

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

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

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

PAR
CYNTHIA VERREAULT

L'ERGOTHÉRAPEUTE COMME ACCOMPAGNATEUR AUPRÈS D'INTERVENANTS
D'UN CENTRE DE LA PETITE ENFANCE : UNE APPROCHE PROMETTEUSE

15 DÉCEMBRE 2016

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée tout au long de mon essai, en particulier madame Noémi Cantin, directrice du projet et professeure au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son support et ses excellents conseils durant la rédaction de cet essai. Je tiens également à remercier la directrice et les éducatrices du centre de la petite enfance rencontré, de même que les stagiaires en ergothérapie, d'avoir accepté l'invitation à participer à cet essai qui, sans leur apport, n'aurait pas pu être réalisé. De plus, il m'importe de souligner la participation et le soutien de madame Nancy Baril, professeure au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, que j'ai grandement appréciés. Enfin, j'aimerais remercier mes collègues de séminaire, dont les conseils m'ont été très utiles, et mon entourage pour le soutien offert tout au long du processus.

Bonne lecture !

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vi
RÉSUMÉ	vii
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	3
2.1. Les centres de la petite enfance	3
2.1.1. Les éducateurs en centre de la petite enfance	3
2.1.2. Le programme éducatif des centres de la petite enfance	4
2.1.3. Les enfants ayant des besoins particuliers et qui fréquentent les centres de la petite enfance	5
2.1.4. Le manque de formation spécialisée au niveau du dépistage des différentes problématiques et de l'intervention auprès d'enfants ayant des besoins particuliers	6
2.2. L'ergothérapie à l'enfance	7
2.2.1. Les différents modèles de service en ergothérapie	7
2.2.1.1. L'intervention directe	8
2.2.1.2. La consultation	9
2.2.1.3. Les limites de ces deux modèles de service	11
2.2.2. La consultation collaborative	13
2.2.3. L'accompagnement en ergothérapie	17
2.3. Question de recherche	20
3. CADRE CONCEPTUEL	21
3.1. La définition de l'habilitation	21
3.2. Le Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client	21
3.3. Le continuum de l'habilitation	24
3.4. L'approche patient-partenaire	25
3.5. Objectifs de l'étude	27
4. MÉTHODES	28
4.1. Devis	28
4.2. Participants	28
4.2.1. Recrutement des participants	29
4.3. Collecte des données	29
4.3.1. Concepts mesurés	29

4.3.2. Déroulement de l'étude.....	29
4.4. Analyse des données	30
4.5. Position de la chercheuse responsable	31
4.6. Considérations éthiques	31
5. RÉSULTATS	32
5.1. La description des participants.....	32
5.2. La présentation des résultats préliminaires obtenus aux entrevues	33
5.2.1. L'accompagnement comme un service de première ligne.....	33
5.2.2. L'accompagnement comme un partenariat entre la stagiaire et le milieu	34
5.2.3. L'accompagnement tient compte de l'interaction entre la personne, ses occupations et son environnement	37
5.2.4. L'accompagnement comme une combinaison de quatre habiletés clés du Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client.....	38
5.2.5. Les obstacles à l'accompagnement.....	39
5.2.5.1. Les compétences de la stagiaire	39
5.2.5.2. Le manque de ressources du milieu	41
6. DISCUSSION	45
6.1. L'accompagnement comme un modèle de service satisfaisant	45
6.1.1. L'accompagnement comme un service de première ligne.....	46
6.1.2. L'accompagnement comme un partenariat.....	46
6.1.3. L'accompagnement tient compte de l'interaction entre la personne, ses occupations et son environnement	49
6.1.4. L'accompagnement comme une combinaison de quatre habiletés clés du Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client.....	49
6.2. Les obstacles de l'accompagnement	50
6.3. L'accompagnement est comparable à l'approche patient-partenaire.....	52
6.4. Les forces et les limites de l'étude	54
6.5. Les retombées sociales et scientifiques de l'étude.....	55
6.6. Les avenues de recherches futures	56
7. CONCLUSION.....	58
RÉFÉRENCES	59
ANNEXE A	67
ANNEXE B	68

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Synthèse des différents modèles de service utilisés en ergothérapie	18
Tableau 2. Similitudes entre l'accompagnement et l'approche patient-partenaire.....	27
Tableau 3. Description des participantes	32
Tableau 4. Quatre habiletés clés du Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client ressorties aux entrevues	38
Tableau 5. Résumé des principaux résultats préliminaires obtenus aux entrevues	44
Tableau 6. Similitudes entre l'accompagnement et l'approche patient-partenaire.....	53
Tableau 7. Résumé des obstacles à l'accompagnement identifiés par les participantes et des solutions possibles.....	57

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Budgets en santé et en éducation du Gouvernement du Québec 12

Figure 2. Le Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client 22

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
APHRSO	Association des personnes handicapées de la rive sud-ouest
AQCPE	Association québécoise des centres de la petite enfance
CMS	Clinique multidisciplinaire en santé
CPE	Centre de la petite enfance
CREDE	Centre régional d'ergothérapie pour le développement de l'enfant
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MCHCC	Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Problématique : Au Québec, les centres de la petite enfance (CPE) accueillent des enfants ayant des besoins particuliers. Or, un manque de formation spécialisée en lien avec le dépistage de problématiques développementales et l'intervention auprès d'enfants ayant des besoins particuliers a été exprimé par des intervenants du système d'éducation québécois (Durand, 2015). Depuis plus d'un an, la clinique multidisciplinaire en santé de l'Université du Québec à Trois-Rivières offre de l'accompagnement en ergothérapie à un CPE de la région de Trois-Rivières. Cependant, les effets de cet accompagnement ne sont pas connus. **Objectif** : Le but de cette étude est de connaître la satisfaction des acteurs impliqués dans l'accompagnement en ergothérapie offert au CPE et de décrire leurs perceptions quant à l'efficacité de ce programme. **Méthode** : Un devis qualitatif de type descriptif interprétatif a été utilisé. Au total, cinq participantes ont été sélectionnées pour l'étude. Une entrevue semi-structurée a été réalisée auprès de celles-ci afin de documenter leurs perceptions quant aux effets de l'accompagnement. Une analyse de contenu a été utilisée pour analyser les données. **Résultats** : Les résultats préliminaires montrent que les participantes de l'étude sont satisfaites de l'accompagnement offert par la clinique multidisciplinaire en santé. Selon elles, l'accompagnement a eu des résultats positifs autant chez l'éducatrice que les enfants de son groupe. Toutefois, des obstacles importants à l'accompagnement ont été identifiés : les compétences de la stagiaire et le manque de ressources du milieu. **Discussion** : Pour que l'accompagnement soit efficace, certaines conditions sont nécessaires. Principalement, un partenariat doit s'établir entre la stagiaire et le milieu, la stagiaire doit développer ses compétences à l'accompagnement et des ressources doivent être disponibles. **Conclusion** : Ce modèle de service pourrait se révéler intéressant pour pallier au manque de formation spécialisée des intervenants du système d'éducation travaillant auprès d'enfants ayant des besoins particuliers. Toutefois, la poursuite de l'évaluation du programme s'avère nécessaire.

Mots-clés : collaboration, coaching, petite enfance, centre de la petite enfance, ergothérapie.

Background : In Quebec, early childhood centres (ECC) integrate children with special needs. A lack of specialized training in screening developmental problems and intervening with children with special needs was expressed by stakeholders in the Quebec education system (Durand, 2015). For more than a year, the Clinique multidisciplinaire en santé de l'Université du Québec à Trois-Rivières has been offering occupational therapy services to a local ECC. However, the effects of the services offered are not known. **Purpose** : The aim of this study is to describe the effectiveness of occupational therapy coaching in an ECC as perceived by the actors involved and know their satisfaction about the program. **Method** : A qualitative descriptive interpretative design was used. A total of five participants were selected for the study. A semi-structured interview was conducted to document their perceptions of the effectiveness of the coaching offered. A content analysis was used to analyse the data. **Results** : Preliminary results show that participants are satisfied with the coaching provided by the Clinique multidisciplinaire en santé. According to them, the coaching provided had positive results for both the educators and the children in their group. However, significant obstacles were identified, including the skills of the trainee and the lack of resources of the environment. **Discussion** : For the coaching to be effective, certain conditions are necessary. Mainly, a partnership must be established between the

trainees and the environment, trainees must develop their competencies and resources must be available. **Conclusion** : This approach may be of interest in addressing the lack of specialized training of educators working with children with special needs. However, further evaluation of the program is necessary.

Keywords : collaboration, coaching, early childhood, daycare center, occupational therapy.

1. INTRODUCTION

Près de 180 000 enfants, âgés entre 0 et 5 ans, fréquentent les CPE chaque année (Association québécoise des centres de la petite enfance [AQCPE], 2016). Les éducateurs y travaillant ont un rôle primordial dans le développement harmonieux de ces tout-petits : ils ont le mandat, notamment, de dépister l'apparition de certaines problématiques pouvant affecter le développement de ces enfants. Or, déjà à cet âge, certains enfants présentent des besoins particuliers attribuables à différentes problématiques développementales, notamment le retard global de développement ou encore la déficience intellectuelle (Riley et Rubarth, 2015). D'ailleurs, le nombre d'enfants ayant des besoins particuliers et fréquentant les CPE a bondi de 70% dans les dernières années (Gouvernement du Québec, 2009, 2014b; Office des personnes handicapées du Québec [OPHQ], 2007). Bien que le Gouvernement du Québec offre de l'aide aux éducateurs pour favoriser l'intégration de ces enfants, un manque de formation spécialisée en ce qui a trait au dépistage des enfants ayant des besoins particuliers peut limiter l'accomplissement de leur mandat, comme c'est le cas chez les enseignants (Durand, 2015). Ainsi, les éducateurs peuvent nécessiter le soutien de professionnels de la santé pour dépister l'apparition de problématiques développementales pouvant survenir à la petite enfance et assurer le développement harmonieux des enfants dont ils ont la charge.

Grâce à ses connaissances quant au développement de l'enfant, l'ergothérapeute est l'un des professionnels de la santé pouvant être appelé à travailler au sein des CPE (Durand, 2015; Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2012). Actuellement, en CPE, les modèles de service utilisés en ergothérapie sont l'intervention directe et la consultation (Tétreault, 2014). Ces interventions sont généralement offertes pour un enfant en particulier dans l'établissement de santé, par exemple au centre de réadaptation, ou directement au CPE, selon les procédures de l'établissement de santé. Or, ces deux modèles de service présentent certaines limites qui amènent la profession à se questionner quant à la pertinence de leur utilisation en CPE. C'est dans ce contexte que certains auteurs s'intéressent à la consultation collaborative et à l'accompagnement, deux modèles de service novateurs dans lesquels l'ergothérapeute et l'éducateur établissent une relation de collaboration qui favorise les échanges entre le milieu de la santé et le milieu de l'éducation.

Cette étude présente les résultats d'une recherche menée auprès d'un CPE de la région. Le présent travail est structuré selon la méthode proposée par le département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), qui se divise en six grandes étapes :

- 1) établissement de la problématique, dans laquelle un portrait global des CPE au Québec est dressé et dans laquelle le rôle de l'ergothérapeute et les modèles de service qu'il utilise dans ce milieu sont expliqués;
- 2) définition du cadre conceptuel utilisé dans cette étude;
- 3) présentation des différentes méthodes utilisées pour la sélection et le recrutement des participants ainsi que la collecte et l'analyse des données afin de répondre à la question de recherche;
- 4) exposition des résultats préliminaires obtenus dans l'étude;
- 5) discussion et mise en relation des résultats préliminaires avec ceux obtenus dans les études antérieures;
- 6) présentation d'une synthèse de l'étude et ouverture sur de nouvelles possibilités de recherches et autres recommandations professionnelles.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette section expose la pertinence de l'étude. D'abord, un portrait global des CPE de la région est dressé, puis le rôle de l'ergothérapeute en CPE est défini et la question de recherche est posée.

2.1. Les centres de la petite enfance

Subventionnés par le Gouvernement du Québec, les CPE offrent des services en installation, c'est-à-dire dans un établissement autre que le domicile, où les enfants y sont généralement divisés par groupes d'âge. Leur mission est de dépister l'apparition ultérieure de différentes problématiques développementales, d'offrir aux enfants un milieu de vie qui favorise leur développement jusqu'à leur entrée à la maternelle et de voir à leur bien-être, à leur santé et à leur sécurité (Gouvernement du Québec, 2007; Pettigrew, 2013). Cette mission est accomplie, notamment, grâce aux éducateurs.

2.1.1. Les éducateurs en centre de la petite enfance

Au Québec, les éducateurs en CPE doivent minimalement détenir un diplôme d'études collégiales en éducation à l'enfance (Gouvernement du Québec, 2014a, 2016a). Ce programme collégial offre 1830 heures de formation spécifique durant lesquelles les futurs éducateurs développent leurs compétences quant à l'éducation des enfants et à l'offre de soins de base.

De surcroît, le rôle des éducateurs passe majoritairement par le dépistage des signes précurseurs de différentes problématiques développementales, par exemple un retard de développement ou encore une déficience intellectuelle, pouvant mener à certains besoins particuliers chez ces enfants. En effet, bien que certaines problématiques puissent être diagnostiquées peu de temps après la naissance, d'autres prennent plus de temps à apparaître et les signes peuvent être identifiés par l'entourage de l'enfant, notamment les éducateurs en CPE (Riley et Rubarth, 2015). Autrement dit, certaines problématiques développementales apparaissent durant la petite enfance et sont caractérisées par des écarts anormaux, dans une ou plusieurs sphères du développement, qui peuvent être observés par les éducateurs (Ferland, 2014). Il importe alors qu'ils soient en mesure de dépister ces problématiques afin d'offrir une

intervention précoce aux enfants et éviter que les difficultés fonctionnelles, vécues par ces enfants, perdurent dans le temps (Johal, 2002).

De fait, étant en mesure de dépister les problématiques développementales chez les enfants de leur groupe, les éducateurs en CPE favorisent le développement optimal et sécuritaire de ces enfants, qui peuvent alors s'engager dans différentes activités qui permettent l'acquisition de diverses habiletés. À travers ces activités, les enfants ont l'opportunité de développer, par exemple, leur motricité globale et fine et leurs habiletés sociales (Pettigrew, 2013).

Or, pour assurer le développement optimal et sécuritaire de ces enfants, les éducateurs doivent également combler les divers soins de base de chacun. Ainsi, une fois les besoins de base comblés, les enfants sont plus disponibles pour explorer leur environnement et faire leurs propres expériences (Whitcomb, 2012). La théorie de Maslow, telle que décrite par Medcalf, Hoffman et Boatwright (2013), soutient également cette affirmation. Les besoins physiologiques, par exemple le sommeil, et les besoins de sécurité doivent être comblés avant qu'un individu cherche à satisfaire son besoin d'appartenance et d'amour, le troisième niveau hiérarchique.

Afin d'appuyer les éducateurs dans l'accomplissement de leur mandat, le Gouvernement du Québec (2013) a élaboré un programme éducatif qui permet aux CPE de la province d'assurer ce développement optimal.

2.1.2. Le programme éducatif des centres de la petite enfance

Les CPE peuvent baser leur offre de services sur le programme éducatif mis à leur disposition par le Gouvernement du Québec (2013), qui se veut un outil de référence pour tous les intervenants travaillant dans ce milieu. Ce programme éducatif propose cinq principes fondamentaux pour optimiser les services offerts :

- 1) chaque enfant est unique;
- 2) l'enfant est le premier agent de son développement;
- 3) le développement de l'enfant est un processus global et intégré;

- 4) l'enfant apprend par le jeu;
- 5) la collaboration entre le personnel éducateur et les parents est essentielle au développement harmonieux de l'enfant.

Chaque CPE implante ce programme éducatif en fonction de sa propre réalité (Gouvernement du Québec, 2007, 2013). Par contre, le programme doit permettre à l'enfant de s'engager dans une grande variété de jeux. De fait, il est du devoir professionnel des éducateurs de s'assurer que les jeux se fassent sans atteinte à la santé et à la sécurité des enfants, qu'ils favorisent leur bien-être et qu'ils soient adaptés selon l'âge et les besoins particuliers des enfants.

2.1.3. Les enfants ayant des besoins particuliers et qui fréquentent les centres de la petite enfance

S'ils le désirent, les CPE peuvent intégrer des enfants ayant des besoins particuliers attribuables à différentes problématiques développementales, comme le retard global de développement ou encore la déficience intellectuelle (Association des personnes handicapées de la rive sud-ouest [APHRSO], 2012). Pour tout enfant ayant des besoins particuliers, ces installations doivent élaborer et appliquer un plan d'intervention qui favorise leur intégration puisqu'ils nécessitent un soutien particulier de la part des CPE (Gouvernement du Québec, 2001). En ce sens, le Gouvernement du Québec (2011) propose une marche à suivre et offre des allocations qui leur permettent d'être soutenus dans l'élaboration et l'application de ce plan d'intervention.

Récemment, il a été observé que le nombre d'enfants ayant des besoins particuliers et fréquentant les CPE est plus élevé comparativement à celui des enfants ayant un développement typique, ce qui peut être expliqué par le fait que ce nombre a bondi de 70% dans les dernières années (Gouvernement du Québec, 2009, 2014b; Office des personnes handicapées du Québec [OPHQ], 2007). En effet, 63% des enfants ayant des besoins particuliers fréquentent les CPE comparativement aux enfants ayant un développement typique, dont la proportion s'élève à 39%. Il importe donc que les éducateurs en CPE aient les compétences nécessaires pour dépister les différentes problématiques et intervenir précocement auprès des enfants ayant des besoins

particuliers. Après tout, un enfant en apprentissage fait déjà face à un défi, nul besoin d'un stress supplémentaire imposé par l'apparition d'une ou plusieurs problématiques développementales (Bayona, McDougall, Tucker, Nichols et Mandich, 2006).

2.1.4. Le manque de formation spécialisée au niveau du dépistage des différentes problématiques et de l'intervention auprès d'enfants ayant des besoins particuliers

Une brève évaluation des grilles de cours de différentes formations collégiales et universitaires, notamment la technique d'éducation à l'enfance (Cégep du Vieux Montréal, 2016) et le baccalauréat en éducation préscolaire et enseignement au primaire (Université de Montréal, 2016), a permis de constater que la formation des éducateurs porte principalement sur l'éducation des enfants. En ce sens, parmi tous les cours offerts pour chacune des formations, seul un cours d'environ 45 heures est consacré à l'intervention auprès d'enfants ayant des besoins particuliers. D'autant plus, aucune information n'est disponible quant à la formation au niveau du dépistage des différentes problématiques développementales.

Une étude réalisée en milieu scolaire, au Québec, a montré que des enseignants jugeaient ne pas être assez outillés quant à l'identification précoce d'élèves présentant un délai dans l'acquisition d'habiletés motrices dans leur groupe (Durand, 2015). Les participants à l'étude ont également mentionné qu'ils ne se sentaient pas assez préparés ni efficaces lors de l'intervention auprès de ces élèves.

Tout comme les participants de l'étude de Durand (2015), les éducateurs ne sont pas épargnés par ce sentiment d'un manque de formation spécialisée quant au dépistage et à l'intervention auprès d'enfants ayant des besoins particuliers. Les éducateurs en CPE peuvent alors être soutenus par différents professionnels, notamment les ergothérapeutes qui possèdent un éventail de connaissances sur le développement de l'enfant (Durand, 2015; Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2012).

2.2. L’ergothérapie à l’enfance

L’ergothérapie est l’art et la science de l’habilitation de la personne à l’engagement dans la vie de tous les jours par l’occupation; habiliter les personnes à effectuer les occupations qui favorisent leur santé ainsi que leur bien-être; et habiliter les membres de la société, de telle sorte que celle-ci soit juste et inclusive afin que tous puissent s’engager – selon leur plein potentiel – dans les activités de la vie quotidienne (Polatajko et coll., 2013, p.31).

Au Québec, les ergothérapeutes travaillent auprès de différentes clientèles, notamment auprès d’enfants et d’adolescents âgés entre 0 et 17 ans (OEQ, 2015; Tétreault, 2014). Leur rôle est de favoriser le développement occupationnel de ces enfants et adolescents tout en mettant de l’avant leurs forces et en prenant en compte leur unicité.

Les ergothérapeutes reconnaissent l’importance de travailler dans les différents milieux de vie des enfants communément appelés « milieux naturels », considérant l’interaction constante entre l’enfant et ce milieu (Leclerc et Gosselin, s. d.; Sayers, 2008; Stewart, 2009; Polatajko et coll., 2013). Ils s’assurent alors que les enfants sont autonomes, au CPE comme à la maison, en leur fournissant des moyens pour développer cette autonomie dans ces différents milieux (Centre régional d’ergothérapie pour le développement de l’enfant, 2015; OEQ, 2012). D’ailleurs, la collaboration entre l’ergothérapeute et les différents acteurs qui interviennent auprès des enfants est facilitée lorsque les services en ergothérapie sont offerts dans le milieu naturel des enfants.

2.2.1. Les différents modèles de service en ergothérapie

L’habilitation à l’occupation des enfants ayant des besoins particuliers et fréquentant les CPE de la province peut se faire selon différents modèles de service, notamment l’intervention directe et la consultation (Tétreault, 2014). L’efficacité de ces modèles de service a été démontrée par plusieurs auteurs. Toutefois, l’intervention directe et la consultation amènent les ergothérapeutes à se questionner quant à leur utilisation dans le contexte québécois actuel qui tentent alors de mettre en place des modèles de service alternatifs, comme la consultation collaborative. Cette section présente les résultats probants qui ont trait à l’intervention directe et à la consultation. Il importe de mentionner que les études menées sur le sujet ont toutes été

réalisées en milieu scolaire (préscolaire et premier cycle) ; aucune étude dans la littérature scientifique ne porte sur les CPE. Or, ces interventions étant applicables en CPE, elles demeurent pertinentes à utiliser pour en décrire l'efficacité et en faire un comparatif au moment de la discussion des résultats préliminaires obtenus dans cette étude. D'autant plus, les études présentées ci-dessous concernent un autre contexte scolaire que le contexte québécois. Cependant, le contexte scolaire des études présentées et le contexte québécois étant comparables, l'utilisation de ces études demeure justifiée.

2.2.1.1. L'intervention directe

L'intervention directe réfère à une intervention posée par l'ergothérapeute, sans intermédiaire entre lui et l'enfant, afin d'atteindre différents objectifs. Dans ce modèle de service, l'ergothérapeute met à profit son expertise pour favoriser le développement de l'enfant (Townsend et coll., 2013). Ce faisant, l'enfant et son entourage (parents et éducateurs) sont en mesure de bien comprendre, d'agréer et de s'engager dans des interventions qui sont spécialisées, dépendamment de ce qu'ils peuvent et de ce qu'ils veulent faire. D'autant plus, l'intervention se déroule généralement dans l'établissement de santé. Plusieurs études ont porté sur les effets de l'intervention directe, mais seulement deux études sont présentées ici, soit l'étude de Kasari, Freeman et Paparelle (2006) et l'étude de Dankert, Davies et Gavin (2003).

L'essai clinique randomisé de Kasari et coll. (2006) évaluait l'efficacité de deux interventions directes chez des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) âgés de trois et quatre ans. Au total, 20 enfants ont reçu une intervention portant sur l'attention conjointe, 21 enfants ont reçu une intervention portant sur le jeu symbolique et 17 enfants ont été attribués au groupe contrôle. Chaque intervention durait 30 minutes, à raison d'une fois par jour, et a été offerte sur une période de cinq à six semaines. Les enfants ont reçu de l'enseignement sur une nouvelle habileté, qui ciblait soit l'attention conjointe ou le jeu symbolique, durant une courte séance. Par la suite, ils la pratiquaient dans une séance de jeu semi-structuré et centré sur l'enfant. L'attention conjointe, les habiletés de jeu et les interactions mère-enfant ont été évaluées avant et après l'intervention. Les auteurs ont remarqué des changements significatifs chez ces enfants. En effet, les enfants qui ont reçu l'intervention portant sur l'attention conjointe

initiaient et répondaient davantage aux différents signaux lors des interactions avec leur mère que les enfants du groupe contrôle. Quant aux enfants qui ont reçu l'intervention portant sur le jeu symbolique, ils utilisaient plus les différents types de jeu symbolique et interagissaient davantage avec leur mère. De fait, ces résultats montrent l'efficacité des interventions portant sur l'attention conjointe et le jeu chez les enfants âgés de trois et quatre ans et présentant un TSA.

D'autre part, l'étude quasi-expérimentale avec groupe contrôle de Dankert, Davies et Gavin (2003) visait à évaluer les effets d'une intervention directe offerte pendant un an et portant sur l'acquisition d'habiletés visuo-motrices chez les enfants d'âge préscolaire présentant un retard de développement. Les enfants participant à l'étude ont été divisés de façon aléatoire dans trois groupes. Un premier groupe (12 enfants présentant un retard de développement) a reçu, par semaine, au moins une séance individuelle de 30 minutes lui permettant de travailler sur les objectifs personnels des enfants et une séance de groupe de 30 minutes lui permettant de travailler sur les habiletés visuo-motrices (motricité fine, motricité globale et perception visuelle) des enfants. Un deuxième groupe (16 enfants présentant un développement typique) a reçu, par semaine, la même séance de groupe de 30 minutes que les enfants du premier groupe. Le troisième groupe (15 enfants présentant un développement typique) était un groupe contrôle. De fait, les enfants de ce dernier groupe n'ont reçu aucune intervention. Le *Visual-Motor Integration (VMI)* a été utilisé pour mesurer les habiletés visuo-motrices de tous les enfants participant à l'étude. Les auteurs ont constaté que les enfants du premier groupe se sont améliorés de façon significative à la suite de l'intervention comparativement à ceux des deux autres groupes. Ainsi, ces résultats montrent que l'intervention directe individuelle, jumelée à l'intervention de groupe, est plus efficace pour améliorer les habiletés visuo-motrices des enfants présentant un retard de développement que l'intervention de groupe seulement dans ce contexte.

2.2.1.2. *La consultation*

La consultation, quant à elle, désigne le fait de demander l'avis à quelqu'un (« Consultation », s. d.). Dans ce modèle de service, l'ergothérapeute agit à titre de consultant auprès du client (Townsend et coll., 2013). Toutefois, l'ergothérapeute demeure l'expert de l'intervention, qui offre les recommandations à l'enseignant et à l'entourage de l'enfant. De

façon générale, les interventions sont menées par l'ergothérapeute lorsqu'elles sont offertes dans l'établissement de santé ou par l'enseignant lorsqu'elles sont offertes à l'école par exemple.

Contrairement à l'intervention directe, les études portant sur la consultation sont moins nombreuses. Néanmoins, ses effets ont été documentés. Une étude expérimentale de type avant-après à groupe unique avait pour objectif de comparer l'efficacité d'un modèle de consultation à celle d'un modèle d'intervention directe-indirecte dans l'atteinte d'objectifs d'enfants d'âge préscolaire présentant un retard de développement moteur modéré (Dreiling et Bundy, 2003). Au total, 20 enfants ont été recrutés dans 12 groupes d'âge préscolaire différents. Les enfants participant ont été divisés en deux groupes, selon qu'ils recevaient des services de consultation ou des interventions directes-indirectes. L'étude s'est déroulée sur une période de 40 semaines (période scolaire). Le service de consultation a été offert par deux ergothérapeutes auprès des enseignants, à raison d'une journée par semaine. Le service d'intervention directe-indirecte, quant à lui, était offert par un ergothérapeute, à raison d'une heure et demie en moyenne par enfant et par semaine. Le *Goal Attainment Scaling (GAS)* a été utilisé pour vérifier l'atteinte des objectifs des enfants. Selon les auteurs, le fait qu'aucune différence statistiquement significative n'ait été ressortie montre que le modèle consultatif n'est ni plus ni moins efficace que l'intervention directe-indirecte. Cependant, l'ergothérapeute qui agissait comme consultant auprès des enseignants plutôt que comme intervenant direct auprès des enfants était en mesure de mieux aider les enseignants à inclure davantage d'activités motrices dans la routine de l'enfant, et donc d'offrir à cet enfant l'opportunité de répéter certaines habiletés motrices. Il a été remarqué que le service de consultation permettait de diminuer la charge de travail des ergothérapeutes à long terme. Les auteurs expliquent cela par le fait qu'avec le temps, les enseignants réglaient mieux les problèmes par eux-mêmes en initiant plus fréquemment des rencontres d'équipe et un travail conjoint avec les ergothérapeutes en vue d'établir des stratégies de travail et de les mettre en place. Il importe cependant de rester vigilant quant à ce résultat probant, puisque les méthodes comparées diffèrent. Toutefois, cette étude montre que la consultation peut être pertinente selon le contexte de pratique.

2.2.1.3. Les limites de ces deux modèles de service

Bien que ces deux modèles de service aient montré des effets positifs et qu'ils soient actuellement utilisés dans les CPE de la province, ils présentent certaines limites.

En effet, des limites financières et humaines émergent du discours de participantes rencontrées dans le cadre du rapport d'évaluation de l'allocation pour l'intégration des enfants handicapés dans les services de garde (Gouvernement du Québec, 2009). En ce sens, malgré qu'une demande soit faite à un professionnel de la santé pour faciliter l'intégration d'enfants ayant des besoins particuliers, le service ne peut être reçu immédiatement : « à cet égard, même si les participantes sollicitent l'avis d'un professionnel de la santé, il appert que le manque de disponibilité de ces ressources et les délais sont des aspects irritants » (Gouvernement du Québec, 2009, p.30). En effet, l'attente pour recevoir une intervention en ergothérapie peut parfois prendre plus d'un an (Missiuna et coll., 2012). Ces délais sont attribuables à un manque de ressources bien présent dans le réseau de la santé et, par le fait même, un manque de temps à pouvoir répondre à tous les besoins rapidement (Rexe, Mc Gibbon Lamy et von Zweck, 2012). De surcroît, il semble que les ressources disponibles actuellement ne suffisent pas pour combler le désir des CPE d'accueillir davantage d'enfants ayant des besoins particuliers : « évidemment, pour en accueillir davantage, les participantes concernées disent avoir besoin de plus de ressources professionnelles et d'une aide financière accrue » (Gouvernement du Québec, 2009, p.36).

À cet effet, une brève évaluation des budgets du Gouvernement du Québec pour les systèmes de la santé et de l'éducation de 2005 à aujourd'hui a été effectuée. La Figure 1 présentée ci-dessous montre ces budgets du Gouvernement du Québec. Le principal constat est que bien que les augmentations des budgets dans la santé et dans l'éducation soient toujours présentes en raison des multiples besoins de la population, elles sont moindres depuis les dernières années (Gouvernement du Québec, 2016b, 2016c). En effet, depuis 2014, ces augmentations de budget pour ces deux domaines sont moindres, ce qui peut être expliquée par le désir du Gouvernement du Québec d'atteindre un équilibre budgétaire (Gouvernement du Québec, 2016b, 2016c).

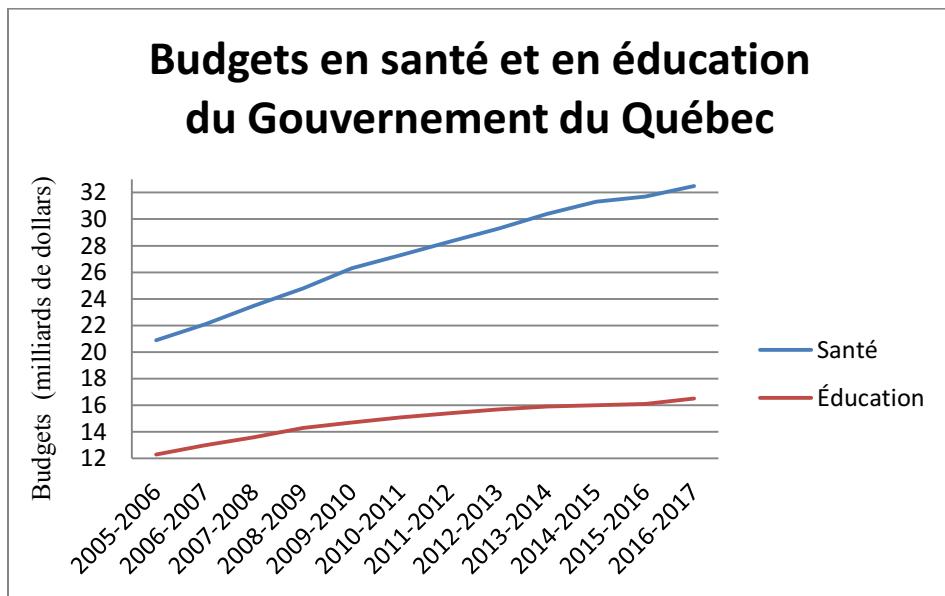


Figure 1. Budgets en santé et en éducation du Gouvernement du Québec

D'ailleurs, dans cette brève évaluation, il a été remarqué que les CPE de la province ne sont pas des cibles visées par les augmentations de budgets, ce qui explique les limitations financières vécues actuellement par ces établissements. De fait, comme les CPE doivent composer avec les compressions budgétaires annoncées par le Gouvernement du Québec, il est possible de croire que certains services risquent d'être arrêtés, dont ceux en ergothérapie pour les CPE qui recevaient une allocation pour ce service (Bordeleau, 2015).

Une autre limite de ces modèles de service est que les interventions ne sont pas réalisées dans le milieu naturel de l'enfant, soit le CPE, alors que cet aspect est grandement valorisé par la profession pour assurer le succès des interventions ergothérapiques (Leclerc et Gosselin, s. d.; Sayers, 2008; Stewart, 2009). En effet, l'ergothérapeute reconnaît l'interaction constante entre l'enfant et son milieu lorsqu'il s'engage dans ses occupations (Polatajko et coll., 2013). En ce sens, lorsque l'enfant reçoit des interventions dans un environnement autre que son milieu naturel, cela limite la généralisation de ses acquis. D'autant plus, les interventions étant réalisées à l'extérieur du CPE, l'établissement d'une relation de collaboration entre l'ergothérapeute et le personnel éducateur se fait plus difficilement. Considérant que les éducateurs travaillent au

quotidien avec l'enfant, il importe que les interventions soient réalisées dans à même le CPE, et ce, en tout temps.

Finalement, plusieurs études remettent en question les interventions où l'ergothérapeute adopte une posture d'expert, comme c'est le cas dans l'intervention directe et la consultation (Bayona et coll., 2006; Bose et Hinojosa, 2008; Durand, 2015; Kennedy et Stewart, 2012; Rens et Joosten, 2014; Shasby et Schneck, 2011). En effet, ces études soutiennent que lorsque l'ergothérapeute agit à titre d'expert, l'établissement d'un partenariat entre l'ergothérapeute et l'éducateur, par exemple, se fait plus difficilement. De fait, le partage de connaissances peut être limité, nuisant ainsi au changement de pratique chez l'éducateur. Considérant le possible manque de formation spécialisée des éducateurs quant au dépistage et à l'intervention auprès d'enfants ayant des besoins particuliers, ce partage de connaissances est prioritaire.

Compte tenu des limites non négligeables que présentent l'intervention directe et la consultation dans le contexte québécois actuel, les ergothérapeutes se tournent de plus en plus vers la consultation collaborative.

2.2.2. La consultation collaborative

Un nouveau modèle de service en ergothérapie tend à être plus utilisé en Amérique du Nord, plus précisément dans le milieu scolaire (Missiuna et coll., 2012). La consultation collaborative, également appelée « intervention auprès de l'enseignant », ressemble à la consultation présentée précédemment. Toutefois, elle se distingue de celle-ci puisque les interventions sont réalisées auprès des enseignants et dans leur environnement de travail, soit en classe. Elle favorise donc l'établissement d'une relation de collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant, comme son nom l'indique. Lorsque l'ergothérapeute utilise ce modèle de service, il permet à l'enseignant de faire part de ses observations quant aux difficultés de ses élèves, ce qui permet à l'enseignant et à l'ergothérapeute de mettre en lumière les difficultés du groupe sur lesquelles travailler. Cependant, ce ne sont pas que les enfants ayant des besoins particuliers qui bénéficient des interventions réalisées par l'enseignant : tous les élèves de la classe en retirent quelque chose (Campbell, Missiuna, Rivard et Pollock, 2012). La consultation collaborative est

donc davantage une approche de groupe qu'une approche individuelle, en ce sens qu'elle permet de répondre aux besoins de plusieurs personnes plutôt qu'une seule à la fois. Différents auteurs se sont intéressés aux effets de l'approche de groupe, dont Camden, Tétreault et Swaine (2012) et Hung et Pang (2010).

L'étude qualitative descriptive de Camden et coll. (2012) visait à obtenir la perception des familles, des thérapeutes et des administrateurs quant à l'intervention de groupe réalisée dans un programme de réadaptation à l'enfance. Les participants ont fait ressortir quelques lacunes à l'approche de groupe :

- 1) ce type d'intervention peut être problématique lors de l'établissement des objectifs en raison des besoins variés ;
- 2) le processus de référence doit suivre certains critères de priorité sans toutefois négliger les différences individuelles de chaque enfant du groupe ;
- 3) l'organisation des services est à revoir selon les participants ;
- 4) l'intervention de groupe n'est pas toujours bénéfique lorsque le groupe est hétérogène ;
- 5) les thérapeutes ressentaient le besoin d'avoir du support pour répondre aux besoins de chaque enfant du groupe ;
- 6) les administrateurs du programme désiraient avoir un soutien pour la préparation et la gestion du groupe.

Toutefois, des bénéfices à l'approche de groupe ont été soulevés par les participants :

- 1) le fait d'être en groupe permet aux enfants de briser l'isolement et influence positivement leur motivation à participer à la thérapie ;
- 2) le groupe permet de répondre à un plus grand nombre d'enfants à la fois et d'améliorer l'accessibilité au service ;
- 3) le groupe permet aux parents et aux enfants d'observer les autres participants du groupe, ce qui favorise les échanges et les apprentissages des participants ;
- 4) ce type d'intervention permet d'utiliser plusieurs modalités pour répondre au plus grand nombre de besoins ;

- 5) l'intervention de groupe crée des opportunités de pratique et facilite l'atteinte d'objectifs en lien avec la participation sociale des enfants ;
- 6) les enfants s'étaient améliorés et s'engageaient davantage dans de nouvelles tâches, augmentant ainsi leur sentiment d'efficacité personnelle.

Ces bénéfices sont similaires à ceux soulevés dans l'étude de Hung et Pang (2010), un essai clinique randomisé qui visait à établir les différences dans les résultats obtenus à la suite d'un entraînement auprès d'enfants présentant un trouble d'acquisition de la coordination. L'entraînement a été offert en groupe ou en individuel. Il a été observé que l'intervention en groupe favorisait les interactions entre les enfants et que les enfants étaient davantage motivés puisqu'ils désiraient performer devant les autres participants du groupe. De fait, leur sentiment de compétence s'est amélioré. Toutefois, aucune différence significative n'a été observée dans la satisfaction des parents ni dans l'observance au traitement à la maison. Ces résultats montrent alors l'efficacité de l'approche de groupe sur la participation des enfants et l'atteinte de leurs objectifs fixés.

D'autres auteurs se sont intéressés aux effets de la consultation collaborative plus précisément. Plusieurs ont soulevé que la relation de collaboration établie suscitait une satisfaction importante chez leurs participants (Bayona et coll., 2006; Reid, Chiu, Sinclair, Wehrmaan et Naseer, 2006; Sayers, 2008). D'ailleurs, certains auteurs supportent l'idée d'un lien de corrélation entre la satisfaction des enseignants et les améliorations perçues chez leurs élèves (Barnes et Turner, 2001; Bose et Hinojosa, 2008; Shasby et Schneck, 2011; Villeneuve, 2009; Wehrmann, Chiu, Reid et Sinclair, 2006). En effet, ils rapportent que les enseignants ont observé une meilleure performance scolaire et le développement de nouvelles stratégies de résolution de problèmes chez leurs élèves à la suite de l'intervention. Wehrmann, Chiu, Reid et Sinclair (2006) précisent que la consultation collaborative permet une évaluation et une intervention précoce non seulement auprès des élèves ayant des besoins particuliers, mais auprès de toute la classe. De fait, la consultation collaborative peut être considérée comme un modèle de service davantage préventif que curatif.

D'autres auteurs précisent que cette-dite relation de collaboration favorise le partage de connaissances entre l'ergothérapeute et l'enseignant (Bose et Hinojosa, 2008; Hutton, 2009; Missiuna et coll., 2012; Shasby et Schneck, 2011). De fait, ce partage permet à l'enseignant d'acquérir de nouvelles connaissances quant au développement des enfants et de mieux intervenir auprès de ceux ayant des besoins particuliers grâce à leurs nouvelles habiletés (Bose et Hinojosa, 2008; Missiuna et coll., 2012; Reid et coll., 2006).

Des auteurs ont fait le lien entre la collaboration ergothérapeute-enseignant et l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle des enseignants (Baker, 2005; Gaudreau, Royer, Beaumont et Frenette, 2012; Ross et Bruce, 2007). Ils rapportent que les enseignants ayant participé à la consultation collaborative avaient davantage confiance en leurs compétences à intervenir auprès des élèves ayant des besoins particuliers, ce qui les amenait à être plus proactifs dans l'identification et la mise en application de stratégies d'intervention. Cette idée est également soutenue par Missiuna et coll. (2012), Sayers (2008) et Villeneuve (2009).

Cependant, pour que la consultation collaborative soit efficace, certaines conditions ont été identifiées comme préalables. En effet, l'ergothérapeute et l'enseignant doivent disposer de suffisamment de temps pour les échanges et l'utilisation des ressources (Huang, Peyton, Hoffman et Pascua, 2011; Kennedy et Stewart, 2012; Missiuna et coll., 2012; Prigg, 2002; Shasby et Schneck, 2011; Villeneuve, 2009). Également, le milieu doit disposer d'un certain budget permettant le financement de l'intervention et l'achat de matériel adapté au besoin (Wehrmann et coll., 2006).

Des conditions ont aussi été identifiées pour assurer le partage de connaissances. En effet, les auteurs ont soulevé le fait que l'ergothérapeute doit posséder certaines compétences, notamment celle de communiquer efficacement (Wehrmann et coll., 2006). Ainsi, l'ergothérapeute qui sait communiquer efficacement assure un partage de connaissances réussi. Cependant, ce partage de connaissances n'arrive que lorsque l'ergothérapeute et l'enseignant ont établi une relation de collaboration. À cet effet, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que cette relation de collaboration s'établit lorsque l'ergothérapeute et les enseignants adoptent une

attitude favorable à cette relation : les deux parties doivent présenter une ouverture, l'une envers l'autre, pour que le partenariat se crée (Bayona et coll., 2006; Bose et Hinojosa, 2008; Shasby et Schneck, 2011). De fait, il importe que l'ergothérapeute ne se considère pas comme l'unique expert, chacune des deux parties pouvant contribuer au bien-être des enfants du groupe (Bose et Hinojosa, 2008; Kennedy et Stewart, 2012; Rens et Joosten, 2014). Bien que cette condition préalable soit exprimée par les différents auteurs, une lecture attentive de toutes ces données probantes a permis de constater que, dans les faits, l'ergothérapeute était considéré comme l'unique expert. Autrement dit, l'ergothérapeute offrait ses recommandations à l'enseignant pour pallier aux difficultés observées sans toujours collaborer avec lui pour l'identification de stratégies d'intervention.

Considérant les nombreux avantages de la consultation collaborative, le fait que l'ergothérapeute soit l'unique expert lors des interventions amène la profession à se questionner quant aux alternatives possibles. Se basant sur les principes fondamentaux de l'ergothérapie et sur l'importance d'un partenariat réel, l'accompagnement semble être une alternative intéressante à explorer.

2.2.3. L'accompagnement en ergothérapie

Accompagner son client désigne le fait de le guider (« Accompagnement », s. d.). Lorsqu'un ergothérapeute agit à titre d'accompagnateur, c'est pour établir et maintenir « un partenariat continu conçu pour aider les clients à produire des résultats satisfaisants dans leurs vies personnelle et professionnelle afin d'améliorer leur rendement et de rehausser leur qualité de vie » (International Coach Federation, 2006, cité dans Townsend et coll., 2013, p.141). Ce partenariat, hautement valorisé par l'ergothérapeute, s'inscrit dans un processus dynamique et réciproque d'interactions et d'apprentissages. Il favorise une prise de décision libre et éclairée chez le client et son entourage, ce qui assure son engagement maximal et le succès des interventions (Université de Montréal, 2014).

Tout comme la consultation collaborative, l'accompagnement est utilisé dans le milieu scolaire, où l'intervention est offerte à l'enseignant et en classe. Cette intervention découle des

besoins de l'enseignant, qui sont attribuables aux difficultés observées chez ses élèves. Cependant, contrairement à la consultation collaborative, l'ergothérapeute n'est pas considéré comme l'expert dans ce modèle de service puisqu'il a pour objectif principal d'orienter, de responsabiliser et de guider l'enseignant dans le dépistage et l'intervention auprès des élèves de son groupe (Townsend et coll., 2013). En ce sens, l'ergothérapeute n'offre pas de recommandations à l'enseignant, il lui laisse l'opportunité de trouver lui-même ses stratégies. Avant de présenter plus particulièrement l'accompagnement, il importe de faire une synthèse des différents modèles de service en ergothérapie. Le Tableau 1, présenté ci-dessous, offre cette synthèse.

Tableau 1.
Synthèse des différents modèles de service utilisés en ergothérapie

Modèles de service	Client	Milieu d'intervention	Posture de l'ergothérapeute	Particularités
Intervention directe	Enfant	Établissement de santé	Expert	Les interventions sont réalisées par l'ergothérapeute.
Consultation	Enfant	Établissement de santé/école	Expert	Les interventions sont réalisées par l'ergothérapeute ou l'enseignant.
Consultation collaborative	Enseignant	École	Expert	Collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant pour la réalisation des interventions.
Accompagnement	Enseignant	École	Guide	Les interventions sont réalisées par l'enseignant.

Peu d'études ont porté sur ce modèle de service malgré l'intérêt grandissant de la communauté scientifique. Toutefois, l'étude de Durand (2015) a permis de documenter les effets d'un dispositif de formation-accompagnement sur le sentiment de compétence d'enseignants du préscolaire, provenant d'une commission scolaire québécoise, quant à la prévention et à l'intervention auprès de leurs élèves en lien avec l'acquisition des habiletés motrices. Cette étude, de type quasi-expérimental avec groupe témoin, a permis de décrire les perceptions de 15 enseignants quant à leur sentiment d'efficacité personnelle à la suite du dispositif de formation-accompagnement. L'intervention s'est déroulée ainsi : les enseignants ont d'abord reçu un atelier de formation en groupe, d'une durée de 150 minutes, en lien avec l'acquisition des habiletés

motrices préscolaires, après quoi ils ont reçu trois rencontres individuelles d'accompagnement en classe, à raison d'une fois par mois. Ces rencontres d'accompagnement, d'une durée approximative d'une heure chacune, visaient à guider les enseignants dans leur démarche de mise en œuvre des connaissances et des stratégies nouvelles afin de favoriser l'acquisition d'habiletés motrices préscolaires chez leurs élèves. Plusieurs outils ont été utilisés pour documenter les perceptions des enseignants : le questionnaire de la clinique multidisciplinaire en santé de l'UQTR (CMS), l'échelle d'autoefficacité de l'enseignant et l'entrevue individuelle semi-structurée.

Les résultats préliminaires obtenus dans cette étude ont montré que les enseignants avaient acquis de nouvelles connaissances quant à l'acquisition des habiletés motrices et avaient développé leurs compétences à identifier les élèves à risque. De plus, selon les enseignants, ils étaient meilleurs pour mettre en place des stratégies d'intervention, et ce, grâce à la relation de collaboration établie entre l'ergothérapeute et les enseignants qui a permis un réel partage de connaissances. Les enseignants se sentaient plus outillés pour prévenir et intervenir auprès de leurs élèves. Les participants à l'étude ont toutefois soulevé l'importance des compétences de l'ergothérapeute dans ce partage de connaissances et du temps pour les observations auprès des élèves, les échanges avec l'ergothérapeute et l'utilisation des autres ressources professionnelles. Finalement, selon les enseignants ayant participé à l'étude, la formation universitaire en enseignement n'est pas suffisante pour les outiller quant à l'identification précoce d'élèves présentant un délai dans l'acquisition d'habiletés motrices et à la mise en place de stratégies pour pallier à ce délai. De fait, cela est cohérent avec le manque possible de formation spécialisée quant à la prévention de différentes problématiques décrit précédemment.

Comme l'ergothérapeute possède un large éventail de connaissances quant au développement de l'enfant et est formé à l'accompagnement de ses clients, il est considéré comme un accompagnateur de choix (Durand, 2015; OEQ, 2012). C'est dans cette optique qu'un CPE de la région, qui intègre des enfants ayant des besoins particuliers, a approché la CMS de l'UQTR afin de recevoir des services en ergothérapie et pouvoir mieux répondre aux besoins de certains enfants. Plus précisément, le CPE désirait recevoir de la formation quant au

développement de l'enfant. Or, les données probantes montrent qu'une formation à elle seule n'est pas efficace : pour favoriser les apprentissages, la formation doit être complétée par la pratique (Arpin et Capra, 2008; Gaudreau, 2013; Lafortune, 2008). Ce faisant, les services en ergothérapie offerts par la CMS de l'UQTR comprennent une formation, mais également des rencontres d'accompagnement.

De fait, depuis maintenant plus d'un an, des stagiaires du baccalauréat et de la maîtrise en ergothérapie¹ (ci-après nommés « stagiaires ») de l'UQTR offrent de l'accompagnement (ci-après nommé « programme ») à ce CPE. La philosophie de ce programme le distingue de l'intervention directe, de la consultation et de la consultation collaborative : les stagiaires ne sont pas considérés comme les experts prodiguant les interventions, mais plutôt comme des accompagnateurs lorsque l'éducateur identifie et met en application des stratégies d'intervention au sein de son groupe. Le CPE s'est chargé de cibler les groupes dont les besoins pour lesquels il jugeait que l'accompagnement serait bénéfique. L'accompagnement a débuté par trois ateliers de formation, d'environ 180 minutes chacun, offerts aux éducateurs des groupes ciblés pour s'assurer qu'ils aient les connaissances de base quant au développement de l'enfant (autonomie et préalables scolaires) et au développement du jeu actif. Ces ateliers de formation visaient également à faciliter le dépistage, par les éducateurs, de différentes problématiques pouvant occasionner des besoins particuliers chez certains des enfants de leur groupe. Puis, six rencontres d'accompagnement ont été offertes aux éducateurs pour échanger quant aux difficultés observées par les éducateurs dans leur groupe respectif, cibler les besoins des éducateurs et les guider quant aux stratégies d'intervention à mettre en place pour répondre à leurs besoins. À ce jour, les effets de cet accompagnement ne sont pas connus ce qui mène à la question de recherche.

2.3. Question de recherche

Est-ce que l'accompagnement permet une habilitation à l'occupation efficace des éducateurs d'un CPE intégrant des enfants ayant des besoins particuliers selon les perceptions des acteurs impliqués dans cette démarche ?

¹ La sélection des stagiaires se fait à la pige pour offrir la chance à tous les étudiants de vivre l'accompagnement.

3. CADRE CONCEPTUEL

Afin de bien répondre à la question de recherche, il importe de définir le cadre conceptuel et les autres concepts utilisés dans l'étude. De fait, cette section propose une définition de l'habilitation, une présentation du modèle conceptuel utilisé lors de l'étude et du continuum de l'habilitation. Aussi, l'approche patient-partenaire est présentée puisqu'elle servira à agrémenter la discussion des résultats préliminaires obtenus dans cette étude. Finalement, l'objectif visé par l'étude est exposé.

3.1. La définition de l'habilitation

L'habilitation est la compétence fondamentale exercée dans la pratique centrée sur le client et un fondement quant à la réappropriation du pouvoir d'action du client ainsi que de la mise en œuvre de la justice; l'habilitation est la forme d'aide la plus judicieuse lorsqu'il s'agit du rendement occupationnel (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2002, p.206).

L'habilitation est sous-tendue par différents fondements (Townsend et coll., 2013). L'ergothérapeute qui habilite son client valorise son engagement optimal et maximal dans des occupations significatives tout en défendant et en reconnaissant son droit légitime de faire des choix qui comportent des risques potentiels. De plus, en établissant une relation de collaboration avec le client, l'ergothérapeute l'amène à se questionner quant à son engagement occupationnel et à devenir un agent de changement actif sur les plans individuel et sociétal.

Cette habilitation varie sur un continuum qui est bien représenté par le Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client (MCHCC) de Townsend et coll. (2013).

3.2. Le Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client

Avant d'aborder les principales caractéristiques du MCHCC, il importe de présenter son illustration, qui pourra servir d'appui visuel, au besoin, et faciliter la compréhension des explications relatives aux différentes caractéristiques du modèle. Cette illustration est représentée ci-dessous par la Figure 2 (Townsend, Whiteford, Polatajko, Craik, et Hocking, 2008). Les droits d'autorisation à utiliser cette figure ont été obtenus le 24 mai 2016 par l'ACE (voir annexe A).

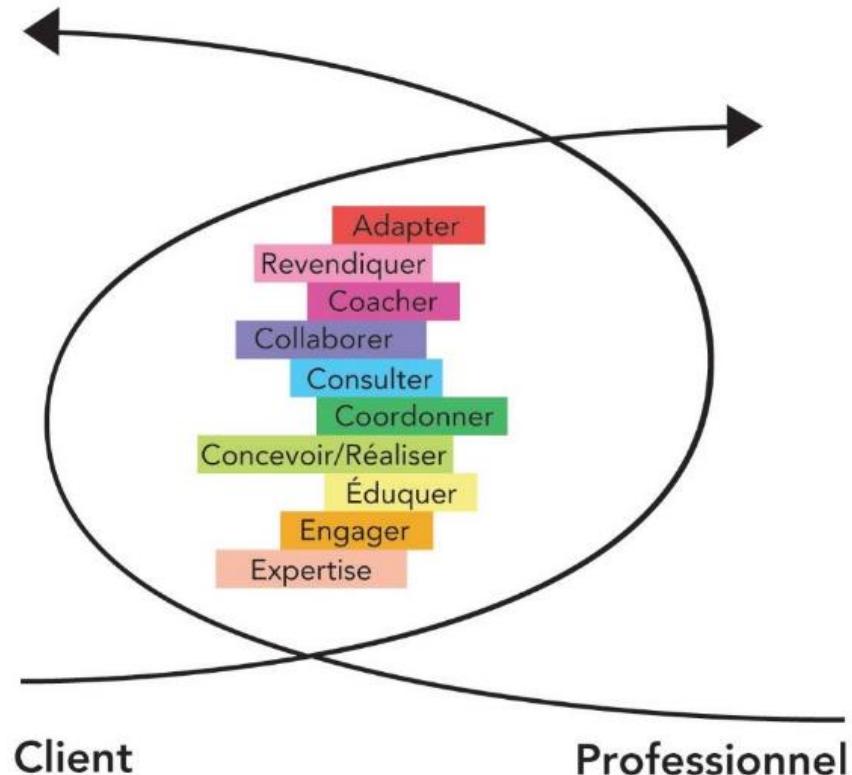


Figure 2. Le Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client

L'une des principales caractéristiques du MCHCC correspond aux dix habiletés clés, aussi appelées compétences, présentées au cœur du modèle. En effet, le MCHCC propose à l'ergothérapeute dix habiletés clés qu'il peut mettre en œuvre tout au long de son intervention avec le client. Ces habiletés clés, favorisant l'engagement actif du client dans ses occupations, sont au cœur du modèle puisque l'habilitation du client en dépend grandement. Elles sont définies comme suit :

- adapter : lorsque l'ergothérapeute rend une situation appropriée aux habiletés du client, à partir de l'analyse de l'activité et de cette situation propre à celui-ci, en modifiant ou en ajustant l'occupation en fonction de ses besoins ;

- revendiquer : lorsque l'ergothérapeute revendique pour les besoins du client et propose des solutions nouvelles pour promouvoir son engagement occupationnel. Pour y parvenir, l'ergothérapeute doit minimiser les obstacles et les limites pouvant nuire au client. La revendication peut se faire au niveau des politiques, auprès de décideurs administratifs, de la famille et du client lui-même ;
- coacher : lorsqu'un partenariat constant s'établit et se maintient entre l'ergothérapeute et le client afin que ce dernier puisse atteindre ses objectifs personnels et professionnels, améliorer sa productivité et rehausser sa qualité de vie ;
- collaborer : lorsqu'il y a un partage de pouvoir, entre l'ergothérapeute et le client, afin de travailler les défis reliés à l'occupation. Il y a donc une mise à contribution des forces et des talents de chacun pour que les effets positifs de ce travail d'équipe soient maximisés ;
- consulter : lorsque l'ergothérapeute offre un conseil ou une recommandation. En ce sens, l'ergothérapeute se fie à son raisonnement clinique afin d'analyser les défis occupationnels et les besoins du client, en vue de proposer des idées et d'échanger avec lui ;
- coordonner : lorsque l'ergothérapeute est appelé à coordonner des personnes, des services, des ressources ou encore des organismes ;
- concevoir et réaliser : lorsque l'ergothérapeute est appelé à concevoir ou à réaliser des produits et des équipements, par exemple des orthèses ou des aides techniques. Dans certains cas, cela peut même signifier élaborer ou mettre en œuvre un programme, une technologie ou encore un service ;
- éduquer : lorsque l'ergothérapeute utilise différentes méthodes pour enseigner des éléments au client et favoriser ses apprentissages par l'expérience. Le partage de connaissances et le processus d'apprentissage permettent à l'ergothérapeute d'offrir de nouvelles opportunités occupationnelles ;
- engager : lorsque l'ergothérapeute favorise la mise en action du client. Plus le client se sent compétent, plus il tend à s'engager dans ses occupations ;
- exercer l'expertise, mettre à profit son expertise : lorsque l'ergothérapeute met à profit ses connaissances, pour optimiser l'engagement occupationnel du client, et met en action des modalités spécifiques qui sont propres à son champ de compétences.

3.3. Le continuum de l'habilitation

« Les ergothérapeutes tentent continuellement d'équilibrer les soutiens et les limites afin de mettre en œuvre la meilleure pratique et d'obtenir les meilleurs résultats possibles » (Townsend et coll., 2013, p.153). Or, l'habilitation se fait sur un continuum allant de l'habilitation inefficace à l'habilitation efficace. Cette habilitation dépend de la réalité subjective du client et de ses besoins, mais également du contexte de pratique et des choix de l'ergothérapeute. Ainsi, le degré d'efficacité de l'habilitation n'est pas le même pour tous les clients; l'habilitation peut être manquée ou minimale en raison des ressources limitées à certains moments, et à d'autres, elle peut être efficace. Il importe donc que l'ergothérapeute mette en place les meilleures habiletés clés pour y arriver. D'ailleurs, désireux d'offrir un service de qualité, il doit porter un regard critique quant à sa façon d'habiliter son client pour modifier l'habilitation inefficace en habilitation efficace.

L'habilitation efficace résulte d'un processus mutuel et valorisé par l'ergothérapeute et le client, basé sur la médiation des valeurs et des croyances et sur l'ouverture de ces deux acteurs. L'un des éléments principaux de cette habilitation consiste à « modeler un contexte de pratique qui offre un soutien à l'habilitation centrée sur l'occupation » (Townsend et coll., 2013, p.155). Cette habilitation permet au client de saisir de nouvelles opportunités occupationnelles grâce à un partage de connaissances et de responsabilités. L'ergothérapeute, de par ses habiletés clés, offre au client un équilibre entre les risques et les nouveaux défis à relever tout en portant attention aux injustices.

Bien que l'habilitation du client varie selon la façon dont l'ergothérapeute utilise les différentes habiletés clés, un autre aspect important l'influence. En effet, pour que l'habilitation soit efficace, un partenariat entre l'ergothérapeute et son client doit s'établir. Ce partenariat, représenté par les deux lignes courbes, circonscrit l'intervention de l'ergothérapeute. Comme pour chaque relation, le partenariat établi entre l'ergothérapeute et son client a un début et une fin, qui sont représentés par les deux points d'intersection de ces lignes courbes : il débute au bas (premier point d'intersection) et se termine au point d'intersection du haut. De fait, le MCHCC

représente bien la relation ergothérapeute-client et l'éventail des compétences qu'il peut utiliser pour habiliter son client.

Dans l'accompagnement plus particulièrement, les interventions sont réalisées selon une combinaison de quatre habiletés clés : coacher, collaborer, éduquer et engager. Cette combinaison d'habiletés clés a été choisie puisqu'elle offre, aux éducateurs du CPE, un partage de connaissances qui favorise leur engagement dans leur travail d'éducateur. En ce sens, cette combinaison d'habiletés clés fait de l'accompagnement un modèle de service permettant de répondre aux besoins du CPE tout en s'adaptant à son contexte.

De par ses caractéristiques, l'accompagnement ressemble énormément à l'approche patient-partenaire, une façon d'intervenir qui tend à prendre davantage de place au sein du système de santé québécois (Université de Montréal, 2014). Une brève description de l'approche patient-partenaire s'avère nécessaire pour pouvoir en faire une réelle comparaison avec l'accompagnement.

3.4. L'approche patient-partenaire

L'approche patient-partenaire permet de redonner au client du pouvoir et de le considérer comme un membre de l'équipe à part entière, comme un partenaire, ce qui la distingue du paternalisme médical longtemps considéré comme le modèle d'intervention de choix dans le domaine de la santé.

Le patient partage ses savoirs expérientiels [compétence, différente de celle des intervenants, en partie liée à leur expérience personnelle de la maladie et à ce qu'on pourrait appeler leur instinct de survie] avec les savoirs de l'équipe de soins. Il devient ainsi un membre à part entière de l'équipe clinique, où les soins ne sont plus centrés *sur* lui, mais dispensés *avec* lui, *pour* lui et éventuellement *par* lui (Karazivan et coll., 2010).

Cette approche intéresse davantage les professionnels de la santé puisqu'elle permet un partage de connaissances et d'expériences entre tous les membres de l'équipe, y compris le

patient. Elle a fait l'objet de quelques études déjà, dont les résultats-clés sont synthétisés ci-dessous.

La caractéristique principale de cette approche est que l'intervenant n'est pas considéré comme l'unique expert dans sa relation avec le client. Comme le décrivent Karazivan et coll. (2010), l'approche patient-partenaire permet au professionnel de la santé, par exemple l'ergothérapeute, et au client d'établir un partenariat dans lequel les savoirs et les expériences sont partagés. C'est donc dire que, grâce à l'approche patient-partenaire, l'intervenant reconnaît la valeur et la contribution du client dans son processus de soins et dans l'atteinte de ses objectifs grâce à ses savoirs expérientiels.

Selon certains auteurs, les clients « partenaires » s'impliquent davantage dans leur processus de soins, ce qui augmente leur adhésion à la thérapie (Hibbard et Greene, 2013; Légaré et Witteman, 2013; Tinsel et coll., 2012). Ces auteurs rapportent également que les clients « partenaires » s'engagent dans un processus d'autogestion de leur maladie et modifient leurs comportements, c'est-à-dire qu'ils adoptent davantage de comportements préventifs que les autres clients. En ce sens, lorsque le client est considéré comme un « partenaire », l'intervenant favorise de façon importante l'efficacité des interventions.

Finalement, il a été observé que l'approche patient-partenaire permet une plus grande satisfaction des patients comparativement à d'autres types d'intervention (Hibbard et Greene, 2013; Jayadevappa et Chhatre, 2011; King et Moulton, 2013; Krizaj et Hurst, 2012). De fait, considérée comme une approche efficace, plusieurs grandes instances ont décidé de mettre en place l'approche patient-partenaire (Self management UK, 2016; Université de Montréal, s. d.; Government of Western Australia, s. d.).

Le Tableau 2 présente les similitudes entre l'accompagnement et l'approche patient-partenaire. Afin de simplifier la compréhension, les exemples donnés pour l'approche patient-partenaire concernent l'ergothérapeute.

Tableau 2.
Similitudes entre l'accompagnement et l'approche patient-partenaire

Thèmes	Accompagnement	Approche patient-partenaire
Partenariat	L'accompagnement est considéré comme un partenariat entre le milieu et l'ergothérapeute (Townsend et coll., 2013).	L'approche patient-partenaire est définie comme un partenariat entre le patient et l'ergothérapeute (Université de Montréal, 2014).
Posture de l'ergothérapeute	L'ergothérapeute est considéré comme un guide (Townsend et coll., 2013).	L'ergothérapeute est considéré comme un partenaire (Tonga, Düger et Karatas, 2016).
Partage de connaissances	L'accompagnement permet un partage de connaissances entre le milieu et l'ergothérapeute (Durand, 2015).	L'approche patient-partenaire permet un partage de savoirs entre le patient et l'ergothérapeute (Karazivan et coll., 2010).
Autonomie du client	L'accompagnement permet au milieu de développer une autonomie – le milieu est davantage proactif dans la recherche de solutions et dans la mise en place de stratégies, ce qui favorise un changement de pratique dans le milieu (Durand, 2015).	L'approche patient-partenaire permet au patient de développer une autogestion de sa maladie (Hibbard et Greene, 2013; Légaré et Witteman, 2013; Tinsel et coll., 2012). L'approche patient-partenaire permet une meilleure adhésion du patient à la thérapie (Hibbard et Greene, 2013; Légaré et Witteman, 2013; Tinsel et coll., 2012).
Satisfaction du client	L'accompagnement amène une satisfaction chez les clients (Durand, 2015).	L'approche patient-partenaire permet une plus grande satisfaction des patients comparativement à d'autres types d'intervention (Hibbard et Greene, 2013; Jayadevappa et Chhatre, 2011; King et Moulton, 2013; Krizaj et Hurst, 2012).

3.5. Objectifs de l'étude

Considérant les similitudes entre l'accompagnement et l'approche patient-partenaire, l'étude vise à connaître la satisfaction des acteurs impliqués quant au programme d'accompagnement. D'autant plus, elle vise à répondre à la question de recherche posée dans l'étude dans le but de décrire l'efficacité de l'accompagnement offert au CPE selon les perceptions de ces acteurs.

4. MÉTHODES

Cette section présente les méthodes utilisées pour parvenir à répondre à la question de recherche et atteindre l'objectif visé par l'étude.

4.1. Devis

Un devis qualitatif de type descriptif interprétatif a été utilisé dans cette étude puisqu'il permet de recueillir des informations quant à l'accompagnement et d'en comprendre sa signification (Gallagher, 2014). En ce sens, ce devis a permis de faciliter la compréhension de la situation des participants de l'étude et de leur vision quant à leur réalité en lien avec l'accompagnement offert au CPE. Comme peu d'informations sont disponibles à ce sujet, l'utilisation de ce devis qualitatif de type descriptif interprétatif était justifiée pour en obtenir davantage.

4.2. Participants

Comme cette étude s'inscrit dans une amorce de l'évaluation du programme, il importait de varier les sources d'information. Ainsi, une représentation de tous les acteurs impliqués dans cet accompagnement, soit les éducateurs du CPE ayant reçu l'accompagnement et les stagiaires l'ayant offert, était souhaitée. La directrice du CPE était également sollicitée pour participer au projet, afin de documenter ses perceptions quant au service, considérant qu'elle désirait l'implanter dans son milieu. La sélection des participants a été réalisée selon des critères bien précis. Les participants devaient : 1) travailler au CPE ciblé par cette étude à titre de directrice ou d'éducateur et avoir reçu l'accompagnement (éducateurs seulement) ou encore 2) être ou avoir été stagiaire en ergothérapie à la CMS de l'UQTR et avoir offert l'accompagnement au CPE et 3) être en mesure de comprendre et de s'exprimer en français.

Le nombre de participants attendu était de quatre à sept compte tenu de la taille limitée de la population d'échantillonnage et le caractère exploratoire de cette étude. Quoique la saturation ne soit pas un préalable réaliste en raison du nombre de participants, elle était tout de même souhaitée.

4.2.1. Recrutement des participants

Le recrutement des participants s'est déroulé durant les mois de mars et avril 2016. L'étude a d'abord été présentée par madame Noémi Cantin, directrice d'essai, à la directrice du CPE. La directrice du CPE s'est alors chargée de présenter l'étude aux éducateurs ayant reçu l'accompagnement et a procédé à la sélection de ceux intéressés à participer à cette étude. Quant aux stagiaires, elles ont été contactées par la chercheuse responsable, à l'aide d'un message envoyé à leur adresse courriel, qui a procédé à leur sélection par la suite. Compte tenu du petit échantillon attendu, toutes les personnes ayant accepté de participer à cette étude et répondant aux critères d'inclusion ont été sélectionnées.

4.3. Collecte des données

4.3.1. Concepts mesurés

Cette étude vise à connaître la satisfaction de tous les acteurs impliqués dans le programme d'accompagnement et à décrire leurs perceptions quant à l'efficacité de l'habilitation à l'occupation des éducateurs. L'habilitation à l'occupation efficace est définie comme étant le résultat d'un processus mutuel et valorisé par l'ergothérapeute et le client, basé sur la médiation des valeurs et croyances et sur l'ouverture de ces deux acteurs et qui permet au client de saisir de nouvelles opportunités occupationnelles grâce à un partage de connaissances et de responsabilités (Townsend et coll., 2013). D'ailleurs, il importe de préciser que l'occupation ciblée dans cette étude réfère au travail de l'éducateur. La satisfaction quant à l'accompagnement mesurée dans l'étude correspond à un sentiment positif qui provient de l'accomplissement d'un souhait (« Satisfaction », s. d.).

4.3.2. Déroulement de l'étude

Une entrevue individuelle semi-structurée a été réalisée, par la chercheuse responsable, auprès des participants afin d'obtenir leurs perceptions quant à l'accompagnement offert au CPE. L'entrevue, élaborée par la chercheuse responsable, comportait quatre questions ouvertes visant à amorcer la discussion et à laisser la liberté de répondre aux participants (voir annexe B). En ce sens, compte tenu de l'aspect semi-structuré de l'entrevue, il était possible pour les participants

de faire part de leurs commentaires quant aux éléments abordés durant l'entrevue en tout temps. Ils pouvaient également ajouter un complément d'information si certains sujets, qu'ils jugeaient pertinents, n'avaient pas été abordés. Pour mesurer la satisfaction des participants, une échelle de 1 (pas du tout satisfaisant) à 10 (très satisfaisant) a été utilisée.

En moyenne, 30 minutes ont été nécessaires pour réaliser l'entrevue qui s'est déroulée au CPE ou par téléphone selon les préférences et la disponibilité des participants. Les données recueillies aux entrevues ont été enregistrées à l'aide d'un enregistreur audionumérique et le verbatim a été retranscrit par la chercheuse responsable.

Une brève discussion avec les participants, à la suite des entrevues, a permis de recueillir des informations sociodémographiques, notamment leur âge, leur formation, le nombre d'années d'expérience en CPE et le nombre d'années d'expérience auprès d'enfants ayant des besoins particuliers. Ces informations sociodémographiques ont été recueillies afin de dresser un portrait général des acteurs impliqués dans l'accompagnement offert au CPE.

4.4. Analyse des données

L'analyse de contenu a été choisie pour analyser les données, car elle permet de saisir le sens des informations recueillies lors de la collecte des données (Gallagher, 2014). Afin de faire ressortir les thèmes principaux et les informations pertinentes, la méthode d'analyse proposée par Miles et Huberman (2003) a été utilisée. Cette méthode d'analyse a été choisie, étant donné qu'elle permet de repérer et de regrouper les différents thèmes relatifs à l'accompagnement et d'en établir les liens. Plus encore, compte tenu qu'il s'agit de la méthode d'analyse la plus utilisée dans le domaine de la santé, cette méthode est justifiée.

Cette méthode d'analyse se divise en trois étapes : 1) la condensation des données à l'aide d'une grille d'analyse composée de thèmes issus du cadre conceptuel ou de tout autre thème s'y rapportant (cette étape se fait en deux phases : la première consiste à faire ressortir les principaux thèmes, et la deuxième, à faire des liens entre ces thèmes); 2) la présentation des données, en

tableau, afin d'offrir un regard global des données recueillies; 3) l'élaboration et la vérification des conclusions.

4.5. Position de la chercheuse responsable

En tant que future ergothérapeute désirant travailler dans une approche populationnelle et en accompagnement, la chercheuse responsable se sentait concernée par le sujet de l'étude qui lui tient grandement à cœur. Cependant, afin d'assurer une distanciation quant à la position adoptée par les différents participants à l'étude, la chercheuse responsable a discuté du contenu des entrevues avec sa directrice d'essai. De fait, une triangulation des données a été réalisée, ce qui a permis d'assurer la neutralité de la chercheuse dans son interprétation du contenu des entrevues.

4.6. Considérations éthiques

La participation à cette étude était volontaire et le consentement verbal libre, continu et éclairé des participants a été obtenu avant de débuter les entrevues. Les participants ont été informés que les données présentées dans cet essai ne permettent pas de les identifier. Cette étude ne nécessitait aucun certificat d'éthique émis par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CEREH) de l'Université du Québec à Trois-Rivières compte tenu qu'il s'agit d'une évaluation de programme au sens de l'Énoncé politique des trois conseils – EPTC2 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humaines, article 2.5.

5. RÉSULTATS

Les résultats préliminaires obtenus lors de l'étude sont divisés en deux catégories : les résultats décrivant les participants de l'étude et les résultats qualitatifs provenant des entrevues. Des extraits du verbatim accompagnent les résultats qualitatifs pour permettre une meilleure compréhension et appuyer l'analyse tirée de ces résultats. Toutefois, dans un but de respecter la confidentialité des participants, aucune association entre les extraits du verbatim présentés et les participants ne peut être faite.

5.1. La description des participants

Cinq personnes ont pris part à l'étude, soit la directrice du CPE, deux éducatrices ainsi que deux stagiaires ($n = 5$). L'ensemble des participants était de genre féminin. Elles étaient âgées entre 25 et 52 ans, la moyenne d'âge étant de 40,2 ans. Deux participantes détiennent une maîtrise en ergothérapie ($n = 2$), deux autres détiennent un baccalauréat en éducation préscolaire et en enseignement primaire ($n = 2$) et la dernière participante détient un baccalauréat en administration ($n = 1$). Le nombre d'années d'expérience en CPE se situe entre zéro et 29 ans, la moyenne se situant à 14,8 ans, et le nombre d'années d'expérience auprès d'enfants ayant des besoins particuliers varie entre un peu moins d'un an et 16 ans, la moyenne approximative se situant à 7,5 ans. Le Tableau 3 présente les données descriptives des participantes.

Tableau 3.
Description des participantes

Participants	Sexe	Âge	Formations	Nombre d'années d'expérience en CPE	Nombre d'années d'expérience auprès d'enfants ayant des besoins particuliers
1	F	27	Maîtrise en ergothérapie	Aucune	1 an
2	F	50	Baccalauréat en éducation préscolaire et en enseignement primaire	29 ans	15 ans
3	F	52	Baccalauréat en éducation préscolaire et en enseignement primaire	29 ans	5 ans
4	F	47	Baccalauréat en administration - finances	16 ans	16 ans
5	F	25	Maîtrise en ergothérapie	Aucune	< 1 an

5.2. La présentation des résultats préliminaires obtenus aux entrevues

De façon générale, les participantes se disent satisfaites de l'accompagnement offert par la stagiaire : « y'étaient vraiment satisfaites, y'avaient vraiment aimé mes rencontres avec les enfants, avec eux, t'sais ça avait bien été, on avait des bonnes rencontres. » La moyenne obtenue se situant à 8,5/10 sur l'échelle de la satisfaction, le niveau de satisfaction des participantes varie de satisfaisant à très satisfaisant.

La satisfaction des participantes est attribuable, notamment, au fait que l'accompagnement est efficace pour pallier à certaines difficultés éprouvées par les enfants selon leurs perceptions : « on avait des enfants qui découpaient pas bien, pis juste à lui mettre une autre sorte de ciseaux dans les mains... ploup ploup ploup ploup, ça part à découper tu fais hhhhhhhh (intonation exclamative). » Elles précisent cependant que ce ne sont pas que les enfants qui en sont gagnants, mais bien tout le monde gravitant autour de ces derniers : « c'est un plus pour tout l'monde, c'est un plus pour l'enfant, c'est un plus pour l'éducatrice, c'est un plus par ricochet pour le parent. »

Les prochaines sections permettent de bien comprendre les perceptions des participantes au regard de l'accompagnement offert.

5.2.1. L'accompagnement comme un service de première ligne

Les participantes ont identifié l'accompagnement comme étant un service de première ligne, permettant de dépister les enfants ayant des besoins particuliers et d'intervenir le plus rapidement possible : « Y'a eu réponse à... y'a eu écoute, premièrement, y'a eu observation, y'a eu réponse à mes questions pis y'a eu une intervention aussi, y'a eu un agir, y'a eu des solutions, des moyens... » En effet, l'accompagnement offert vise surtout à outiller l'éducatrice dans le dépistage des difficultés éprouvées par certains enfants de son groupe. Ainsi, la stagiaire qui effectue des observations peut, par la suite, les mettre en commun avec les difficultés initialement observées par l'éducatrice. Des échanges s'ensuivent alors pour amener l'éducatrice à développer davantage son sens de l'observation et à identifier les stratégies d'intervention

possibles. L'accompagnement permet également à la stagiaire de soutenir l'éducatrice lors de la mise en application des stratégies.

Plus encore, la rapidité d'intervention est également perçue par les participantes au moment de référer les enfants lorsqu'ils nécessitent des services plus spécialisés : « ça fait la ligne conductrice pour arriver à quelque chose ou à un plan d'intervention ou à des... bin c'est plus rapide et pour moi c'est une source très importante. » Autrement dit, l'éducatrice est en mesure de recevoir un service externe plus facilement et plus rapidement lorsqu'elle reçoit de l'accompagnement selon les participantes.

Au-delà du fait que l'intervention soit rapide, ces deux extraits montrent également la relation de collaboration qui s'établit entre la CMS et le CPE.

5.2.2. L'accompagnement comme un partenariat entre la stagiaire et le milieu

Un élément important émerge du discours de toutes les participantes : l'accompagnement est défini comme un partenariat entre la stagiaire et le CPE. D'ailleurs, grâce à ce partenariat, les participantes ont mentionné avoir été en mesure d'échanger et de partager des connaissances, ce qui est bénéfique pour les deux parties :

bin j'pense que le partage de connaissances... j'te dirais qu'un des avantages c'est le partage de connaissances entre ergo et éducatrice, là quand t'es rendu à l'étape de plus faire du dépistage, bin les éducatrices connaissent super bien leur groupe. Fait que ça c'est un bel avantage dans l'ordre de travailler en collaboration là avec les éducatrices, parce que y'ont des connaissances que nous on n'a pas nécessairement.

En effet, chacune des deux parties est en mesure de reconnaître que ses connaissances étaient limitées pour certains aspects :

t'sais, on a certaines choses que... certaines connaissances, mais eux y'ont tout leur bagage d'éducatrice aussi, pis de connaître ces groupes d'âge-là depuis longtemps, pis... qu'est-ce qui est intéressant, t'sais notamment comme dans la formation, y'a des choses qu'on abordait pis des fois les éducatrices

reconnaissaient un enfant là-dedans, mais y disaient qui savaient juste pas comme... comment l'expliquer.

De fait, ce partage de connaissances a un effet positif pour l'éducatrice. En effet, les participantes ont mentionné que l'accompagnement permet de bien outiller l'éducatrice au moment de dépister et d'intégrer les enfants ayant des besoins particuliers, offrant ainsi un genre de formation continue : « c'est un outil qui nous aide à... dans notre approche envers les enfants (...) ça permet de s'améliorer tout l'temps hein. »

Plus encore, les éducatrices ont mentionné avoir retiré bien d'autres bénéfices grâce à ce partenariat. En effet, elles se sentent soutenues dans leurs interventions :

c'qui m'vent là c'est tout le soutien, t'sais... souvent on a des observations, pis moi j'me sers de ce privilège-là que j'te dirais qu'on a, de ce soutien-là, de la relation qu'on a avec eux-autres pour mettre des mots sur nos observations, pour faire le chemin entre mon observation, la direction pis un plan d'action.

Cette participante a également fait le lien entre ce soutien et le fait qu'elle se sent maintenant plus confiante en elle-même :

tandis que là bin t'sais quand on s'fait dire oui r'garde là c'est parfait pis tout ça, bin ça rend j'pense notre regard, notre approche encore plus... plus professionnelle (...) ça nous donne juste un peu plus de confiance en nous pis ça nous fait plus avancer.

Cette hausse de confiance en soi a alors permis à cette participante d'essayer de nouveaux moyens d'intervention et ainsi devenir plus autonome dans ses interventions auprès des enfants ayant des besoins particuliers :

pis ça nous a donné des moyens aussi, pis après ça tu peux huhhh... par ces moyens-là bin t'essaies d'autres... t'essaies différents outils qu'ils t'ont donné pis tu vois ça fait avancer là... C'est sûr qu'on a une petite autonomie de plus.

Ce discours est également soutenu par une autre éducatrice :

bin c'est sûr que moi, en ayant des moyens concrets, comme je disais tout à l'heure... j'peux initier des choses, j'peux essayer... essai-erreur, ça fonctionne très bien ça aussi... ça fait que j'pends des notes avec les années, pis ça fait que j'dois puiser ici et là des façons de faire qui améliore chaque fois... C'est ça le but visé. C'est qu'on soit capable d'être pas tout à fait indépendante mais qu'on soit autonome (...) fait que c'est sûr que de cette façon-là bin j'emmagasine des choses pis j'essaie... c'est un bagage de connaissances qui reste avec le temps, pis qu'on exploite toujours pis qu'on essaie de pousser un peu plus loin.

Ce sentiment d'autonomie a également été mentionné par l'une des stagiaires :

pis huhhh... aussi... t'sais vu que c'est un accompagnement, après ça, même si nous on est pu là, vu qu'on a accompagné les éducatrices, eux y sont là tout l'temps avec eux, pis huhhh... y vont avoir d'autres groupes aussi d'année en année, fait que les choses qu'on a discutées avec eux bin y peuvent le... le rapporter sur les groupes d'après aussi pis huhhh.. dans l'fond y sont tout l'temps dans l'milieu là...

De surcroît, cette dernière croit que ce sentiment d'autonomie est attribuable au partage du raisonnement clinique entre la stagiaire et l'éducatrice : « t'sais d'le voir plus comme la gradation pis le raisonnement pis aussi leurs perceptions, fait que... j'pense que ça fait en sorte que ça reste plus imprimé dans la mémoire. »

Non seulement ce partenariat permet un partage de connaissances entre la stagiaire et le milieu, les éducatrices sont maintenant en mesure de partager ces connaissances avec les parents des enfants de leur groupe avec qui elles sont aussi en interaction constante :

sur ce sujet-là... On a fait des capsules pour les parents où on donnait la même information, le but c'est qu'on travaille tout l'monde la même chose. Dans l'intervention individuelle [entre l'éducatrice et l'enfant], c'est ce qui était travaillé, fait qu'on donnait l'information par des capsules et par des affiches aux parents beaucoup.

Pour que ce partenariat soit optimal, la stagiaire doit également prendre en compte l'environnement dans lequel l'éducatrice travaille, de même que les responsabilités et autres demandes que lui amène son emploi.

5.2.3. L'accompagnement tient compte de l'interaction entre la personne, ses occupations et son environnement

L'un des principes fondamentaux en ergothérapie est que la personne (le client) est en interaction constante avec ses occupations et son environnement physique et social (Polatajko et coll., 2013). C'est donc dire que l'accompagnement offert prend en compte l'éducatrice (personne), son travail au CPE (occupation), son groupe d'enfants, les autres membres du personnel du CPE et les lieux physiques où elle travaille (environnement physique et social). Ce principe est perceptible dans le discours des participantes : « t'sais c'est ça dans l'fond nous le client, on peut dire, c'était l'éducatrice... » En ce sens, la stagiaire intervient auprès de l'éducatrice qui évoque certains besoins attribuables aux difficultés observées dans son groupe : « elles viennent à notre local, t'sais nous autres on a déjà fait des observations pour certains enfants et puis là on discute pis là on voit les besoins. » D'autant plus, l'accompagnement est offert à même le CPE, soit l'environnement de travail de l'éducatrice : « elle, ce qu'elle avait fait, c'est qu'elle était rentrée au CPE pour donner des ateliers de formation auprès des éducatrices, donc les informer mettons par rapport au rôle de l'ergothérapeute avec la clientèle pédiatrique. » Les participantes mentionnent également que toutes les observations et autres interventions sont réalisées à même le CPE.

Dans un but d'offrir une intervention adaptée, la stagiaire part des observations faites par l'éducatrice et collabore avec elle afin d'identifier des solutions permettant de répondre aux besoins perçus par l'éducatrice :

c'est sûr que c'est de l'accompagnement par rapport aux enfants, à leur façon de se mouvoir, à leur façon de mieux se mouvoir, de mieux se tenir, de... d'être plus autonomes, par rapport à leur développement, par rapport à leur niveau de développement aussi, par rapport à leur « retard » dans leur développement.

Les participantes ont également exprimé le fait que l'accompagnement permet d'identifier des solutions adaptées à la réalité de l'éducatrice :

bin pas ça l'assure, mais ça permet, selon moi, de trouver des solutions qui sont plus réalistes, qui sont plus adaptées à leur réalité, donc y'ont plus de chances de

les mettre en pratique au quotidien, et donc de... que les enfants puissent encore plus bénéficier en fait là du suivi en ergothérapie.

C'est donc dire que les solutions identifiées en collaboration entre la stagiaire et l'éducatrice répondent aux besoins ciblés par l'éducatrice (personne) en vue de faciliter son travail (occupation) auprès des enfants de son groupe (environnement social) en utilisant autant que possible les ressources du milieu (environnement physique). Or, la collaboration n'est pas la seule habileté clé, telle que décrite par le MCHCC, utilisée dans l'accompagnement.

5.2.4. L'accompagnement comme une combinaison de quatre habiletés clés du Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client

L'accompagnement vise à favoriser l'engagement de l'éducatrice dans son travail auprès des enfants ayant des besoins particuliers et non pas que la stagiaire fasse à sa place. Pour y arriver, la stagiaire utilise une combinaison de quatre habiletés clés du MCHCC telles qu'illustrées ci-dessous dans le Tableau 4. En cohérence avec le fait que les participantes ont décrit l'accompagnement comme un partenariat, l'habileté clé la plus souvent abordée dans les entrevues était celle de collaborer :

le fait de faire de l'accompagnement auprès des éducatrices, donc de... t'sais d'essayer de trouver des solutions ensemble, en collaboration avec les éducatrices, bin c'est ça justement de collaborer avec les éducatrices.

Tableau 4.
Quatre habiletés clés du MCHCC ressorties aux entrevues

Habiletés clés	Verbatim associé
Coacher	« on pouvait leur donner des p'tits trucs, t'sais par exemple des enfants pendant le découpage huhhh... t'sais ceux qui avaient tendance à lever les coudes bin là on disait t'sais « faites pas les p'tites ailes de poulet » fait que juste lui donner des p'tits trucs comme ça aussi. »
Collaborer	« pis dans l'fond que c'est pas qu'on arrive pis qu'on impose notre vision là, c'était vraiment comme... en discutant avec eux. »
Éduquer	« mais dans l'cadre de mes stages j'avais huhhh un d'mes mandats qui m'avait été donné par la directrice du CPE c'est de monter et de présenter une formation sur le jeu actif, donc pour sensibiliser les éducatrices à intégrer davantage d'activités de motricité globale dans leur planification. »
Engager	« en retour j'ai fait un suivi dans l'fond dans chacun des groupes pour voir si y'étaient capables d'appliquer dans l'fond les principes que j'leur avais présentés dans le cadre de la formation. Bin y'a plusieurs éducatrices qui avaient appliqué, dans l'fond, ces éléments-là, ça les avait beaucoup aidées. »

Cependant, malgré l'utilisation de ces quatre habiletés clés, les participantes rapportent que l'accompagnement n'a pas toujours été efficace.

5.2.5. Les obstacles à l'accompagnement

Des obstacles à l'accompagnement ont été identifiés par les participantes et se divisent en deux grandes catégories : les compétences de la stagiaire et le manque de ressources du milieu. Pour quelques-uns d'entre eux, les participantes ont énoncé des solutions. Bien que ces solutions soient générales, elles permettent d'offrir une idée de départ dans le cas où un plan serait élaboré afin d'améliorer l'accompagnement offert au CPE.

5.2.5.1. Les compétences de la stagiaire

Les compétences de la stagiaire sont un élément fondamental dans l'offre d'un accompagnement efficace. En effet, le partage de connaissances varie selon que la stagiaire possède des compétences de communication et de collaboration, mais également des aptitudes à travailler auprès des enfants et des connaissances quant au développement à l'âge préscolaire :

y'a toujours des barèmes, dépendamment des stagiaires, de leur acquisition, de leur degré de transmettre l'information parce que... c'est ça, de leur facilité à rencontrer des parents, à rencontrer des éducatrices, à observer, y'a tout aussi la notion si y'ont été en contact avec des enfants ou pas, des fois y'arrivent ici y'ont jamais été en contact avec des enfants... ça ça fait des stages qui sont un peu moins faciles... des fois le niveau de transfert de connaissances est plus faible un peu.

Cette participante ajoute que, certes, la stagiaire possède des connaissances et des compétences à son arrivée dans le milieu, mais que le problème réside davantage dans leur mise en application :

bin c'est ça, pour celles qui sont capables de vraiment faire un coaching avec les éducatrices c'est bon là... Mais c'est ça, pour celles qui sont moins habiles huhhh... le transfert ça paraissait pas tant que ça là... l'étudiante avait des belles connaissances, mais la façon de communiquer était pas... Était moins bonne, ouais c'est ça, était pas optimale, c'est le mot que je cherchais.

Toutefois, le milieu est conscient que la stagiaire est en contexte d'apprentissage et qu'elle est soutenue, selon ses besoins, par un superviseur : « quand on sent que le niveau de... y'a toujours aussi l'enseignant qui va combler un peu le manque de l'étudiant là. » Cependant, pour faciliter le stage de l'étudiante et assurer un accompagnement enrichissant pour la stagiaire et l'éducatrice, l'une des participantes proposait une solution :

s'assurer que l'étudiant a été en contact avec des enfants avant d'arriver dans notre milieu... mais s'assurer que y'ait au moins ce p'tit bout-là qui ait été fait avant d'arriver chez nous (...) réfléchir à une activité pour un enfant d'un groupe d'âge, ça lui permet d'être obligé d'aller voir le développement de l'enfant, de s'informer au moins pis d'aller chercher de l'information.

L'accompagnement étant un modèle de service novateur, les participantes ont soulevé le fait que la stagiaire utilisait parfois la consultation collaborative plutôt que l'accompagnement. En ce sens, à quelques reprises, leur discours reflétait qu'elle avait adopté la posture d'experte plutôt que de guide (recommandations offertes) :

les capacités d'advocacy là, t'sais de pladoyer vraiment en faveur des enfants là, t'sais de faire valoir l'importance d'une telle ou telle recommandation... c'est important parce que c'est pas toutes les éducatrices justement qui sont ouvertes à les appliquer fait que... Des fois les présenter différemment bin ça peut huhhh... l'éducatrice peut voir la chose autrement pis être plus appelée là à appliquer ces recommandations-là là...

Il est intéressant de noter que dans ce contexte d'intervention (consultation collaborative), les stagiaires mentionnaient avoir ressenti une résistance au changement chez les éducatrices :

j'ai senti beaucoup de résistance aux changements. Dans l'fond, t'sais les recommandations que j'ai émises, j'ai senti que... t'sais les éducatrices... comprenaient mettons l'importance de mettre ces recommandations-là dans leur routine quotidienne avec les enfants (...) C'est ça t'sais oui y comprenaient, mais en même temps eux-autres y voyaient ça super gros comme changement là t'sais de tout modifier...

Cette résistance perçue a alors amené un doute quant à l'efficacité de l'accompagnement chez les stagiaires. En effet, leur discours amène à penser que l'efficacité de l'accompagnement

offert est surtout attribuable à l'ouverture des éducatrices : « dans l'fond tes recommandations dépendent vraiment huhhhh... des éducatrices t'sais rendu là... l'application de tes recommandations à long terme dépend vraiment vraiment des éducatrices. » Or, l'efficacité de l'accompagnement a plutôt été influencée par les compétences de la stagiaire à adopter une posture de guide.

Cependant, les compétences de la stagiaire ne sont pas le seul élément à influencer l'efficacité de l'accompagnement offert. En effet, les participantes ont mentionné que l'accessibilité à certaines ressources était parfois difficile, ce qui nuit lors de la mise en place de certaines interventions.

5.2.5.2. Le manque de ressources du milieu

Les participantes de l'étude ont faire part d'un manque de ressources à trois niveaux : 1) manque de temps, 2) manque de moyens (financiers, humains, matériels) et 3) manque d'espace.

Le manque de temps est le principal inconvénient identifié par l'ensemble des participantes :

bin des fois peut-être que c'est manque de temps, trop court...c'est ça, comme j'disais on est bousculées entre les routines fait que c'est entre 2-3 affaires...bousculées, on prend c'qui nous est offert pis d'la façon qui nous est offert t'sais chacun fait son possible dans ça on... y'a la réalité qui est là aussi là. Moi si j'veux faire ça là, faut ce soit avant mes heures de travail, ou faut ce soit après mes heures de travail.

Toutefois, cette même participante propose une solution qui permettrait d'optimiser, selon elle, le temps en accompagnement :

bin c'est sûr que ça serait l'fun si on avait une heure d'ergo chaque matin dans un local, ça serait un monde idéal ça là là. Un monde idéal, un p'tit 5-10 minutes avant avec l'ergo, t'sais on fait un retour en groupe pis après ça là on fait nos p'tites affaires avec les enfants pis là on voit l'évolution, t'sais ça serait régulier.

Il va sans dire que le fait d'être bousculée dans les routines empêche, plus souvent qu'autrement, l'éducatrice d'élaborer les grilles d'observations et autres outils qui lui permettraient d'orienter son dépistage de difficultés chez les enfants de son groupe :

on s'dit ouin mais si t'avais une petite grille d'observation pour faire telle affaire pis là moi dans ma tête ça fait ohhhh tabarouette ok la grille j'pourrais la cocher, mais la monter pis tout ça... mais t'sais ça, ça quand y'ont... la proposition et l'outil qui vient avec... t'as plus de chance que j'le fasse, parce que j'veo ça des fois moins gros...

De fait, cette participante mentionne que lorsque des outils sont proposés à l'éducatrice, il est préférable que ces outils soient déjà conçus et prêts à être utilisés.

Une nuance a été apportée quant au manque de temps. Une stagiaire a indiqué que le fait de voir l'éducatrice et son groupe lui permettait, au contraire, de sauver du temps, puisque cela lui permet de voir plusieurs enfants à la fois :

bin en accompagnant l'éducatrice, pis en ayant une vision de groupe, ça permet de pouvoir voir plusieurs enfants pis de venir huhhh... en donnant des stratégies de groupe comme ça on intervient sur tout l'monde, pis ça permet d'ôter des problématiques t'sais parfois comme rapidement pis t'sais de pas avoir besoin de voir chaque enfant individuellement pis huhhh.. fait que ça permet de sauver du temps.

En plus du manque de temps, les participantes ont soulevé qu'un manque de moyens (financiers, humains ou encore matériels) a une grande influence sur les stratégies identifiées par l'éducatrice et la stagiaire : « une difficulté mettons c'est qui faut vraiment que tu composes avec les ressources du milieu, fait qu'autant les ressources financières que les ressources humaines que... l'environnement, fait que t'sais faut que tu considères tout ça aussi pour tes recommandations. » Il faut comprendre que les limites financières, actuellement vécues dans le système d'éducation, influencent le budget disponible à l'achat de nouveaux équipements :

une question au niveau de budget, t'sais par exemple qu'on suggère... par exemple le groupe des poupons, on pouvait suggérer comme du matériel aussi

peut-être à acheter, mais t'sais c'est sûr qu'en même temps eux sont limités en terme de budget.

De fait, autant que possible, les stratégies d'intervention identifiées doivent tenir compte des ressources dont dispose le milieu, puisque l'achat de nouveaux équipements n'est pas toujours possible selon les participantes.

Finalement, le manque d'espace s'ajoute au manque de temps et au manque de moyens exprimés par les participantes : « pis ça prendrait un local... t'sais j'peux pas, on peut pas faire ça comme ça (...) j'peux pas vraiment placer des choses le soir pour le lendemain parce qu'on utilise cet espace-là pour recevoir les enfants le matin. » Cependant, à cette problématique, une solution est proposée par l'une des participantes :

mais t'sais dans un monde idéal, parce que souvent j'me dis mon doux que j'aimerais ça pouvoir, pis toutes les éducatrices seraient d'accord avec moi, pouvoir transporter mon p'tit groupe exemple dans un local de motricité ou dans un local... ça ce serait génial.

Malgré ces obstacles identifiés par les participantes, les éducatrices et la directrice du CPE sont unanimes à l'effet que le CPE bénéficierait de plus d'accompagnement : « c'est pas assez. »

Le Tableau 5 présenté ci-dessous offre une synthèse des principaux résultats préliminaires obtenus aux entrevues.

Tableau 5.
Résumé des principaux résultats préliminaires obtenus aux entrevues

Perceptions	Résultats préliminaires
L'accompagnement comme un service de première ligne	<ul style="list-style-type: none"> • Outiller l'éducatrice au dépistage et à l'intervention auprès des enfants ayant des besoins particuliers • Intervention et référence rapides pour les enfants nécessitant des services plus spécialisés
L'accompagnement comme un partenariat	<ul style="list-style-type: none"> • Partage de connaissances • Entre l'éducatrice et la stagiaire et entre l'éducatrice et les parents • Plusieurs bénéfices pour l'éducatrice : sentiment d'être soutenues, augmentation de la confiance en soi, augmentation de l'autonomie
L'accompagnement tient compte de l'interaction entre la personne, ses occupations et son environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Un des principes fondamentaux en ergothérapie • Personne = éducatrice • Occupation principale = travail • Environnement physique et social = milieu de travail (CPE) et son groupe d'enfants
L'accompagnement comme une combinaison de quatre habiletés clés du Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client	<ul style="list-style-type: none"> • Coacher • Collaborer • Éduquer • Engager
Les obstacles à l'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences de la stagiaire • Manque de ressources du milieu (moyens, temps, espace)

6. DISCUSSION

6.1. L'accompagnement comme un modèle de service satisfaisant

Les résultats préliminaires obtenus dans cette étude permettent de répondre à la question de recherche, à savoir si l'accompagnement permet une habilitation efficace des éducateurs qui travaillent dans un CPE intégrant des enfants ayant des besoins particuliers selon les perceptions des acteurs impliqués dans la démarche. Ces résultats sont détaillés dans les prochaines sections. Toutefois, avant de les présenter, il importe de mentionner qu'il s'agit de la première étude à évaluer l'efficacité de ce modèle de service en CPE. De fait, ses résultats ne peuvent pas être comparés à ceux d'autres études réalisées dans ce milieu. Cependant, tel que mentionné précédemment, ils peuvent être comparés à ceux d'études antérieures réalisées en milieu scolaire puisque les interventions offertes dans les deux milieux sont comparables. D'autant plus, compte tenu que les stagiaires ont offert autant de la consultation collaborative et de l'accompagnement, les études portant sur ces deux modèles de service sont utilisées dans cette discussion.

Les participantes de l'étude sont unanimes quant à l'utilité de ce modèle de service et se disent très satisfaites de l'accompagnement offert. Cette satisfaction est cohérente avec celle documentée dans plusieurs études antérieures. Bayona, McDougall, Tucker, Nichols et Mandich (2006) ont mentionné que les effets positifs obtenus à la suite d'une intervention auprès de l'enseignant, en classe, avaient généré une grande satisfaction chez les enseignants. Dans le même ordre d'idées, les enseignants participant aux études de Durand (2015) et de Reig, Chiu, Sinclair, Wehrmann et Naseer (2006) ont manifesté leur satisfaction quant à ce modèle de service en raison des nombreux effets positifs observés par les enseignants chez tous les élèves de la classe. Plus particulièrement, selon les participantes de l'étude, cette satisfaction est attribuable au fait que l'accompagnement permet aux enfants ayant des besoins particuliers de développer leurs habiletés à plusieurs niveaux : motricité fine, motricité globale et diverses occupations. Cette idée est également rejoints par plusieurs autres auteurs qui supportent que la satisfaction post-intervention des enseignants est attribuable aux améliorations observées chez leurs élèves (Barnes et Turner, 2001; Bose et Hinojosa, 2008; Durand, 2015; Shasby et Schneck, 2011; Villeneuve, 2009; Wehrmann et coll., 2006). En ce sens, ces auteurs affirment que les enseignants avaient observé que les élèves réussissaient mieux à l'école et avaient développé des

stratégies de résolution de problème. De fait, il est possible de penser que l'intervention auprès de l'éducatrice et de l'enseignant suffit généralement à pallier à certaines difficultés vécues par les enfants.

6.1.1. L'accompagnement comme un service de première ligne

Selon les participantes de l'étude, l'accompagnement a une mission de première ligne. En effet, autant les stagiaires que les éducatrices ont décrit le but premier de l'accompagnement comme étant d'outiller l'éducatrice à identifier les enfants présentant des difficultés en vue de répondre rapidement à leurs besoins. Ainsi, il est justifié de dire que ce service s'apparente à ceux de la première ligne, qui ont pour but d'offrir des services généraux afin de promouvoir la santé et le bien-être du client (Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières, 2012). Cette mission de première ligne a également été décrite par d'autres auteurs. Campbell, Missiuna, Rivard et Pollock (2012) soutiennent que l'intervention auprès de l'enseignant lui permet d'identifier les enfants ayant des besoins particuliers rapidement et de mettre en place les interventions nécessaires immédiatement. Ils décrivent donc cette intervention comme préventive. C'est également ce qu'en pensent Missiuna et coll. (2012) qui proposent l'idée que ce modèle de service permet d'éviter les références inutiles des enfants dans le réseau de la santé où l'attente est parfois trop longue. Certes, les enfants nécessitant des interventions plus spécialisées et individuelles sont référés comme l'ont mentionné les participantes de l'étude. Toutefois, elles jugent que l'accompagnement suffit souvent à « pallier » à une grande majorité des difficultés observées par l'éducatrice, ce qui est cohérent avec l'idée de Campbell et coll. (2012). Cette service de première ligne permet donc à l'éducatrice d'intervenir rapidement et d'éviter que les difficultés fonctionnelles vécues par les enfants persistent dans le temps.

6.1.2. L'accompagnement comme un partenariat

Pour les participantes de l'étude, l'accompagnement est défini comme un partenariat entre la stagiaire et l'éducatrice. Cette idée est cohérente avec celle de Townsend et coll. (2013) qui décrivent l'accompagnement comme un partenariat continu permettant d'offrir au client toutes les opportunités nécessaires à un rendement plus élevé et à une qualité de vie plus grande. Cela rejoint également l'une des caractéristiques principales du MCHCC, soit les deux lignes

courbes entourant les dix habiletés clés qui représentent le partenariat entre l'ergothérapeute et le client. Autrement dit, les deux lignes courbes du MCHCC illustrant le partenariat entre l'ergothérapeute et le client orientent l'habilitation de ce dernier dans ses occupations. De fait, considérant que l'accompagnement offert par la stagiaire est défini comme le partenariat, il est juste d'énoncer que l'accompagnement oriente l'habilitation de l'éducatrice, comme mentionné par les participantes. Ainsi, l'efficacité de l'habilitation dépend du partenariat établi entre la stagiaire et l'éducatrice, donc de l'accompagnement.

De nombreux effets positifs attribuables au partenariat ont été identifiés par les participantes de l'étude. Toutes étaient unanimes à l'effet que ce partenariat permet un partage de connaissances entre la stagiaire et l'éducatrice, favorisant ainsi la formation continue de cette dernière. Ceci est cohérent avec le point de vue de plusieurs auteurs. Bose et Hinojosa (2008) mentionnent que l'intervention auprès de l'enseignant et la relation de collaboration qui s'en suit offrent une opportunité de partage de connaissances, lui permettant ainsi de développer de nouvelles habiletés de même que de partager des idées et des stratégies avec l'ergothérapeute. Durand (2015), Reid, Chiu, Sinclair, Wehrmaan et Naseer (2006) et Shasby et Schneck (2011) partagent cette même idée, tout comme Missiuna et coll. (2012). Toutefois, les auteurs précisent que le partage de connaissances permet autant à l'ergothérapeute qu'à l'enseignant de développer leurs compétences, comme l'ont mentionné les participantes de l'étude lorsqu'elles exprimaient le fait que le partage de connaissances est bénéfique autant pour la stagiaire que l'éducatrice.

Plus encore, les participantes soutiennent que ce développement de compétences a pour effet d'améliorer le sentiment de confiance en soi de l'éducatrice. En effet, les éducatrices ont mentionné se sentir davantage soutenues dans leurs interventions auprès des enfants ayant des besoins particuliers, ce qui a eu pour effet d'améliorer leur confiance en elles-mêmes. De fait, plus confiantes, les éducatrices étaient davantage proactives dans la recherche et la mise en application de stratégies d'intervention. Plusieurs auteurs ont aussi fait le lien entre l'accompagnement et le sentiment d'efficacité personnelle. Les enseignantes ayant participé à l'étude de Durand (2015) ont mentionné qu'elles se sentaient plus outillées dans leurs observations et mieux préparées pour intervenir et mettre en place des stratégies après avoir reçu

l'accompagnement. Elles s'engageaient alors davantage dans leur rôle d'enseignante et mettaient en place des stratégies pour répondre de façon optimale aux besoins particuliers de certains élèves de leur classe. Baker (2005) appuie aussi ces résultats. En effet, les enseignants ayant participé à son étude ont fait ressortir l'importance du soutien dans leur sentiment d'efficacité personnelle : plus ils sont soutenus, plus ils se sentent compétents et donc plus ils ont tendance à appliquer les stratégies et à modifier leurs façons d'intervenir auprès des élèves qui présentent des besoins particuliers. Gaudreau, Royer, Beaumont et Frenette (2012) soutiennent également l'influence positive du sentiment d'efficacité personnelle sur la tendance de l'enseignant à intervenir auprès des élèves ayant des comportements difficiles. Les auteurs ajoutent que plus le sentiment d'efficacité personnelle est élevé, plus l'enseignant est ouvert à appliquer de nouvelles stratégies de gestion de classe. Cette idée rejoint la théorie de Bandura qui souligne l'importance et l'influence du sentiment d'efficacité personnelle de l'enseignant lorsqu'il intervient auprès des élèves ayant des besoins particuliers (Gaudreau et coll., 2012). C'est donc dire que plus l'enseignant se sent apte à répondre aux besoins particuliers des élèves de sa classe, plus il initie sa recherche et la mise en application de nouvelles stratégies (Bayona et coll., 2006; Missiuna et coll., 2012; Ross et Bruce, 2007). Les résultats de Sayers (2008) et de Villeneuve (2009) soutiennent aussi ces auteurs en affirmant que le développement des compétences de l'enseignant lui permet de mieux mettre en application les stratégies ciblées lors de l'accompagnement pour répondre aux besoins particuliers des élèves.

Finalement, les participantes de l'étude ont mentionné que le partenariat entre la stagiaire et l'éducatrice a également permis un partage de connaissances entre cette dernière et les parents des enfants de son groupe. En effet, les éducatrices étaient en mesure de transférer, aux parents concernés, les connaissances acquises lors de l'accompagnement. Cela est cohérent avec l'idée de Missiuna et coll. (2012), qui mentionnent que lorsque le partage de connaissances entre l'ergothérapeute et l'enseignant est bien effectué, ces connaissances peuvent être partagées à plus grande échelle. En ce sens, les parents peuvent, eux-aussi, bénéficier de ce partage de connaissances.

6.1.3. L'accompagnement tient compte de l'interaction entre la personne, ses occupations et son environnement

Toutes les participantes de l'étude ont exprimé que l'éducatrice, et non pas les enfants ayant des besoins particuliers, est le client dans ce modèle de service. Elles ont bien expliqué que la stagiaire accompagne l'éducatrice dans l'identification et la mise en place de stratégies pouvant répondre à ses besoins, soit de pallier les difficultés observées chez certains enfants de son groupe. De fait, les stratégies ciblées permettent à l'éducatrice de mieux intervenir auprès des enfants et donc d'assurer leur développement harmonieux. Ce faisant, cette perception rejoue l'idée de Villeneuve (2009), qui énonce que lorsque l'ergothérapeute utilise l'accompagnement plutôt que l'intervention directe ou la consultation, il s'assure que les stratégies d'intervention mises en place sont adaptées à la réalité de l'enseignant. Campbell et coll. (2012) appuient aussi cette idée. En effet, les auteurs jugent que l'accompagnement réfère à une approche écologique valide, en ce sens que les interventions se déroulent dans le milieu naturel. De fait, les stratégies sont plus现实 pour l'enseignant. Missiuna et coll. (2012) proposent également que le fait que l'ergothérapeute soit dans l'environnement naturel de l'enseignant l'amène à s'imprégnier de l'atmosphère qui règne dans la classe et à davantage connaître les besoins et les attentes de l'enseignant. Ainsi, l'ergothérapeute peut mieux tenir compte de l'interaction constante entre la personne (éducatrice), ses occupations (travail) et son environnement (CPE et groupe d'enfants).

6.1.4. L'accompagnement comme une combinaison de quatre habiletés clés du Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client

Le discours des participantes a permis de bien identifier les quatre habiletés clés du MCHCC utilisées pour mener à bien l'accompagnement. En effet, elles ont fait ressortir que l'accompagnement consiste en du coaching, de la collaboration et de l'éducation auprès de l'éducatrice, de même que l'engagement de cette dernière dans son travail. Cette combinaison de quatre habiletés clés est cohérente avec la vision de l'accompagnement, soit de favoriser l'engagement de l'éducatrice dans son travail auprès d'enfants ayant des besoins particuliers. De fait, ce sont ces quatre habiletés clés du MCHCC qui permettent un réel partage de connaissances

entre la stagiaire et l'éducatrice (Townsend et coll., 2013). Ainsi, grâce à l'accompagnement, l'habilitation à l'occupation est efficace et l'engagement de l'éducatrice est facilité.

6.2. Les obstacles de l'accompagnement

Les participantes de l'étude ont identifié des obstacles à l'accompagnement. Ceux-ci concernent principalement les compétences de la stagiaire et le manque de ressources du milieu.

L'accompagnement peut en effet varier selon les compétences de la stagiaire, les principales ciblées par les participantes étant la communication et la collaboration avec le CPE. À quelques reprises, les participantes de l'étude ont mentionné que l'accompagnement dépend des capacités de la stagiaire à communiquer efficacement l'information à l'éducatrice. À cet effet, Wehrmann et coll. (2006) mentionnent que la communication efficace est l'une des compétences préalables à l'intervention auprès de l'enseignant. Missiuna et coll. (2012) partagent également cette idée. Ils proposent d'ailleurs que l'ergothérapeute utilisent des techniques de communication, par exemple de poser des questions plutôt que de donner l'information, pour amener l'enseignant à créer des liens entre les connaissances transmises par l'ergothérapeute et ses propres observations. Ainsi, l'ergothérapeute permet à l'enseignant de développer son raisonnement. Cet élément a d'ailleurs été discuté par l'une des participantes qui attribuait le développement d'autonomie chez les éducatrices au fait qu'elles développaient leur raisonnement grâce à l'accompagnement.

L'accompagnement dépend également des capacités de la stagiaire à établir un partenariat avec l'éducatrice. En effet, le partenariat entre la stagiaire et l'éducatrice dépend de la posture adoptée par la stagiaire. Autrement dit, les participantes ont exprimé le fait que l'attitude de la stagiaire pouvait influencer l'ouverture de l'éducatrice quant à la mise en place des stratégies d'intervention, particulièrement lorsque la stagiaire adopte une posture d'experte plutôt qu'une posture de guide. Ceci est cohérent avec l'idée de plusieurs auteurs qui soutiennent que lorsque l'ergothérapeute adopte une posture d'expert, l'accompagnement n'est pas efficace. En ce sens, Bayona et coll. (2006), Bose et Hinojosa (2008) et Kennedy et Stewart (2012) mentionnent que l'ergothérapeute doit s'assurer de ne pas agir en tant qu'expert et de mettre de l'avant la relation

de collaboration avec l'enseignant pour assurer l'efficacité de l'accompagnement. Rens et Joosten (2014) soutiennent que les enseignants peuvent même être frustrés envers l'ergothérapeute qui se considère comme l'expert. De fait, il devient difficile d'établir une relation lorsqu'une des deux parties se ferme à l'autre. Shasby et Schneck (2011), quant à eux, suggèrent l'importance que l'ergothérapeute adopte une attitude ouverte pour apprendre à connaître l'enseignant et ainsi mieux l'accompagner.

Les résultats préliminaires de cette étude montrent que même en contexte d'apprentissage, supervisé par un ergothérapeute, l'accompagnement demeure un modèle de service difficile à mettre en place. D'autant plus, il importe de préciser que la sélection des stagiaires pour un stage en accompagnement est faite à la pique afin d'offrir l'opportunité au plus grand nombre d'étudiants possible de développer leurs compétences en accompagnement. L'accompagnement étant une un modèle de service relativement nouveau, peu d'étudiants ont eu la chance, avant le stage, de s'approprier ce modèle de service. D'autant plus, un seul cours de trois heures dans le cursus académique porte sur l'accompagnement. Cela peut alors expliquer que les stagiaires adoptaient parfois une posture d'expertes plutôt qu'une posture de guides.

Certes, les compétences de la stagiaire influencent l'accompagnement offert au CPE. Or, le manque de ressources présent actuellement au CPE a également été identifié comme élément affectant négativement l'accompagnement. En effet, les participantes de l'étude ont exprimé le manque de temps pour les échanges et pour l'utilisation des ressources comme principal obstacle. Cet obstacle a également été documenté par plusieurs auteurs. Les enseignants ayant participé à l'étude de Durand (2015) ont mentionné que le manque de temps pour les rencontres ergothérapeute-enseignants était la principale barrière à l'accompagnement, que les rencontres étaient plutôt informelles et que les enseignants ne retireraient pas assez de celles-ci. Huang, Peyton, Hoffman et Pascua (2011), Kennedy et Stewart (2012), Prigg (2002) et Villeneuve (2009) identifient également le manque de temps pour les rencontres d'accompagnement comme un obstacle important. De plus, Missiuna et coll. (2012) et Shasby et Schneck (2011) soutiennent que le manque de temps est néfaste pour l'établissement de la relation de collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant, ce qui nuit au partage de connaissances.

Le manque de ressources financières a aussi été identifié comme un obstacle à l'accompagnement par les participantes de l'étude. Les stagiaires ont mentionné que les limitations financières que connaît le CPE ont parfois influencé les stratégies d'intervention identifiées. Compte tenu des coupures budgétaires présentes dans les domaines de la santé et de l'éducation (Gouvernement du Québec, 2016b, 2016c), il est possible que l'achat de nouveaux équipements ou encore l'utilisation de nouveau matériel ait été impossible pour le CPE. Plus encore, le manque de ressources financières peut même affecter le nombre de visites de l'ergothérapeute au CPE. C'est l'idée exprimée par Wehrmann et coll. (2006) lorsqu'ils mentionnent que les limitations financières ont un impact sur le nombre de rencontres ergothérapeute-enseignant en soi. Ces auteurs soutiennent aussi l'idée que le manque de ressources financières influence aussi les stratégies identifiées impliquant l'utilisation de matériel.

De plus, il est possible de penser que le manque de ressources financières peut avoir eu une influence sur la disponibilité du personnel remplaçant permettant à l'éducatrice de se libérer pour les rencontres d'accompagnement et le développement de grilles d'observation par exemple. Cependant, cet aspect n'est pas documenté dans les résultats probants. Un autre élément ne figurant pas dans les résultats probants est le manque d'espace. En effet, l'une des participantes a discuté du fait que les échanges et même la mise en place de certaines stratégies avaient été limités par le manque d'espace. Elle précise que le fait de ne pas avoir eu un local spécifique pour les rencontres stagiaire-éducatrice et pour la conception d'un parcours moteur (ce qui avait été ciblé pour certains enfants de son groupe) a nui à l'accompagnement.

Malgré ces obstacles, l'accompagnement demeure un modèle de service comparable à l'approche patient-partenaire.

6.3. L'accompagnement est comparable à l'approche patient-partenaire

À maintes reprises, les participantes de l'étude ont utilisé le terme « partenariat » pour décrire l'accompagnement. D'autant plus, plusieurs éléments émergeant du discours des participantes laissent supposer que l'accompagnement est comparable à l'approche patient-

partenaire, et ce, malgré quelques différences. Certes, l'accompagnement est une approche de groupe actuellement utilisée en milieu scolaire alors que l'approche patient-partenaire est une intervention individuelle principalement utilisée auprès des gens présentant une maladie chronique. Toutefois, l'accompagnement et l'approche patient-partenaire sont facilement adaptables pour l'ergothérapeute qui désire les utiliser dans un contexte différent que ceux mentionnés. D'ailleurs, malgré le fait que le public ciblé ne soit pas le même, leurs ressemblances ne sont pas négligeables. Ainsi, considérant l'efficacité démontrée pour l'approche patient-partenaire, cela appuie les perceptions des participantes de l'étude quant au fait que l'accompagnement permet une habilitation à l'occupation efficace. Le Tableau 6 résume les similitudes entre l'accompagnement et l'approche patient-partenaire.

Tableau 6.
Similitudes entre l'accompagnement et l'approche patient-partenaire

Thèmes	Accompagnement	Approche patient-partenaire
Partenariat	Les participantes de l'étude ont défini l'accompagnement comme un partenariat entre le milieu et la stagiaire.	L'approche patient-partenaire est définie comme un partenariat entre le patient et l'ergothérapeute (Université de Montréal, 2014).
Posture de l'ergothérapeute	Malgré que cela n'ait pas toujours été le cas dans l'étude en raison d'un manque d'expérience de la stagiaire à utiliser ce modèle de service, l'accompagnement se distingue de l'intervention directe et de la consultation où l'ergothérapeute est considéré comme le seul expert.	L'approche patient-partenaire se distingue du paternalisme médical où l'intervenant est considéré comme l'expert (Tonga et coll., 2016).
Partage de connaissances	Les participantes de l'étude sont unanimes à l'effet que l'accompagnement permet un partage de connaissances entre le milieu et la stagiaire.	L'approche patient-partenaire permet un partage de savoirs entre le patient et l'intervenant (Karazivan et coll., 2010).
Autonomie du client	Les participantes de l'étude sont unanimes à l'effet que l'accompagnement permet au milieu de développer une autonomie – le milieu est davantage proactif dans la recherche de solutions et dans la mise en place de stratégies auprès des enfants ayant des besoins particuliers ce qui favorise un changement de pratique dans le milieu.	L'approche patient-partenaire permet au patient de développer une autogestion de sa maladie (Hibbard et Greene, 2013; Légaré et Witteman, 2013; Tinsel et coll., 2012). L'approche patient-partenaire permet une meilleure adhésion du patient à la thérapie (Hibbard et Greene, 2013; Légaré et Witteman, 2013; Tinsel et coll., 2012).
Satisfaction	Les participantes de l'étude sont toutes satisfaites de l'accompagnement offert.	L'approche patient-partenaire permet une plus grande satisfaction des patients comparativement à d'autres méthodes d'intervention (Hibbard et Greene, 2013; Jayadevappa et Chhatre, 2011; King et Moulton, 2013; Krizaj et Hurst, 2012).

Lorsque l’ergothérapeute agit à titre d’accompagnateur auprès de l’éducateur plutôt que de consultant ou encore que d’intervenant auprès des enfants, il assure le succès des interventions mises en place dans le groupe (Bayona et coll., 2006; Missiuna et coll., 2012; Ross et Bruce, 2007; Sayers, 2008; Villeneuve, 2009). En effet, il y a plus de chances que l’éducateur parvienne à répondre aux besoins particuliers d’un ou de plusieurs enfants de son groupe s’il collabore avec l’ergothérapeute plutôt que s’il reçoit des recommandations sous forme de liste d’épicerie après qu’une évaluation individuelle des enfants ayant des besoins particuliers ait été réalisée par l’ergothérapeute. D’ailleurs, ce partenariat a bien plus d’impacts sur l’éducateur que la consultation ou l’intervention directe. En ce sens, le partage de connaissances a pour effets de développer le sentiment d’efficacité personnelle de l’éducateur, qui est alors plus ouvert à trouver de nouvelles stratégies et à les mettre en application au sein de son groupe (Baker, 2005; Bose et Hinojosa, 2008; Durand, 2015; Gaudreau et coll., 2012; Hutton, 2009; Ross et Bruce, 2007; Shasby et Schneck, 2011).

Finalement, comme abordé par différents auteurs, les clients « partenaires » sont davantage satisfaits des services reçus que ceux ayant bénéficié d’autres méthodes d’intervention (Hibbard et Greene, 2013; Jayadevappa et Chhatre, 2011; King et Moulton, 2013; Krizaj et Hurst, 2012). Ainsi, cela appuie la satisfaction exprimée par les participantes de l’étude quant à l’accompagnement.

6.4. Les forces et les limites de l’étude

Certaines limites ont pu biaiser les résultats obtenus dans cette étude. En effet, l’échantillon était de petite taille, composé de cinq participantes seulement, et le questionnaire utilisé lors des entrevues n’a pas été révisé ni validé par une source externe avant les entrevues. Or, compte tenu que cette étude se voulait exploratoire et que l’objectif de cette étude était de connaître la satisfaction et de décrire les perceptions des acteurs impliqués dans l’accompagnement offert, le nombre limité de participants était souhaité. De fait, les résultats obtenus à cette étude sont considérés comme valides. D’autant plus, le CPE choisi pour l’étude est le seul, dans la province, à recevoir ce genre de service actuellement. Il aurait donc été difficile d’avoir un échantillon de plus grande taille. Dans un autre ordre d’idées, la participation

à l'étude étant volontaire et le CPE désirant recevoir l'accompagnement à nouveau, il est possible de se questionner quant au biais dans les résultats obtenus en lien avec le désir de plaire à l'évaluateur des participantes du CPE. Finalement, le fait que l'intervention n'ait pas été offerte par la chercheuse responsable et que les stagiaires n'avaient pas reçu une formation sur l'accompagnement préalablement à leur stage crée un autre biais dans l'étude. En effet, considérant que l'intervention n'a pas pu être contrôlée par la chercheuse responsable et que les stagiaires aient parfois adopté une posture d'expertes, la fidélité de l'étude ne peut être validée et les résultats sont difficilement généralisables à d'autres contextes.

Malgré ces limites, cette étude présente des forces. D'abord, il convient de dire que les méthodes utilisées ont permis d'atteindre les objectifs visés par cette étude et ainsi d'obtenir les informations nécessaires pour répondre à la question de recherche. En effet, l'analyse de données a révélé que les acteurs impliqués dans le programme se disent satisfaits de l'accompagnement, qui permet une habilitation efficace à l'occupation des éducatrices du CPE. Dans un autre ordre d'idées, le cadre conceptuel utilisé était approprié pour répondre à la question de recherche, puisqu'il identifie bien le continuum de l'habilitation et qu'il permet de bien décrire et comprendre les perceptions des participantes quant à l'accompagnement offert. Finalement, la diversité des participantes (stagiaires de la CMS, éducatrices et directrice du CPE) a permis d'avoir une bonne représentation des acteurs impliqués dans l'accompagnement, ce qui valide davantage les résultats obtenus dans l'étude.

6.5. Les retombées sociales et scientifiques de l'étude

Cette étude a permis d'amorcer le processus d'évaluation du programme d'accompagnement en ergothérapie de la CMS offert à un CPE intégrant des enfants ayant des besoins particuliers. Les résultats préliminaires obtenus sont encourageants pour la pratique de la profession. Bien que l'accompagnement offert au CPE doive être amélioré sur quelques points, les perceptions positives des participantes à son égard montrent qu'il s'agit d'un modèle de service novateur pertinent et intéressant à utiliser dans ce milieu. D'ailleurs, le nombre d'enfants ayant de besoins particuliers et fréquentant les CPE étant en hausse depuis quelques années (Gouvernement du Québec, 2009, 2014b; Office des personnes handicapées du Québec [OPHQ],

2007), il importe de trouver une façon d'intervenir qui puisse faciliter leur intégration tout en jonglant avec les ressources limitées. C'est ce qui fait de l'accompagnement une modèle de service à privilégier (Arpin et Capra, 2008; Campbell et coll., 2012; Durand, 2015; Werhmann, Chiu, Reid et Sinclair, 2006). Autrement dit, l'accompagnement permet d'offrir une intervention rapide et de pallier à certaines difficultés fonctionnelles vécues chez les enfants afin d'éviter qu'elles perdurent (Campbell et coll., 2012; Institut national de santé publique du Québec, 2014). De plus, l'accompagnement peut être considéré comme un modèle de service idéal dans le contexte québécois actuel où des coupures budgétaires importantes sont faites dans les systèmes de la santé et de l'éducation. En effet, étant une approche de groupe, l'accompagnement permet de répondre aux besoins particuliers d'un plus grand nombre d'enfants à la fois, tout en intervenant dans le milieu naturel des enfants, ce qui facilite la généralisation de leurs acquis comparativement à l'intervention directe et à la consultation (Camden, Tétreault et Swaine, 2012; Hung et Pang, 2010).

Une autre des retombées de l'étude est qu'elle a permis de favoriser l'avancement de la pratique dans une approche de promotion de la santé. En ce sens, la transmission des résultats de cette étude permet aux communautés scientifique et professionnelle d'en connaître davantage sur l'accompagnement afin d'outiller les éducatrices et de les rendre plus autonomes dans leurs interventions auprès des enfants ayant des besoins particuliers.

6.6. Les avenues de recherches futures

Comme cette étude se voulait une amorce de l'évaluation du programme d'accompagnement en ergothérapie offert par la CMS à un CPE de la région, il importe qu'une évaluation plus approfondie soit effectuée pour détailler davantage les résultats préliminaires obtenus. Cette évaluation approfondie pourrait également permettre de documenter davantage le sentiment d'efficacité personnelle des éducateurs quant au dépistage et à l'intervention auprès d'enfants ayant des besoins particuliers à la suite de l'accompagnement en ergothérapie.

Or, avant que cette évaluation approfondie soit réalisée, il serait pertinent de mettre en place des stratégies pour améliorer le programme actuel. Le Tableau 7, présenté ci-dessous, offre

un résumé des obstacles à l'accompagnement identifiés par les participantes de l'étude et des solutions possibles pouvant être apportées pour améliorer le programme. Ces solutions demeurent des propositions à adapter selon la réalité et les préférences du milieu.

Tableau 7.

Résumé des obstacles à l'accompagnement identifiés par les participantes et des solutions possibles

Obstacles identifiés	Solutions (participantes)	Solutions (chercheuse)
Compétences de la stagiaire	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que la stagiaire a déjà été en contact avec des enfants avant le stage • S'assurer que la stagiaire connaisse bien le développement typique de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir une formation, à la stagiaire, sur l'accompagnement et son application en intervention • Offrir, à la stagiaire, davantage d'opportunités de développer ses compétences de communication lors d'interactions avec différents « clients » (par exemple lors de mises en situation en classe)
Manque de ressources du milieu	<ul style="list-style-type: none"> • Réserver une heure en ergothérapie, dans l'horaire du groupe, chaque jour/semaine • Libérer un local au CPE pour en faire un local de motricité – le matériel pourrait également y être laissé 	<ul style="list-style-type: none"> • Si possible, libérer l'éducatrice pour la conception de grilles d'observation et autre matériel de motricité à conserver dans son local • Proposer des communautés de pratique pour les éducateurs et autres membres du personnel des CPE de la région pour la formation et l'accompagnement en groupe • Offrir à la stagiaire davantage d'opportunités de développer sa pensée créative pour la conception d'outils et autre matériel lors d'un manque de ressources dans le milieu

L'accompagnement étant considéré comme un modèle de service pertinent et intéressant dans le contexte québécois actuel, il importe de voir la possibilité de l'utiliser à grande échelle. De fait, une fois l'évaluation complète du programme d'accompagnement terminée, un projet pilote offrant la possibilité à tous les CPE de la province intégrant des enfants ayant de besoins particuliers de recevoir ce modèle de service pourrait être réalisé et évalué. Cependant, avant qu'une implantation à grande échelle soit effectuée, il sera important de concevoir le cadre logique du programme d'accompagnement en CPE de sorte qu'il soit implanté de façon cohérente et égale dans tous les CPE de la province désirant recevoir ce modèle de service.

7. CONCLUSION

La présente étude avait pour objectifs de connaître la satisfaction et de décrire les perceptions des acteurs impliqués dans l'accompagnement offert par la CMS de l'UQTR. Les résultats préliminaires montrent que l'accompagnement pourrait se révéler intéressant pour pallier au manque de formation spécialisée des intervenants du système d'éducation travaillant auprès d'enfants ayant des besoins particuliers. En effet, l'accompagnement offert a permis aux éducatrices rencontrées de faciliter leurs observations et de les aider dans la mise en place de stratégies d'intervention auprès des enfants ayant des besoins particuliers dans leur groupe selon les participantes de l'étude. Toutefois, pour que l'accompagnement soit efficace, la stagiaire doit posséder de bonnes compétences en accompagnement et en communication et doit pouvoir jongler avec les ressources limitées du milieu.

Cette étude se voulant exploratoire, de plus amples recherches sont nécessaires afin d'approfondir l'efficacité de ce modèle de service dans ce milieu compte tenu des limites identifiées. De fait, il est recommandé de poursuivre l'évaluation de l'accompagnement offert au CPE. Il serait également intéressant d'explorer les effets de l'accompagnement sur le sentiment d'efficacité des éducateurs après avoir reçu le service. Si les conclusions de cette évaluation s'avéraient positives, il est possible de penser que l'implantation de l'accompagnement à grande échelle, soit dans tous les CPE de la province, permettrait une intervention précoce pour mieux identifier répondre aux besoins particuliers des tout-petits. Toutefois, il faudrait s'assurer que les stagiaires et ergothérapeutes offrant l'accompagnement soient formés quant à ce modèle de service pour en assurer son efficacité. Finalement, dans un contexte où l'accessibilité à des services en ergothérapie n'est pas toujours facile, il pourrait être pertinent de considérer les communautés de pratique entre éducateurs à la petite enfance pour maximiser cette intervention précoce dans tous les milieux de garde. Il ne faut pas oublier que les tout-petits forment la société de demain, il importe donc d'assurer leur développement harmonieux et optimal.

RÉFÉRENCES

Accompagnement. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagnement/469?q=accompagnement#462>

Arpin, L., et Capra, L. (2008). *Accompagner l'enseignant dans son parcours professionnel : une pratique d'accompagnement pédagogique centrée sur la personne de l'enseignant en développement de compétences professionnelles*. Montréal, Québec : Chenelière Éducation.

Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie* (éd. rév.). Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE.

Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Repéré le 17 juin 2016 à <https://www.caot.ca/pdfs/2012profil.pdf>

Association des personnes handicapées de la rive sud-ouest (APHRSO). (2012). *Bilan de l'intégration des enfants à besoins particuliers en service de garde*. Repéré le 10 mars 2016 à <http://www.aphrso.org/pdf/bilansdg.pdf>

Association québécoise des centres de la petite enfance (AQCPE). (2016). *Statistiques du réseau*. Repéré le 22 janvier 2016 à <http://www.aqcpe.com/tout-sur-les-cpe/stats-du-reseau/>

Baker, P. H. (2005). Managing student behavior : how ready are teachers to meet the challenge ? *American Secondary Education*, 33(3), 51-64.

Bayona, C. L., McDougall, J., Tucker, M. A., Nichols, M., et Mandich, A. (2006). School-based occupational therapy for children with fine motor difficulties : evaluating functional outcomes and fidelity of services. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 26(3), 89-110.

Berger, K. S. (2010). *Psychologie du développement* (2^e éd.). Montréal, Québec : Groupe Modulo inc.

Bordeleau, S. (2015, 26 mars). Lorsque l'austérité pèse sur les services. [Billet de blogue]. Repéré à <http://ici.radiocanada.ca/sujet/budget-quebec-2015/2015/03/26/004-budget-quebec-carlos-leitaocompression-ministeres-programmes-services-coupures.shtml>

Bose, P., et Hinojosa, J. (2008). Reported experiences from occupational therapists interacting with teachers in inclusive early childhood classrooms. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(3), 289-297.

Camden, C., Tétreault, S., et Swaine, B. (2012). The use of group interventions in a pediatric rehabilitation program : perceptions of administrators, therapists and parents. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 32(2), 120-135.

Campbell, W. N., Missiuna, C. A., Rivard, L. M., et Pollock, N. A. (2012). « Support for everyone » : experiences of occupational therapists delivering a new model of school-based service. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(1), 51-59.

Cégep du Vieux Montréal. (2016). *Technique d'éducation à l'enfance*. Repéré le 15 août 2016 à <http://www.cvm.qc.ca/formationreg/programmes/educEnfance/Pages/grille.aspx?prog=322A0&part=REG>

Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières. (2012). *Mission. Vision. Valeurs*. Repéré le 14 août 2016 à <http://www.cssstr.qc.ca/index.php/notre-organisation/mission-vision-valeurs.html>

Centre régional d'ergothérapie pour le développement de l'enfant (CREDE). (2015). *Champs d'action*. Repéré le 29 janvier 2016 à http://www.crede.ca/champs_action.php?page=1

Consultation. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consultation/18521>

Dankert, H. L., Davies, P. L., et Gavin, W. L. (2003). Occupational therapy effects on visual-motor skills in preschool children. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(5), 542-549.

Dreiling, D. S., et Bundy, A. C. (2003). A comparison of consultative model and direct-indirect intervention with preschoolers. *American Journal Of Occupational Therapy*, 57(5), 566-569.

Durand, K. C. (2015). *Étude des effets d'un dispositif de formation-accompagnement sur le sentiment d'efficacité personnelle des enseignants du préscolaire face à l'acquisition des habiletés motrices chez leurs élèves*. Trois-Rivières, Québec : Université du Québec à Trois-Rivières.

Ferland, F. (1992). Le jeu en ergothérapie : réflexion préalable à l'élaboration d'un nouveau modèle de pratique. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 59(2), 95-101.

Ferland, F. (2014). *Le développement de l'enfant au quotidien : de 0 à 6 ans* (2^e éd.). Montréal, Québec : Éditions du CHU Sainte-Justine.

Gallagher, F. (2014). La recherche descriptive : description des besoins psychosociaux de femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage du cancer du sein. Dans M. Corbière et N. Larivière (Eds), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd., p.5-27). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Gaudreau, N., Royer, É., Beaumont, C., et Frenette, É. (2012). Le sentiment d'efficacité personnelle des enseignants et leurs pratiques de gestion de la classe et des comportements difficiles des élèves. *Revue Canadienne de l'Éducation*, 35(1), 82-101.

Gaudreau, N. (2013). Soutenir la mise en œuvre de nouvelles pratiques éducatives par l'accompagnement des enseignants et le développement de leur sentiment d'efficacité personnelle. Dans M. Doucet et J. Pharand (Eds), *Accompagnement, enseignement et apprentissage : quand les émotions s'en mêlent* (p.174-197). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Gouvernement du Québec. (2001). *Guide pour faciliter l'action concertée en matière d'intégration des enfants handicapés dans les services de garde du Québec*. Repéré le 22 janvier 2016 à https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/SF_guide_integration_enfants_handicapes.pdf

Gouvernement du Québec. (2007). *Accueillir la petite enfant – Le programme éducatif des services de garde du Québec. Mise à jour*. Repéré le 22 janvier 2016 à https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/programme_educatif.pdf

Gouvernement du Québec. (2009). *Évaluation de l'allocation pour l'intégration des enfants handicapés dans les services de garde (AIEH)*. Repéré le 16 février 2016 à https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Rapport_avec_annexes_complet_final_08-07-2009.pdf

Gouvernement du Québec. (2011). *Dossier pour l'intégration d'un enfant handicapé en service de garde : Information générale et marche à suivre*. Repéré le 22 janvier 2016 à https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/SF_integration_enfant_handicap_info_generale.pdf

Gouvernement du Québec. (2013). *Programme éducatif*. Repéré le 22 janvier 2016 à <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde/cpe-garderies/programme-educatif/programme-educatif/Pages/index.aspx>

Gouvernement du Québec. (2014a). *Éducatrices et éducateurs de la petite enfance : une carrière pleine de vie.* Repéré le 29 février 2016 à <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/documents/carriere-brochure.pdf>

Gouvernement du Québec. (2014b). *Statistiques officielles – 2013-2014.* Repéré le 10 mars 2016 à <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/ministere/ministere/statistiques-officielles/Pages/statistiques-officielles-2013-2014.aspx>

Gouvernement du Québec. (2016a). *Formation.* Repéré le 28 février 2016 à <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde/cpe-garderies/gestion-rh/formation/Pages/index.aspx>

Gouvernement du Québec. (2016b). *Budgets.* Repéré le 12 juillet 2016 à <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/index.asp>

Gouvernement du Québec. (2016c). *Budget de dépenses.* Repéré le 12 juillet 2016 à <http://www.tresor.gouv.qc.ca/budget-de-depenses/politiques-et-gestion-des-ressources-budgetaires/>

Government of Western Australia. (s. d.). *The Better Health Improvement Program (BeHIP).* Repéré le 29 mai 2016 à <http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/behip/home/>

Hibbard, J. H., et Greene, J. (2013). What the evidence shows about patient activation : better health outcomes and care experiences. *Health Affairs*, 32(2), 207-214.

Huang, Y.-H., Peyton, C. G., Hoffman, M., et Pascua, M. (2011). Teacher perspectives on collaboration with occupational therapists in inclusive classrooms : a pilot study. *Journal of Occupational Therapy, Schools and Early Intervention*, 4(1), 71-89.

Hung, W. W., et Pang, M. Y. (2010). Effects of group-based versus individual-based exercise training on motor performance in children with developmental coordination disorder : a randomized controlled pilot study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(2), 122-128.

Hutton, E. (2009). Occupational therapy in mainstream primary schools : an evaluation of a pilot project. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(7), 308-313.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2014). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants : état des connaissances.* Repéré le 15 juillet 2016 à <https://www.inspq.qc.ca/publications/1771>

Jayadevappa, R., et Chhatre, S. (2011). Patient centered care : a conceptual model and review of the state of the art. *The Open Health Services and Policy Journal*, 4(1), 15-25.

Johal, H. (2002). *Soins de santé primaires : dépistage précoce des TDC*. Repéré le 22 juillet 2016 à <http://www.caot.ca/default.asp?ChangeID=96&pageID=490>

Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Mercier, A.-M., Muriel, G., Ghadiri, D. P., et Boucher, A. (2010). *Le patient partenaire de soins : un atout pour le médecin!* Repéré le 29 mai 2016 à <http://www.medecinsfrancophones.ca/publications/articles/interdisciplinarite/patient-partenaire-dumez.fr.html>

Kasari, C., Freeman, S., et Paparella, T. (2006). Joint attention and symbolic play in young children with autism : a randomized controlled intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(6), 611-620.

Kennedy, S., et Stewart, H. (2012). Collaboration with teachers : a survey of South Australian occupational therapists' perceptions and experiences. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(2), 147-155.

King, J., et Moulton, B. (2013). Group health's participation in a shared decision-making demonstration yielded lessons such as role of culture change. *Health Affairs*, 32(2), 294-302.

Krizaj, T., et Hurst, J. (2012). Perceptions of a client-centred approach among Slovenian occupational therapists. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 19(2), 70-78.

Lafortune, L. (2008). *Guide pour l'accompagnement professionnel d'un changement*. Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Leclerc, A.-A. et Gosselin, J. (s. d.). *Intervention précoce en ergothérapie*. Repéré le 7 décembre 2015 à <http://www.portailenfance.ca/wp/modules/intervention/intervention-precoce/>

Légaré, F., et Witteman, H. O. (2013). Shared decision making : examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Affairs*, 32(2), 276-284.

Medcalf, N. A., Hoffman, T. J., et Boatwright, C. (2013). Children's dreams viewed through the prism of Maslow's hierarchy of needs. *Early Child Development and Care*, 183(9), 1324-1338.

Miles, M. B., et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). Bruxelles, Belgique : de Boeck Supérieur.

Missiuna, C. A., Pollock, N. A., Levac, D. E., Campbell, W. N., Sahagian Whalen, S. D., Bennett, S. M., ... Russell, D. J. (2012). Partnering for Change : an innovative school-based occupational therapy service delivery model for children with developmental coordination disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(1), 41-50.

Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). (2007). *La participation sociale des personnes handicapées au Québec: les activités éducatives pour la petite enfance*. Repéré le 10 mars 2016 à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1762557>

Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). (2012). *L'ergothérapie auprès de l'enfant qui présente un retard de développement*. Repéré le 13 mars 2016 à [http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Chroniques/Retards_developpement%20\(3\).pdf](http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Chroniques/Retards_developpement%20(3).pdf)

Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). (2015). *Répertoire du secteur privé*. Repéré le 13 mars 2016 à <http://www.oeq.org/form/repertoireRecherche.html>

Pettigrew, C. (2013). *Habiliter l'inclusion en service de garde des enfants présentant une déficience* (Essai de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières). Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/6897/1/030583939.pdf>

Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., et Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E. A. Townsend, H. J. Polatajko, et N. Cantin (Eds), *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., p.15-44). Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE.

Prigg, A. (2002). Experiences and perceived roles of occupational therapists working with children with special learning needs during transition to school : a pilot study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49(2), 100-111.

Reid, D., Chiu, T., Sinclair, G., Wehrmann, S., et Naseer, Z. (2006). Outcomes of an occupational therapy school-based consultation service for students with fine motor difficulties. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(4), 215-224.

Rens, L., et Joosten, A. (2014). Investigating the experiences in a school-based occupational therapy program to inform community-based paediatric occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(3), 148-158.

Rexe, K., McGibbon Lammi, B., et von Zweck, C. (2012). *Données probantes sur la rentabilité économique de l'ergothérapie.* Repéré le 22 juillet 2016 à <http://www.caot.ca/Nick/Lergo%20Canada.pdf>

Riley, C., et Rubarth, L. B. (2015). Supporting families of children with disabilities. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 44(4), 536-542.

Ross, J., et Bruce, C. (2007). Professional development effects on teacher efficacy : results of randomized field trial. *The Journal of Educational Research*, 101(1), 50-60.

Satisfaction. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne.* Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/satisfaction/71085>

Sayers, B. R. (2008). Collaboration in school settings : a critical appraisal of the topic. *Journal of Occupational Therapy, Schools and Early Intervention*, 1(2), 170-179.

Self management UK. (2016). *Who we are.* Repéré le 29 mai 2016 à <http://selfmanagementuk.org/who-we-are>

Shasby, S., et Schneck, C. (2011). Commentary on collaboration in school-based practice : positives and pitfalls. *Journal of Occupational Therapy, Schools and Early Intervention*, 4(1), 22-33.

Stewart, K. B. (2009). Natural Environments or Naturalistic Learning Opportunities: What Is the Evidence in Early Intervention? *Journal of Occupational Therapy, Schools, and Early Intervention*, 2(1), 2-5.

Tétreault, M. (2014). *La pratique de l'ergothérapeute dans les services de première ligne au Québec auprès d'enfants âgés de 0-17 ans* (Essai de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières). Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/7461/1/030824177.pdf>

Tinsel, I., Buchholz, A., Vach, W., Siegel, A., Dürk, T., Loh, A., ... Fischer, K.-G. (2012). Implementation of shared decision making by physician training to optimise hypertension treatment. *BMC Cardiovascular Disorders*, 12(73), 1-8.

Tonga, E., Düger, T., et Karatas, M. (2016). Effectiveness of client-centered occupational therapy in patients with rheumatoid arthritis : exploratory randomized controlled trial. *Archives of Rheumatology*, 31(1), 6-13.

Townsend, E. A., Whiteford, G., Polatajko, H. J., Craik, J., et Hocking, C. (2008). Continuum de l'habilitation. Dans *Habiliter à l'occupation – Faire avancer la perspective*

ergothérapie de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation, E. A. Townsend, H. J. Polatajko, p.127, Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE.

Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., ... Brown, J. (2013). Habiliter : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E. A. Townsend, H. J. Polatajko, et N. Cantin (Eds), *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapie de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., p.103-158). Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE.

Université de Montréal. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. Repéré le 22 janvier 2016 à http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation_1.1.pdf

Université de Montréal. (2016). *Baccalauréat en éducation préscolaire et enseignement primaire*. Repéré le 15 août 2016 à <https://admission.umontreal.ca/programmes/baccalaureat-en-education-prescolaire-et-enseignement-au-primaire/structure-du-programme/>

Université de Montréal. (s. d.). *Le partenariat de soins et de services*. Repéré le 29 mai 2016 à <http://medecine.umontreal.ca/faculte/direction-collaboration-partenariat-patient/le-partenariat-de-soins-et-services/>

Villeneuve, M. (2009). A critical examination of school-based occupational therapy collaborative consultation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(1_suppl), 206-218.

Wehrmann, S., Chiu, T., Reid, D., et Sinclair, G. (2006). Evaluation of occupational therapy school-based consultation service for students with fine motor difficulties. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(4), 225-235.

Whitcomb, D. A. (2012). Attachment, occupation and identity : considerations in infancy. *Journal of Occupational Science*, 19(3), 271-282.

ANNEXE A
DROITS AUTORISANT L'UTILISATION DE LA FIGURE DU MCHCC



Canadian Association of Occupational Therapists
Association canadienne des ergothérapeutes

CAOT Publications ACE

**Demande d'autorisation d'utiliser du matériel protégé par
le droit d'auteur**

Mai 24 2016

Cynthia Verreault

Madame,

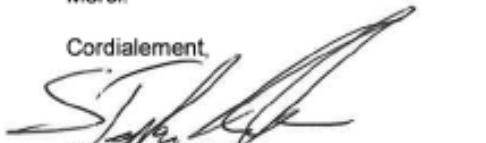
Selon votre requête, vous souhaitez obtenir l'autorisation d'utiliser la figure 4.3 du diagramme du MCHCC afin de la présenter dans votre essai : « L'accompagnement en ergothérapie auprès d'un centre de la petite enfance » présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Figure 4.3 (MCHCC) Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client, dans E.A. Townsend, G Whitford, H.J. Polatajko, J. Craik et C. Hocking (2008) *Habiliter à l'occupation – Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.127 Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.

L'autorisation d'utiliser la figure citée ci-dessus vous est accordée pour une seule fois, à la condition que la source de la figure soit citée. Veuillez- vous assurer que la référence complète de la source accompagne la figure, pour indiquer que l'utilisation de la figure a été autorisée par CAOT Publications ACE. Cette autorisation est strictement réservée à l'usage mentionné ci-dessus et ne comprend pas de droit d'utilisation pour tout autre usage, comme de futures éditions, des traductions ou toute autre publication électronique.

Merci.

Cordialement,



Stéphanie Rochon
Administrateur aux publications de l'ACE

ANNEXE B
QUESTIONS DE L'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE

- 1) En quoi consiste l'accompagnement en ergothérapie ?
- 2) Comment percevez-vous l'accompagnement en ergothérapie ?
- 3) Comment votre pratique a changé suite à l'accompagnement en ergothérapie ?
- 4) De façon générale, sur une échelle de 1 à 10 (1 étant pas du tout satisfait et 10 étant très satisfait), comment êtes-vous satisfait de l'accompagnement en ergothérapie ?
 - Pour quelles raisons ?
 - Voyez-vous des avantages/inconvénients à l'accompagnement en ergothérapie ?
 - Comment cet accompagnement pourrait être amélioré ?