraîné une réorganisation dans les modalités de prestation de services offerts en ergothérapie.

C'est ainsi que la prestation de services via la télépratique a connu un essor considérable et est même devenue, dans plusieurs contextes, une solution de choix. Des recherches scientifiques ont montré la pertinence et les avantages de cette modalité d'intervention (Camden et al., 2020), notamment en ce qui a trait à l'engagement des parents et la participation de l'enfant dans son milieu de vie (Wallisch et al., 2019), et ce, tout en réduisant l'empreinte écologique. Bien que virtuelle, cette modalité d'intervention permet à l'ergothérapeute d'avoir accès au milieu de vie tout en intervenant auprès de l'enfant et de sa famille. Les services d'ergothérapie offerts via la télépratique permettent du même coup de réduire le temps de déplacement, favorisant ainsi non seulement une plus grande accessibilité aux services d'ergothérapie, mais également une couverture géographique plus uniforme, notamment pour les familles vivant en région éloignée. Finalement, la téléadaptation est une modalité particulièrement propice pour faire l'accompagnement (coaching) du parent.



Léo

a 2 ans et est suivi en ergothérapie à la clinique externe du centre hospitalier de sa région en raison d'une sélectivité alimentaire entraînant des répercussions importantes sur la prise de poids. Léo ne mange que des pâtes et une seule marque de croquettes de poulet. Le suivi a débuté à la clinique externe, mais la distance et la durée du déplacement en voiture devenaient un enjeu pour la mère et le fils. L'intervention s'est donc poursuivie en télépratique. La mère est ravie des résultats obtenus par cette nouvelle façon de faire. Non seulement elle gagne du temps dans sa journée, mais elle constate que Léo est plus à l'aise et disponible dans sa propre chaise haute et dans son environnement à lui. Le coaching de l'ergothérapeute l'aide à faire l'essai graduel de nouveaux aliments et elle se sent de plus en plus compétente.

Conclusion



Au Québec, le développement du plein potentiel des enfants est reconnu comme étant une priorité. Leur plein potentiel se développe principalement via l'accomplissement de leurs activités, soit les jeux, loisirs, activités de la vie quotidienne et activités productives, d'où l'importance d'intervenir précocement à cet égard.

Par son expertise à l'égard de l'occupation et du développement de l'enfant, notamment témoignée par sa formation, son champ d'exercice et certaines activités réservées, **l'ergothérapeute est un(e) professionnel(le) incontournable.** En effet, il ou elle est en mesure non seulement de promouvoir et soutenir la participation et l'engagement de l'enfant à accomplir des activités qui lui sont significatives, mais encore d'apporter une contribution unique à l'élaboration de plusieurs diagnostics, notamment ceux faisant partie des troubles neurodéveloppementaux, où la détermination de la nature et l'ampleur des difficultés (manifestations) fonctionnelles est cruciale.

Ainsi, l'ergothérapeute, en partenariat avec l'enfant et la famille (dont les compétences expérientielles sont reconnues) et, le cas échéant, en collaboration avec les autres intervenants, fournit un apport essentiel à toutes les étapes du développement de l'enfant, tant **en amont des difficultés**, dans une approche de prévention et promotion de la santé (PPS), notamment par le choix d'activités correspondant au développement de l'enfant selon les normes attendues, qu'en

présence d'un défi occupationnel temporaire ou persistant. Dans ce dernier cas, une évaluation des habiletés fonctionnelles, permettant d'analyser l'impact des difficultés de l'enfant sur les plans sensorimoteur, cognitif et affectif (P), des caractéristiques de l'environnement (E) et de celles des activités (O) sur l'accomplissement de ses activités, permet à l'ergothérapeute de déterminer les besoins et services requis.

L'ergothérapeute intervient dans plusieurs milieux et contextes de pratique, tant au préscolaire et au scolaire, incluant les transitions, qu'en milieu de santé et communautaire, en utilisant une approche adaptée à la situation, notamment l'approche par paliers en milieu éducatif. Selon la situation, l'ergothérapeute intervient donc auprès d'un individu, d'un groupe ou d'une population. Au-delà de son rôle auprès de l'enfant, l'ergothérapeute offre également des interventions d'accompagnement (coaching) et d'éducation à la famille et aux principaux intervenants concernés.

L'ergothérapeute peut s'appuyer sur une solide formation de niveau maîtrise et issue du domaine biopsychosocial pour offrir à sa clientèle des interventions rigoureuses et basées sur les données probantes.

En conclusion, ce document apporte un éclairage contemporain sur la pratique de l'ergothérapeute auprès de la clientèle enfance-jeunesse.



Références

- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2018). *Prise de position de l'Association canadienne des ergothérapeutes sur l'ergothérapie et les peuples autochtones*. Association canadienne des ergothérapeutes. [https://www.caot.ca/document/4205/L%20-%20Lergoth%C3%A9rapie%20et%20la%20sant%C3%A9%20autochtone%20\(2011\).pdf](https://www.caot.ca/document/4205/L%20-%20Lergoth%C3%A9rapie%20et%20la%20sant%C3%A9%20autochtone%20(2011).pdf)
- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3^e éd.). *American Journal of Occupational Therapy* 68(Suppl. 1), S1-S48. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM-5 (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bedell, G. Coster, W., Law, M. Liljenquist, K., Kao, Y-C., Teplicky, R., Anaby, D. et Alunkal Khetani, M. (2013). Community Participation, Supports, and Barriers of School-Age Children With and Without Disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94, 315-323.
- Bilchik, S. et Nash, M. (2008). Child welfare and juvenile justice: Two sides of the same coin. *Juvenile and Family Justice Today*, 16-20.
- Briggs, E. C., Fairbank, J. A., Greeson, J. K. P., Layne, C. M., Steinberg, A. M., Amaya-Jackson, L. M., Ostrowski, S. A., Gerrity, E. T., Elmore, D. L., Belcher, H. M. E., et Pynoos, R. S. (2013). Links between child and adolescent trauma exposure and service use histories in a national clinic-referred sample. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(2), 101-109.
- Canada. Agence de la santé publique. (2018). *Approches tenant compte des traumatismes et de la violence – politiques et pratiques*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/securite-et-risque-pour-sante/approches-traumatismes-violence-politiques-pratiques.html>
- Chien, C.-W., Rodger, S., Copley, J. et Brown, T. (2017). An exploration of the relationship between two measures of children's participation. *Disability and Rehabilitation*, 40(13), 1553-1560. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1300343>
- Camden, C., Pratte, G., Fallon, F., Couture, M., Berbari, J. et M. Tousignant. (2020). Diversity of practices in telerehabilitation for children with disabilities and effective intervention characteristics: results from a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 42(24), 3424-3436. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1595750>
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Honouring the truth, reconciling for the future: Summary of the final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada*. Commission de vérité et réconciliation du Canada.
- Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*, Rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (2021). <https://www.csdepi.gouv.qc.ca/accueil/>
- D'Arrigo, R. G., Copley, J. A., Poulsen, A. A. et Ziviani, J. (2020). The engaged child in occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 87(2), 127-136. <https://doi.org/10.1177/0008417420905708>
- Ferland, F. (2018). *Et si on jouait? Le jeu au cœur du développement de l'enfant*, 3^e éd. Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Hambrick, E. P., Brawner, T. et Perry, B. D. (2019). Timing of early-life stress and the development of brain-related capacities. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13(183), 1-14. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnbeh.2019.00183/full>
- Hammell, K. W. (2004). Dimensions of meaning in the occupations of daily living. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 296-305.
- Isaacs-Young, J. et Pentland, W. (2016). What can coaching offer occupational therapy? Dans W. Pentland, J. Isaacs-Young, J. Gash et A. Heinz (dir.), *Enabling positive change: Coaching conversations in occupational therapy* (p. 57-71). Canadian Association of Occupational Therapists.
- Jasmin, E., Masse, J. et Stucki, V. (2019). La diversité culturelle. Dans E. Jasmin (dir.), *Des sciences sociales à l'ergothérapie : mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation* (p. 215-249). Presses de l'Université du Québec.
- Klaass, S. J., Kelly, E. H., Gorzkowski, J., Homko, E. et Vogel, L. C. (2010). Assessing patterns of participation and enjoyment in children with spinal cord injury. *Dev Med Child Neurol*, 52(5), 468-474. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.2009.03552.x>
- Kennedy, J. et Davis, J. (2017). Clarifying the construct of occupational engagement for occupational therapy practice. *OTJR: Occupation, participation and health*, 37(2), 98-108.
- Kennedy-Behr, A. et Graham, F. (2021). Research findings. Dans F. Graham (dir.), *Occupational performance coaching: A manual for practitioners and researchers* (p. 132-150). Routledge.
- Kuhaneck, H. et Case-Smith, J. (2020). The occupational therapy process in pediatrics: overview of essential concepts. Dans J. C. O'Brien et H. Kuhaneck (dir.), *Case-Smith's Occupational Therapy for Children and Adolescents* (8^e éd., p. 1-17). Mosby - Elsevier.
- Lau, E. Y. H. et Cheng, D. P. W. (2016). An exploration of the participation of kindergarten-aged Hong Kong children in extra curricular activities. *Journal of Early Childhood Research*, 14(3), 294-309. <https://doi.org/10.1177/1476718X14552873>
- Law, M., King, G., Petrenchik, T., Kertoy, M., et Anaby, D. (2012). The assessment of preschool children's participation: Internal consistency and construct validity. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 32(3), 272-287. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01942638.2012.662584>
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. Distinguished Scholar Lecture. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 640-649.
- Law M., Cooper B., Strong S., Stewart D., Rigby P. et Letts L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000841749606300103>
- Martini, R., St-Pierre, M. et Wilson, B. N. (2011). French Canadian cross-cultural adaptation of the Developmental Coordination Disorder Questionnaire '07: DCDQ- FC. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78, 318-327. <https://journals.sagepub.com/doi/10.2182/cjot.2011.78.5.7>
- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) [2017]. *Politique de la réussite éducative – Le plaisir d'apprendre, la chance de réussir*. http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/politiques_orientations/politique_reussite_educative_10juillet_F_1.pdf

- Ministère de la Famille (MFA). [2021a] *Plan stratégique 2019-2023, ministère de la Famille*, 2^e édition. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/famille/publications-adm/plan-strategique/plan-strategique_2019-2023.pdf?1615475835
- Ministère de la Famille (MFA). [2021b] *Pour soutenir le développement de nos enfants – Programme Agir tôt*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/developpement-des-enfants/programme-agir-tot-depister-tot-pour-mieux-repondre-aux-besoins-des-enfants>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) [2017a]. *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). [2017b]. *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience – Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-824-04W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) [2021]. *Des milieux de vie qui nous ressemblent – Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf>
- National Research Council and Institute of Medicine. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/12480>
- Novak, I. et Honan, I. (2019). Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66, 258-273. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12573>
- Office des professions du Québec (OPQ), [2021]. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines – Guide explicatif*. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Guides/2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-26-08-2021.pdf
- Office québécois de la langue française (OQLF). [2003]. Grand dictionnaire terminologique : autonomisation. http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=1298948
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). [2004]. *Application de la Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Projet de loi n° 90, sanctionné) – Guide de l'ergothérapeute*. https://www.oeq.org/DATA/NORME/34-v-loi_90_guide-membre.pdf
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) [2020]. *Normes d'exercices et énoncés de position, Interventions en milieu éducatif : ouverture d'un dossier et consentement*. <https://www.oeq.org/publications/articles-de-normes/1-.html>
- Organisation des Nations Unies. (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*. <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>
- Organisation des Nations Unies. (2007). *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*. <https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-fr/drip.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. <https://www.ehesp.fr/international/partenariats-et-reseaux/centre-collaborateur-oms/classification-internationale-du-fonctionnement/>
- Parham, L. D., et Cosbey, J. C. (2020). Sensory Integration in Everyday Life. Dans S. Lane et A. Bundy (dir.), *Sensory integration theory and practice* (3^e éd., p. 21-39). F.A. Davis.
- Perry, B. D. (2001). The neuroarcheology of childhood maltreatment: the neurodevelopmental costs of adverse childhood events. Dans K. Franey, R. Geffner, et R. Falconer (dir.), *The Cost of Maltreatment: Who Pays? We All Do* (p. 15-37). Family Violence and Sexual Assault Institute.
- Piché, G., Huýnh, C. et Villatte, A. (2019). Physical activity and child depressive symptoms: Findings from the QLSCD. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 51(2), 114-121. <https://doi.org/10.1037/cbs0000120>
- Poulsen, A. et Ziviani, J. (2010). Enablement of children's leisure participation. Dans S. Rodger (dir.), *Occupation-centered practice with children: A practical guide for occupational therapists*, 2^e éd. Wiley-Blackwell.
- Québec. (2002). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. RLRQ, chapitre 33. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C33F.PDF>
- Québec. (2006). Loi de la protection de la Jeunesse. RLRQ, chapitre P 34.1, à jour au 1^{er} octobre 2021. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/P-34.1.pdf>
- Québec (2009). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. RLRQ, Chapitre 28. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2009C28F.PDF>
- Québec (2021). *Code des professions*. RLRQ, chapitre C 26, à jour au 1^{er} octobre 2021. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26?&digest=>
- Reynolds, S., Bendixen, R. M., Lawrence, T. et S. J. Lane. (2011). A Pilot Study Examining Activity Participation, Sensory Responsiveness, and Competence in Children with High Functioning Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 1496-1506.
- Rosenbaum, P. et Gorter, J. W. (2011). The 'F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think! *Child: Care, Health and Development*, 38(4), 457-463. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01338.x>
- Shanker, S. (2020). *Reframed: Self-reg for a just society*. University of Toronto Press.
- Shellenberger S. et Williams M. (1998). *How does your engine run? The alert program for self regulation*. Therapy Works, Inc.
- Townsend, E. A., Polatajko, H. J. et Cantin, N. (dir.). (2013). *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd.). Association canadienne des ergothérapeutes.
- Townsend, E. A. et Polatajko, H. J. (2007). *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Canadian Association of Occupational Therapists.
- Wallisch, A., Little, L., Pope, E. et W. Dunn. (2019). Parent Perspectives of an occupational therapy telehealth intervention. *International Journal of Telerehabilitation*, 11(1), 15-22. <https://telerehab.pitt.edu/ojs/Telerehab/article/view/6274>
- Whitten, E., Esteves, K. J. et A. Woodrow. (2012). *La réponse à l'intervention, un modèle efficace de différenciation* (Adaptation par D. D. Demers). Chenelière Éducation.

Annexe

MISE EN GARDE

- Ce document ne constitue pas un canevas de **rapport d'évaluation**, mais plutôt un **exemple de rapport** d'évaluation en ergothérapie.
- Le présent rapport relève d'une **situation clinique fictive**. Ainsi, toute correspondance pouvant être effectuée entre les données rapportées au présent rapport (ex. : prénom, date de naissance, date d'évaluation) et la réalité n'est que pur hasard.
- La mention de méthodes d'évaluation et d'instruments de mesure ne signifie pas que l'Ordre en fait la recommandation.
- L'évaluation réalisée dans le présent exemple de rapport ne signifie pas qu'elle constitue l'unique processus évaluatif valable auprès de tels clients en vue de répondre aux normes professionnelles attendues.
- À l'instar du point précédent, le modèle utilisé dans le présent rapport, notamment afin de catégoriser les données d'évaluation (informations générales, occupation, personne, environnement), ne signifie pas qu'il est l'unique modèle pouvant être utilisé dans un contexte similaire. Il revient à chaque ergothérapeute d'adapter son évaluation et l'organisation des données aux approches théoriques et modèles de pratique choisis.
- Pour de plus amples renseignements à l'égard de la tenue des dossiers, vous êtes invités à vous référer au **Guide de la tenue des dossiers en ergothérapie**. ▣

IDENTIFICATION : Liam X

DATE DE NAISSANCE : 2014-06-01

RAPPORT D'ÉVALUATION EN ERGOTHÉRAPIE

À la suite d'un dépistage positif au questionnaire sur le trouble développemental de la coordination (Q-TAC) complété chez le médecin, Liam est référé en clinique privée d'ergothérapie le 2021/03/11 par Dr Guilis, pédiatre, pour une évaluation en ergothérapie dans un contexte de suspicion d'un trouble développemental de la coordination (TDC). En outre, les parents souhaitent que Liam apprenne à écrire comme les autres enfants et qu'il ait davantage de soutien du milieu scolaire. Quant à Liam, il aimerait faire du vélo à deux roues. Il est donc vu en ergothérapie afin d'évaluer ses habiletés motrices et fonctionnelles dans une visée de contribution au diagnostic et en vue de déterminer la pertinence d'un suivi en ergothérapie lié aux attentes des parents et de l'enfant.

Méthodes d'évaluation

- *Movement Assessment Battery for Children, 2nd ed. (Movement ABC-2)*;
- Observations cliniques et mises en situation (à la clinique et à l'école);
- Entrevues (père, enseignante, enfant).

Dates de l'évaluation : 1^{er} et 7 avril 2021.

Les parents ont consenti à l'évaluation.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Informations recueillies lors de l'entrevue téléphonique du 2021/04/01 auprès du père de l'enfant.

Diagnostic et conditions associées : sans particularités. En processus d'investigation médicale pour un trouble développemental de la coordination (TDC)

Âge chronologique : 6 ans et 10 mois

Histoire de la naissance : enfant né à terme, grossesse et accouchement sans complication.

Contexte développemental : selon les informations obtenues du père, Liam aurait présenté une acquisition tardive des jalons de développement (quatre pattes, marche et langage expressif). À partir de 3 ans, et ce, jusqu'à son entrée à la maternelle, Liam a fréquenté un centre de la petite enfance (milieu de garde).

OCCUPATIONS

Informations recueillies lors de l'entrevue du 2021/04/01 auprès du père de l'enfant, lors d'une discussion avec l'enseignante le 2021/04/07 et, lorsque non autrement indiqué, lors d'observations cliniques réalisées en classe le 2021/04/07.

Loisirs/intérêts

Selon le père : Liam s'intéresse aux jeux vidéo et il joue souvent seul. Depuis l'âge de 4 ans, il suit des cours de natation (1 fois/semaine), mais il n'aime pas les sports d'équipe, car il est plus malhabile que les enfants de son âge. Il fait du vélo avec deux petites roues stabilisatrices depuis l'âge de 4 ans et il en fait régulièrement. À quelques reprises, Liam a fait l'essai du vélo sans roues stabilisatrices, mais sans succès. Les difficultés demeurent importantes, et ce, malgré que les opportunités de pratique aient été multipliées.

Soins personnels

Habillage : à l'école, l'enfant a besoin de suivre la séquence logique d'un pictogramme pour mettre ses pantalons de neige, son manteau et ses bottes dans l'ordre. Il ne réussit pas à enclencher sa fermeture éclair et à attacher son bouton seul. Ses bottes sont fréquemment mises à l'envers. Ainsi, s'habiller au complet pour aller à l'extérieur lui prend plus de temps que ses pairs. Les parents rapportent que l'habillage est aussi très long à la maison et qu'ils doivent souvent l'aider à terminer la tâche (ex. : boutons, vêtements à l'envers, attaches). L'apprentissage des boucles sur les espadrilles n'est pas encore acquis, et ce, en dépit d'essais répétés depuis plusieurs mois, aux dires du père.

Alimentation : lors de la collation en classe, Liam demande de l'aide pour ouvrir ses contenants. Les parents rapportent qu'à la maison, il a tendance à se salir en mangeant, notamment lorsqu'il tartine du pain, verse un breuvage dans un verre et porte la cuillère à sa bouche.

Hygiène : selon le père, Liam se brosse les dents et effectue son hygiène excrétrice de façon maladroite et inadéquate et il a besoin de rappels verbaux pour laver toutes les parties de son corps et rincer ses cheveux.

Fonctionnement à l'école

Fonctionnement en classe : Liam est en 1^{re} année du primaire à l'école Lajoie. Il est placé au centre dans la 1^{re} rangée, près du tableau interactif et de l'enseignante. Le pupitre et la chaise sont bien ajustés à sa taille.

Écriture manuelle : il écrit avec sa main droite. La lisibilité est affectée dans les différentes tâches d'écriture (copie de près, copie du tableau, dictée et écriture spontanée), notamment sur le plan de la formation des lettres où certaines sont fragmentées (a, d, m) et/ou inversées (b, d, p, q). En outre, l'organisation spatiale sur la feuille, l'espacement entre les mots et l'alignement des lettres dans les trottoirs est difficile. L'enseignante indique que Liam a débuté l'apprentissage de l'écriture manuelle scripte en septembre et que la lisibilité de son écriture est inférieure à celle des autres élèves de la classe. Elle rapporte également avoir essayé plusieurs stratégies pour le soutenir (p. ex. ajout d'un repère pour lui rappeler où commencer à écrire sur la feuille, utiliser son index pour faire les espaces entre les mots), mais les difficultés persistent. Il écrit lentement et, selon l'enseignante, il termine souvent ses travaux après les autres. Liam rapporte qu'il n'aime pas beaucoup écrire.

Organisation du matériel scolaire : l'enseignante rapporte que la routine du sac d'école n'est pas encore acquise malgré plusieurs mois de pratique, précisant qu'il oublie du matériel si elle ne fait pas la vérification préalable. Elle ajoute qu'il ne retrouve pas toujours son matériel scolaire dans son pupitre et qu'il lui arrive d'oublier sa boîte à lunch ou son sac d'école dans l'autobus.

Découpage : Liam place lui-même le ciseau dans sa main droite. Le pouce est placé correctement dans l'anneau du haut et l'index dans celui du bas (le majeur est placé en dessous de l'anneau). La main gauche tient la feuille, mais la stabilise peu. Il ne se sert pas de sa main gauche pour effectuer les changements de direction. Son poignet droit est en légère flexion et on observe une absence d'appui des avant-bras sur le pupitre. Liam découpe des formes simples avec des coups de ciseaux imprécis malgré la pratique fréquente à l'école et à la maison.

Utilisation des outils scolaires : Liam est en mesure d'utiliser la taille-crayon électrique disponible devant la classe, mais il ne réussit pas à aiguiser son crayon à l'aide de son propre taille-crayon (il tourne le taille-crayon plutôt que de tourner le crayon et casse souvent la mine à l'intérieur). Il utilise son efface adéquatement, mais il lui arrive parfois de froisser le papier en raison d'une pression trop forte qu'il applique et d'une stabilisation insuffisante de sa feuille. Son enseignante rapporte toutefois qu'il a besoin de modélisation de sa part pour lui rappeler où placer ses doigts. Il en est de même pour l'utilisation des affichages visuels au mur (ex. : affiche avec les lettres et les sons fréquents) auxquels l'enseignante doit fréquemment lui rappeler de se référer. De plus, elle note qu'il semble avoir de la difficulté à se repérer dans ses cahiers.

Résultats scolaires : le père mentionne que les résultats se situent dans la moyenne inférieure par rapport à ses pairs.

PERSONNE

Informations recueillies lors de l'entrevue du 2021/04/01 avec le père de l'enfant, lors d'une discussion avec l'enseignante le 2021/04/07, lors de la passation d'outils d'évaluation : M-ABC-2 le 2021/04/01 à la clinique et, lors d'observations cliniques en classe et, lorsque non autrement indiqué, lors d'observations cliniques effectuées à la clinique le 2021/04/01.

Dimension affective

Liam démontre de l'engagement, une bonne collaboration et un souci de bien faire les activités. Il dit à quelques reprises qu'il ne se trouve pas bon. L'enseignante mentionne qu'il est plus fatigué en après-midi et, par conséquent, moins performant (ex. : il couche sa tête sur le pupitre, il nécessite davantage de rappels à la tâche et il soupire).

Dimension cognitive

Selon les observations cliniques réalisées en classe, Liam observe beaucoup les personnes et les choses autour de lui. Il prend plus de temps que les autres élèves pour réaliser les tâches demandées. Plusieurs rappels des consignes doivent être faits, et ce, à chacune des étapes de la tâche. Après un certain temps, la fatigue s'installe et diminue sa capacité à se centrer sur la tâche.

Dimension physique

Fonctions sensorielles

Le père mentionne que son fils a tendance à utiliser trop de force quand il ferme une porte et il lui arrive de briser ses jouets involontairement. À l'évaluation, il s'est cogné sur le cadre de la porte en entrant, est presque tombé de sa chaise et a eu de la difficulté à ajuster la bonne force pour lancer une balle. Ces éléments laissent soupçonner des difficultés de nature proprioceptive.

Fonction motrice globale

Posture adéquate observée lorsqu'il est assis à l'évaluation. Toutefois il bouge beaucoup sur sa chaise. Selon l'enseignante, il tombe de sa chaise quelques fois par semaine.

Les tâches d'équilibre et de lancer/attraper sont plus ardues pour Liam. L'enfant a de la difficulté à ajuster ses mouvements et à modifier sa façon de faire pour réussir l'activité. Une lenteur d'exécution est notée. L'enseignante rapporte observer une maladresse et des difficultés plus importantes chez Liam dans l'exécution de nouvelles tâches motrices, lors des cours d'éducation physique (ex. faire des sauts papillons) ou à la récréation (ex. : grimper dans le module de jeu).

Résultats au M-ABC-2

M-ABC-2	Score standardisé	Écart-type à la moyenne	Rangs centiles	Interprétation de l'outil
Dextérité manuelle	4	-2,0	2 ^e	
Attraper et lancer	6	-1,3	9 ^e	
Équilibre	6	-1,3	9 ^e	
Total	4	-2,0	2 ^e	Zone rouge : dénote une difficulté de mouvement importante

Fonction motrice fine

Préférence manuelle : acquise à droite. Toutefois, le père rapporte qu'en maternelle, Liam changeait fréquemment de main pour les activités papier-crayon.

Prise du crayon : Prise fonctionnelle du crayon, soit la prise quadripode latérale. Les doigts sont placés très près de la mine. Appui prononcé sur le crayon et crayon appuyé fortement sur la feuille (ex. casse la mine de son crayon à deux reprises durant la tâche). Le poignet est en position neutre. L'appui du poignet sur la table est présent. Stabilisation adéquate de la feuille avec la main gauche. Une élévation de l'épaule droite est notée à certains moments en cours d'évaluation. Il évite de croiser la ligne médiane, des réactions associées sont observées à la bouche et la tête est positionnée très près de la feuille. Un manque de précision est observé (plusieurs dépassements) lors de la tâche du labyrinthe.

Fonction oculo-motrice

Le dépistage oculo-moteur montre que Liam a de la difficulté avec la dissociation yeux-tête. Les poursuites visuelles s'effectuent généralement en bougeant la tête, et ce, malgré la consigne de maintenir la tête immobile. De façon particulière, les saccades verticales sont assez bien réussies, les saccades horizontales ne sont maintenues que quelques secondes avant que l'enfant bouge la tête et les saccades diagonales sont impossibles sans bouger la tête. Liam mentionne qu'il n'est pas facile de faire ces « exercices de yeux ». Il n'a jamais été vu en optométrie. La convergence s'effectue avec difficulté.

ENVIRONNEMENT

Informations recueillies lors de l'entrevue téléphonique du 2021/04/01 auprès du père de l'enfant, et, lorsque non autrement indiqué, lors d'observations cliniques et de mises en situation réalisées à la clinique 2021/04/01 et en classe le 2021/04/07.

Liam demeure avec ses parents et son frère de 9 ans. Les parents sont très impliqués à l'égard de la stimulation de leur fils dans une variété d'activités. Il a accès à une piscine hors terre ainsi qu'un trampoline dans la grande cour arrière.

L'enseignante mentionne qu'il est apprécié par ses pairs et elle se dit ouverte à adapter ses « façons de faire » en vue de mieux soutenir Liam dans les défis auxquels il est confronté en classe.

ANALYSE ET OPINION

À la lumière des informations recueillies à l'évaluation, Liam présente une atteinte significative et persistante dans la réalisation de plusieurs activités de la vie quotidienne, incluant notamment l'habillage, l'organisation de son matériel et l'écriture manuelle. L'acquisition et l'exécution de ses habiletés de coordination motrice sont significativement sous les attentes compte tenu de son âge et de ses opportunités d'expérimentation et d'apprentissage. Le profil fonctionnel qui en découle, tel que décrit ci-après, est compatible avec celui d'un enfant ayant un trouble développemental de la coordination (TDC).

En effet, cette situation s'illustre, chez Liam, par une difficulté marquée à s'organiser (organisation sur la feuille et dans les trottoirs à l'écriture, organisation de son matériel) et à s'ajuster ainsi qu'une difficulté à utiliser de façon appropriée ses outils scolaires (crayon, ciseau, taille-crayon, efface). Liam doit également fournir un effort important lors de l'exécution de tâches motrices, car ses mouvements sont peu fluides (ex. appui prononcé sur son crayon, traits imprécis, ajustements lents lors des tâches bilatérales asymétriques telles que découper, ouvrir des contenants, attacher des boutons et faire ses boucles de chaussures). Le défi s'avère être encore plus grand lorsque de nouvelles tâches lui sont proposées (p. ex. lors des cours d'éducation physique). Malgré une stimulation continue et des opportunités fréquentes et variées d'activités, les difficultés motrices sont persistantes et affectent significativement sa participation dans ses activités quotidiennes.

Liam bénéficie d'un environnement social favorable, il présente des forces (ex. : collaboration, persévérance) qui l'aideront à améliorer son rendement et sa satisfaction (et celle de ses parents) lors de la réalisation de ses activités quotidiennes et scolaires. Considérant les impacts fonctionnels de ses difficultés, Liam bénéficierait d'un suivi en ergothérapie afin de mettre en place des stratégies pour favoriser une participation optimale aux dites activités.

RECOMMANDATION POUR LES PARENTS

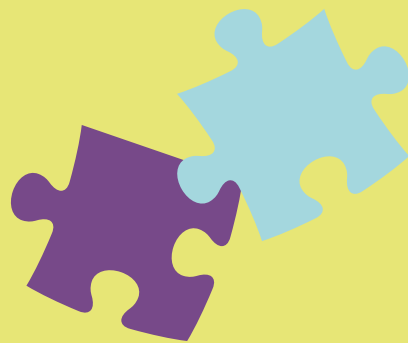
- Consultation en optométrie (optométriste ayant des compétences particulières en rééducation visuelle) afin de déterminer si l'enfant est aux prises avec un problème sur le plan visuel.

CONDUITE

- Une rencontre avec les parents aura lieu cette semaine afin de discuter des résultats de l'évaluation et du suivi envisagé en ergothérapie.
- Si les parents souhaitent un suivi en ergothérapie, des objectifs et un plan d'intervention seront déterminés avec eux.
- Avec l'accord des parents, sensibiliser les intervenants scolaires impliqués auprès de Liam à ses difficultés et aux répercussions fonctionnelles dans la réalisation de ses activités scolaires.

ANTOINETTE LAGRIBOUILLE, ERGOTHÉRAPEUTE
(INSCRIRE COORDONNÉES ICI)

DATE



Ordre
des ergothérapeutes
du Québec

OEQ