

**Engagement des enfants en contexte de thérapie : Création d'un outil de références pour  
les professionnels de la santé**

Megane Lapointe

Département d'ergothérapie, UQTR, Campus de Drummondville

ERG6015 – Projet d'intégration

Myriam Chrétien-Vincent, professeure

Décembre 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou 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 ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

## Remerciements

Je souhaite remercier ma directrice de maîtrise, Madame Myriam Chrétien-Vincent, qui a été un repère tout au long de cette démarche. Elle a su remplir son rôle en guidant lors des impasses, en faisant preuve de constructivité dans ses commentaires et en rassurant dans les moments de questionnement. Elle a également su instaurer un climat de confiance, me permettant de progresser avec assurance dans la réalisation de mon projet d'intégration.

Je remercie également Mathieu Dumont, superviseur de mes séminaires, ainsi que mes collègues de séminaire, pour les échanges enrichissants et la bienveillance qui ont régné tout au long de nos rencontres.

Un immense merci à tous les ergothérapeutes qui ont généreusement offert de leur temps pour participer à ce projet en répondant au questionnaire. Sans leur précieuse contribution, ce projet n'aurait pu voir le jour.

Finalement, je tiens à adresser à ma famille un remerciement sincère et infini pour le soutien tout au long de ce projet, mais aussi pour l'ensemble de mon parcours universitaire. Votre présence, votre écoute attentive et vos encouragements constants ont été une source précieuse de réconfort et d'amour dans mon cheminement, et ce, malgré la distance. Je vous en serai toujours profondément reconnaissante.

## Table des matières

<b>Remerciements .....</b>	<b>2</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>3</b>
<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>5</b>
<b>Liste des figures .....</b>	<b>6</b>
<b>Liste des abréviations .....</b>	<b>7</b>
<b>Résumé.....</b>	<b>8</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>10</b>
<b>1. Introduction.....</b>	<b>12</b>
<b>2. État des connaissances.....</b>	<b>14</b>
2.1 Augmentation des besoins et de la complexité des cas.....	14
2.2 Accessibilité aux services professionnels .....	16
2.3 Problématiques spécifiques liées à l'accès aux services .....	17
2.4 L'importance de l'engagement pour habiliter à l'occupation .....	18
2.5 Stratégies utilisées par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement des enfants en contexte de thérapie .....	19
<b>3. Objectif et question de recherche .....</b>	<b>22</b>
<b>4. Cadres de recherche.....</b>	<b>23</b>
4.1 Cadre motivationnel de l'engagement .....	24
4.1.1 Réceptivité .....	24
4.1.2 Volonté .....	25
4.1.3 Auto-efficacité .....	25
4.2 Cadre de raisonnement clinique d'Ashburner et al. (2014) .....	26
4.2.1 Adaptation des tâches et de l'environnement pour permettre la participation .....	27
4.2.2 Intégration de stimulations sensorielles dans les routines quotidiennes pour moduler le niveau d'éveil.....	28
4.2.3 Utilisation de stratégies comportementales pour gérer les réactions sensorielles	28
4.2.4 Aider les enfants à développer leurs propres stratégies d'autorégulation.....	29
4.2.5 Utiliser des principes de conception universelle pour optimiser le fonctionnement dans les environnements partagés .....	30
<b>5. Méthodologie .....</b>	<b>32</b>
5.1 Devis de recherche .....	32
5.2 La démarche méthodologique.....	33
5.2.1 Étape 2 : Choix et justification du support du matériel .....	33
5.2.2 Étape 3 : Choix et justification du format du matériel .....	34
5.2.2.1 Théorique. ....	34
5.2.2.2 Stratégique. ....	35
5.2.2.3 Pratique. ....	36
5.2.3 Étape 4 : Mise en forme du matériel pédagogique (sondage).....	36

5.2.3.1	Participants.....	36
5.2.3.2	Processus de recrutement.....	37
5.2.3.3	Collecte de données.....	37
5.2.3.4	Analyse des données.....	39
5.2.3.5	Considérations éthiques.....	40
5.2.4	Étape 6 : Mise à l'essai du matériel ou évaluation par les pairs.....	40
<b>6.</b>	<b>Résultats.....</b>	<b>42</b>
6.1	Étape 4 : Mise en forme du matériel pédagogique (résultats du sondage).....	42
6.1.1	Portrait des participants.....	42
6.1.2	Stratégies ressorties.....	44
6.1.2.1	Soutien au sentiment de compétence.....	45
6.1.2.2	Soutien au sentiment d'autonomie.....	45
6.1.2.3	Soutien à la motivation.....	46
6.1.2.4	Adaptation des tâches et de l'environnement pour permettre la participation.....	48
6.1.2.5	Intégration de stimulations sensorielles pour réguler l'éveil.....	48
6.1.2.6	Stratégies comportementales.....	49
6.1.2.7	Développement des stratégies d'autorégulation.....	49
6.1.2.8	Application des principes de conception universelle dans l'environnement.....	50
6.1.2.9	Supports visuels pour structurer la séance.....	50
6.2	Étape 4 : Mise en forme du matériel pédagogique (création de l'outil).....	50
6.2.1	Étape 6 : Mise à l'essai du matériel ou évaluation par les pairs.....	53
<b>7.</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>56</b>
7.1	Interprétation des résultats.....	56
7.2	Comparaison avec la littérature.....	57
7.3	Processus méthodologique.....	61
7.3.1	Étape 5 : Adéquation entre le matériel pédagogique et le cadre conceptuel.....	61
7.3.2	Étape 7 : Réflexion sur la production du matériel.....	62
7.4	Implications théoriques et pratiques.....	64
7.5	Force et limites de l'étude.....	67
<b>8.</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>69</b>
	<b>Références.....</b>	<b>71</b>
	<b>Annexe A.....</b>	<b>79</b>
	Version finale de l'outil.....	79

**Liste des tableaux**

Tableau 1. Caractéristiques de la pratique des participants .....	44
Tableau 2. Stratégies générales pour favoriser l'engagement l'enfant .....	45
Tableau 3. Stratégies spécifiques pour favoriser l'engagement de l'enfant.....	47

### Liste des figures

Figure 1. Forme initiale de l’outil de référence sur les stratégies pour favoriser l’engagement des enfants en contexte de thérapie .....	52
Figure 2. Version finale de l’outil de référence sur les stratégies pour favoriser l’engagement des enfants en contexte de thérapie .....	55

### Liste des abréviations

AIEH	Allocation pour l'intégration d'un enfant handicapé
AISG	Allocation pour l'intégration en services de garde
BIQ	Banque interactive de questions
DI	Déficiences intellectuelles
EQDEM	Enquête québécoise sur le développement des enfants de la maternelle
IMDPE	Instrument de mesure du développement de la petite enfance
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
LIP	Loi sur l'instruction publique
MCPO	Modèle canadien du processus en ergothérapie
MCREO	Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels
MOH	Modèle de l'Occupation Humaine
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PASSAGE	Parcours de Soins et de Services dans le programme Agir tôt en Estrie
PC	Paralysie cérébrale
RGD	Retard global du développement
TDC	Trouble développemental de la coordination
TND	Troubles neurodéveloppementaux
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
IRDPO	Institut de réadaptation en déficiences physiques de Québec

## Résumé

**Problématique :** L'augmentation des besoins et de la complexité des cas chez les enfants, jumelée aux difficultés d'accessibilité aux services professionnels, souligne l'importance d'optimiser les interventions offertes dans le système de la santé. L'engagement des enfants constitue un levier central pour favoriser l'efficacité des interventions, mais les stratégies concrètes utilisées en thérapie demeurent peu documentées. **Objectif :** Le projet vise à créer un outil de référence pour les professionnels de la santé œuvrant auprès des enfants qui permettra de regrouper des stratégies concrètes visant à favoriser l'engagement des enfants en contexte de thérapie. **Cadre conceptuel :** L'analyse a été soutenue par le cadre motivationnel de King et al. (2014) et par le cadre de raisonnement clinique d'Ashburner et al. (2014). Ensemble, ces deux cadres ont offert une assise à la fois clinique et théorique pour organiser les résultats et concevoir le matériel pédagogique. **Méthode :** La question de recherche était : « Quelles sont les stratégies concrètes mises en place par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement des enfants en contexte de thérapie ? ». Un devis de type « production de matériel pédagogique » (Paillé, 2007) a guidé la démarche. Un sondage en ligne anonyme a été réalisé et a rejoint 39 ergothérapeutes œuvrant auprès d'enfants de 0 à 18 ans dans divers milieux. Les réponses aux questions ouvertes ont été analysées selon une analyse de contenu dirigée (Hsieh et Shannon, 2005) combinant un codage déductif à partir des deux cadres conceptuels et un codage inductif pour faire émerger une nouvelle catégorie. Le matériel pédagogique, conçu sous forme de document écrit et illustré, a ensuite été validé par des intervenants du réseau de la santé ainsi que par des étudiantes finissantes à la maîtrise en ergothérapie, afin d'en évaluer la pertinence et la clarté. **Résultats :** Neuf catégories de stratégies ont été identifiées à travers les réponses au sondage et forment le contenu de l'outil développé : soutien au sentiment de compétence, soutien à l'autonomie,

soutien à la motivation, adaptation des tâches et de l'environnement, intégration de stimulations sensorielles, stratégies comportementales, développement de l'autorégulation, application de principes de conception universelle et utilisation de supports visuels. **Discussion :** L'étude met en évidence la richesse du savoir expérientiel en ergothérapie et sa complémentarité avec les cadres théoriques. Les stratégies reflètent des pratiques diversifiées, adaptées aux profils et besoins des enfants, et confirment la pertinence d'un répertoire structuré pour enrichir la pratique clinique. **Conclusion :** L'outil pédagogique produit représente une contribution favorisant le partage des savoirs cliniques pour optimiser les pratiques. Il ouvre la voie à des travaux futurs visant à tester et enrichir son utilisation dans différents milieux cliniques.

**Mots-clés :** Engagement, enfants, ergothérapie, stratégies cliniques, matériel pédagogique.

## Abstract

**Problem:** The increasing needs and complexity of cases among children, combined with limited access to professional services, highlight the importance of optimizing interventions within the healthcare system. Children's engagement is a central lever for enhancing intervention effectiveness, yet the specific strategies used in therapy remain generally under-documented, particularly in the Quebec context. **Objective:** This project aims to create a reference tool for healthcare professionals working with children, compiling strategies used by occupational therapists to support children's engagement in therapeutic contexts. **Conceptual Framework:** The analysis was supported by King et al.'s (2014) motivational framework and Ashburner et al.'s (2014) clinical framework. Together, these frameworks offered both a clinical and theoretical foundation for organizing the results and designing the educational material. **Method:** The research question was: "What concrete strategies do occupational therapists implement to promote children's engagement in therapy?". A "pedagogical material production" design (Paillé, 2007) guided the process. An anonymous online survey was conducted with 39 occupational therapists working with children aged 0 to 18 years in various settings. Open-ended responses were analyzed using a directed content analysis, combining deductive coding based on the two conceptual frameworks with inductive coding to identify a new category. The pedagogical tool, developed as a written and illustrated document, was subsequently reviewed by healthcare professionals as well as graduate students in occupational therapy to assess its relevance and clarity. **Results:** Nine categories of strategies were identified across survey responses and form the content of the developed tool: support for competence, support for autonomy, support for motivation, task and environment adaptation, sensory input integration, behavioral strategies, self-regulation development, application of universal design principles, and

use of visual supports. **Discussion:** The study highlights the richness of experiential knowledge in occupational therapy and its complementarity with theoretical frameworks. The strategies reflect diverse practices tailored to children's profiles and needs, confirming the relevance of a structured repertoire to enhance clinical practice. **Conclusion:** The educational tool produced represents a contribution to the sharing of clinical knowledge and the optimization of practices. It paves the way for future research aimed at testing and enriching its use in various clinical settings.

**Keywords:** Engagement, children, occupational therapy, clinical strategies, educational material.

## 1. Introduction

Travailler auprès des enfants en contexte thérapeutique est une expérience à la fois stimulante et exigeante. Contrairement aux adultes, les enfants ne peuvent pas toujours être motivés par un objectif rationnel ou par la simple demande de réaliser une tâche. Pour susciter leur participation, l'intervenant doit créer un environnement sécurisant, faire preuve de flexibilité et d'adaptabilité, offrir des activités significatives basées sur les intérêts de l'enfant et surtout établir un lien de confiance qui permettra à l'enfant de s'engager activement dans la thérapie (Bright et al., 2015 ; D'Arrigo et al., 2020a ; King et al., 2017). Cet engagement, pourtant essentiel à la progression, constitue souvent un défi, particulièrement chez les enfants qui présentent des difficultés comportementales ou émotionnelles.

Lors de mon premier stage en pédiatrie, j'ai rapidement constaté cette réalité. Amener un enfant à collaborer et à persévérer dans des tâches parfois exigeantes ne va pas de soi et demande un véritable savoir-faire et une capacité à mettre en place le juste défi (Poulsen et al., 2015). Heureusement, j'ai pu bénéficier de l'accompagnement d'ergothérapeutes d'expérience qui m'ont transmis des stratégies concrètes pour adapter les activités, prévenir les crises ou encore transformer un moment de résistance en une occasion de réussite. J'ai alors pris conscience de la richesse de ce savoir expérientiel, qui ne se trouve pas dans les manuels universitaires, mais qui se développe au fil des rencontres cliniques et se transmet souvent de manière informelle entre collègues.

Cette réalité est d'ailleurs soulevée dans une publication de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, où Nader (2009) relève que les enfants suivis en première ligne présentent souvent des besoins variés et combinent plusieurs types de difficultés, qu'elles soient physiques, cognitives, affectives ou sociales. Dans ce contexte, il devient particulièrement pertinent pour les nouvelles

professionnelles d'avoir accès à un répertoire de stratégies leur permettant de s'inspirer et de mieux soutenir l'engagement des enfants. C'est dans cette perspective que s'inscrit le présent essai de maîtrise professionnelle. Il vise à documenter et organiser les stratégies utilisées par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement des enfants en contexte thérapeutique, dans le but de développer un outil de référence destiné à enrichir la pratique clinique.

Pour ce faire, cet essai présentera les différentes étapes d'une démarche de recherche, en commençant par la problématique à l'origine de celui-ci. L'objectif de cette section sera de mettre en lumière la pertinence d'offrir un outil basé sur les savoirs cliniques des ergothérapeutes pour favoriser l'engagement des enfants en contexte de thérapie. Par la suite, les deux cadres de recherche permettant de soutenir la question de recherche seront présentés. Cette section sera suivie par la présentation de la méthodologie de recherche, qui expliquera la démarche effectuée ainsi que le devis choisi. Pour poursuivre, les résultats seront présentés, suivis de la discussion, laquelle inclura également les forces et les limites de l'essai ainsi que les retombées pour la pratique et pour la recherche future. Enfin, l'ensemble de l'essai sera brièvement résumé dans la conclusion.

## 2. État des connaissances

### 2.1 Augmentation des besoins et de la complexité des cas

Au cours des dernières années, les besoins et la complexité des cas chez les jeunes ont augmenté, comme le prouvent plusieurs sources (Charters et al., 2024; Ducharme et al., 2023; Ministère de la Famille, 2023; Observatoire des tout-petits, 2023). Par exemple, *l'Enquête québécoise sur le développement des enfants de la maternelle* (EQDEM) a brossé un portrait pour illustrer l'évolution de la vulnérabilité de ces enfants de cinq ans en se basant sur l'instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE; Ducharme et al., 2023). Ainsi, cette enquête considère cinq domaines interdépendants du développement de l'enfant pour déterminer la vulnérabilité : la santé physique et le bien-être, les compétences sociales, la maturité affective, le développement cognitif et langagier ainsi que les habiletés de communication et les connaissances générales (Ducharme et al., 2023). De 2012 à 2022, une augmentation de 3,1 % a été notée pour les enfants classés vulnérables dans au moins un domaine, passant de 25,6 % à 28,7 %. Pour ceux classés vulnérables dans au moins deux domaines, cette hausse s'élève à 1,9 %, soit de 12,7 % à 14,6 %. Ces résultats témoignent clairement de l'accroissement des besoins.

Ducharme et al. (2023) ont également constaté qu'en 2022 plus de la moitié (51,2 %) des enfants visés par l'EQDM ont reçu des services d'une ressource professionnelle non enseignante, tels que des orthophonistes, orthopédagogues, psychoéducateurs, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, personnel infirmier, hygiéniste dentaire, techniciens en éducation spécialisée ou autre. D'ailleurs, cette proportion tient compte seulement des services reçus dans le cadre scolaire, ce qui signifie qu'elle pourrait être encore plus élevée (Ducharme et al., 2023).

Par ailleurs, Statistique Canada a mené une étude visant à contribuer à l'élaboration d'une mesure nationale de l'incapacité des enfants fondée sur un modèle social (Charters et al., 2024). Pour ce faire, Charters et al. (2024) ont repris le recensement de 2016 qui était basé sur un questionnaire composé de questions filtres permettant aux parents d'indiquer les difficultés éprouvées par leurs enfants dans des sphères telles que la vue, l'ouïe, la mobilité, la souplesse ou la dextérité, l'apprentissage, la mémorisation ou la concentration, la santé émotionnelle, psychologique ou mentale, ainsi que d'autres conditions de santé. Une réponse positive à l'une de ces questions représentait un indicateur d'incapacité. Ainsi, ils ont observé une augmentation de 3 % entre les recensements de 2016 et de 2021 où la proportion d'enfants âgés de 0 à 14 ans ayant présenté une réponse positive à l'une des questions est passée de 13,5 % en 2016 à 16,3 % en 2021 (Charters et al., 2024). Après analyse des résultats, cette augmentation est particulièrement marquée dans deux domaines : les difficultés d'apprentissage, de mémorisation ou de concentration (9,9 % par rapport à 7,9 %) et les problèmes de santé émotionnelle, psychologique ou mentale (6,5 % par rapport à 4,0 %; Charters et al., 2024).

Les besoins les plus importants des enfants s'observent aussi dans les hausses de demandes d'Allocation pour l'intégration en services de garde (AISG), autrefois nommée Allocation pour l'intégration d'un enfant handicapé (AIEH) dans les services de garde subventionnés (Ministère de la Famille, 2023). Selon le Ministère de la Famille (2023), la proportion de demandes a doublé passant de 2 % en 2008-2009 à 4 % en 2019-2020. Comme un rapport professionnel est nécessaire pour valider qu'un enfant présente une déficience significative et persistante entravant son intégration en service de garde, la proportion d'enfants nécessitant cette allocation pourrait être sous-estimée en raison de la difficulté d'accès aux professionnels de la santé (Observatoire des tout-petits, 2023).

## 2.2 Accessibilité aux services professionnels

Reconnaissant l'importance de l'intervention précoce pendant la période de développement critique des jeunes enfants, le gouvernement du Québec a instauré le programme Agir tôt. Ce programme vise à dépister les enfants en bas âge afin de détecter rapidement tout problème de développement et de les orienter vers les services appropriés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022). Depuis sa mise en place, un nombre important d'enfants ont été dépistés, dépassant même les objectifs initialement fixés (Ministère de la santé et des services sociaux, 2024). Toutefois, le rapport de l'Observatoire des tout-petits souligne que l'accessibilité aux services à la suite d'un dépistage positif demeure difficile et que les familles se retrouvent fréquemment confrontées à de longues listes d'attente. De plus, l'étude régionale PASSAGE (Parcours de Soins et de Services dans le programme Agir tôt en Estrie) révèle que les délais d'accès aux services se sont accrus depuis l'implantation du programme, variant entre 6 et 12 mois avant qu'une famille reçoive le soutien attendu (Pratte et al., 2023). Cependant, il est à noter que les délais d'attente varient grandement en fonction des régions (Observatoire des tout-petits, 2023).

De surcroît, selon une étude de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2021), les difficultés d'accessibilité sont également soulevées comme problématique dans la trajectoire de services pour les troubles neurodéveloppementaux (TND) chez les enfants de 0 à 7 ans. Ces troubles incluent notamment la déficience intellectuelle, les troubles de la communication, les troubles du spectre de l'autisme (TSA) ainsi que le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH; Mullin et al., 2013). Dans le cadre de cette étude qui visait à améliorer l'accessibilité, l'efficacité, la coordination et la continuité des services, notamment en ce qui concerne la transition vers l'école, les gestionnaires du système de santé interrogés ont

souligné que le programme Agir tôt est perçu comme une belle initiative. Toutefois, ils ont également indiqué que le manque considérable de ressources, combiné à l'augmentation des dépistages, pourrait constituer un goulot d'étranglement (INESSS, 2021).

### **2.3 Problématiques spécifiques liées à l'accès aux services**

Malgré les efforts du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des bris dans la trajectoire de soins persistent. Le rapport d'enquête *L'élève avant tout* (Protecteur du citoyen, 2022) souligne que les services offerts aux élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage demeurent difficiles d'accès dans des délais jugés raisonnables. Pourtant, la *Loi sur l'instruction publique* (LIP) garantit la gratuité des services éducatifs complémentaires dans le réseau scolaire public (Gouvernement du Québec, 2025). L'enquête révèle cependant que de nombreux parents se tournent vers le secteur privé afin d'accéder plus rapidement à des services, qu'il s'agisse d'un diagnostic, de services ponctuels ou à long terme, ou encore d'évaluations. Cette réalité engendre des inégalités, puisque les familles qui n'ont pas les moyens de recourir au privé doivent se résigner à de longues listes d'attente dans le réseau public (Protecteur du citoyen, 2022).

De manière générale, l'accès aux services est freiné par plusieurs enjeux, dont la pénurie de main-d'œuvre (INESSS, 2021). En 2021, le gouvernement du Québec a d'ailleurs lancé l'Opération main-d'œuvre, une initiative visant à contrer le manque de professionnels dans des secteurs clés, notamment dans le réseau de la santé et des services sociaux (Gouvernement du Québec, 2021, 30 novembre). Cette opération, prévue jusqu'en 2026, vise à renforcer la capacité du système à répondre aux besoins croissants. Cette pénurie peut en partie expliquer les délais d'attente pour obtenir une évaluation diagnostique ou accéder à des interventions (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2024). Poirier et Vallée-Ouimet (2015) rapportent également que les parents doivent attendre plusieurs mois avant d'obtenir un diagnostic et de recevoir les

services nécessaires. Par ailleurs, l'étude de l'INESSS (2021), portant sur la trajectoire de services pour l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux (TND) chez les enfants de la naissance à sept ans, met en lumière plusieurs problématiques majeures. On y souligne un manque d'informations fournies aux parents concernant les services disponibles, une trajectoire de services mal définie et mal coordonnée, une accessibilité limitée, des inefficacités dans la prestation des services, ainsi qu'un manque de coordination et de continuité dans le suivi des enfants et de leur famille (Poirier et Vallée-Ouimet, 2015).

#### **2.4 L'importance de l'engagement pour habilitier à l'occupation**

À la lumière des défis liés à l'accessibilité aux services et aux longs délais d'attente, il devient primordial d'optimiser les interventions offertes aux enfants lorsque ceux-ci y ont accès. Cela passe notamment par la capacité des professionnels à susciter et maintenir l'engagement actif des jeunes tout au long du processus thérapeutique.

Le concept d'engagement est fréquemment évoqué dans la littérature en ergothérapie (Lawlor, 2012) et constitue une composante essentielle des modèles de pratique. Le concept d'engagement a d'ailleurs été défini par King et al. (2014) comme étant un état multidimensionnel basé sur des composantes affectives, cognitives et comportementales, qui se traduit par une motivation à s'engager tout au long du processus thérapeutique. Lawlor (2012) souligne d'ailleurs l'importance centrale de cet engagement dans l'efficacité des interventions, qui repose sur la co-construction d'expériences thérapeutiques significatives. Dans le même esprit, Townsend et Polatajko (2013) placent également l'engagement au cœur du processus d'habilitation et basé sur une relation de collaboration. Ils soutiennent que lorsqu'un enfant se sent écouté, respecté et valorisé, il est plus enclin à s'investir activement dans les interventions (Townsend et Polatajko, 2013).

De plus, plusieurs modèles théoriques fondamentaux viennent renforcer cette idée. Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) met en évidence l'importance de l'interaction entre la personne, l'environnement et les occupations significatives (Townsend et Polatajko, 2013). Ce modèle encourage lui aussi une relation collaborative et une approche centrée sur l'enfant afin de favoriser une participation authentique (Townsend et Polatajko, 2013). Le Modèle de l'occupation humaine (MOH) de Kielhofner (2008) présente la volition, la motivation intrinsèque et le désir d'agir comme moteur essentiel de l'engagement, ce qui vient renforcer l'idée que l'engagement doit être au centre de la démarche d'intervention (Taylor, 2017). Plus récemment, le Modèle canadien du processus en ergothérapie (MCPO) confirme cette importance en intégrant explicitement l'engagement à chaque étape de l'intervention (Egan et Restall, 2022). Il met en avant le rôle actif de la personne dans l'identification de ses priorités, la planification des objectifs et la mise en œuvre des stratégies, ce qui est particulièrement pertinent lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès d'enfants. Ainsi, en intégrant l'enfant dans le processus décisionnel et en valorisant sa participation, le thérapeute favorise non seulement son engagement, mais aussi la pertinence et l'impact de l'intervention (Egan et Restall, 2022).

## **2.5 Stratégies utilisées par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement des enfants en contexte de thérapie**

L'engagement des enfants dans les interventions en ergothérapie repose sur l'utilisation de stratégies ciblées selon le profil de l'enfant et adapté au contexte thérapeutique. Quelques recherches permettent de mettre en lumière les principes sous-jacents à l'engagement des enfants. Cependant, peu d'entre elles décrivent concrètement les pratiques mises en œuvre lors des séances.

L'étude de D'Arrigo et al. (2020b) est l'une des rares recherches à s'être attardée aux stratégies utilisées en séance en ergothérapie. Réalisée à partir d'observations et d'entrevues semi-structurées auprès d'ergothérapeutes, cette étude visait à identifier les stratégies utilisées pour engager activement les enfants et les parents dans les séances ergothérapeutiques (D'Arrigo et al., 2020b). Les réponses des thérapeutes s'orientaient sur l'utilisation des intérêts de l'enfant, le fait d'offrir des choix, de structurer la séance, d'adapter les activités aux forces et préférences de l'enfant, de donner fréquemment des rétroactions positives et de créer une alliance thérapeutique chaleureuse en instaurant une communication bienveillante et non menaçante (D'Arrigo et al., 2020b). Des stratégies adaptatives ont aussi été relevées comme le fait d'être flexible pour s'adapter à l'humeur de l'enfant et aux stress familiaux. Une autre étude qui se démarque par son ancrage empirique est celle de King et al. (2022) qui ont adopté une approche exploratoire à travers des études de cas multiples. Bien que cette recherche complète les observations de D'Arrigo et al. (2020), elle relève d'une perspective davantage conceptuelle. En effet, King et ses collègues (2022) mettent en lumière les grands principes de l'engagement, notamment la reconnaissance des différences individuelles dans les sources de motivation de chaque enfant, l'importance de personnaliser les stratégies, le rôle central de la relation thérapeutique, ainsi que la nécessité d'un suivi constant des signes d'engagement tout au long de la séance (King et al., 2022). Même si ces études aident à mieux comprendre l'engagement des enfants en ergothérapie, la majorité a été menée à l'extérieur du Québec et s'appuie souvent sur des modèles théoriques ou des analyses post-séance. On en sait donc peu sur les stratégies concrètes réellement utilisées pendant les séances au Québec.

En somme, l'augmentation marquée des besoins et de la complexité des cas chez les enfants, combinée à des défis persistants d'accessibilité aux services professionnels malgré des initiatives

comme le programme Agir tôt, met en lumière la nécessité d'optimiser les interventions. Dans ce contexte, il est nécessaire de s'assurer que, lorsqu'un enfant accède aux services de thérapie, le thérapeute soit outillé pour soutenir efficacement son engagement tout au long des séances.

L'engagement des enfants en thérapie devient ainsi un levier essentiel pour maximiser les retombées des interventions. Bien que la littérature souligne l'importance de cet engagement et propose certains principes pour le soutenir, peu de recherches portent sur les stratégies concrètes mises en œuvre en séance, particulièrement dans le contexte québécois. C'est dans cette perspective que s'inscrit cet essai, qui vise à créer un outil de référence pour les intervenants en regroupant des stratégies concrètes favorisant l'engagement des enfants en contexte thérapeutique.

### **3. Objectif et question de recherche**

La présente étude vise à créer un outil de référence pour les intervenants, regroupant des stratégies concrètes visant à favoriser l'engagement des enfants en contexte de thérapie. Ainsi, cet objectif est issu de la question de recherche suivante : « Quelles sont les stratégies concrètes mises en place par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement des enfants en contexte de thérapie? ». Pour ce faire, un sondage auprès des ergothérapeutes du Québec a été utilisé comme moyen pour répondre à la question et à l'objectif de recherche.

#### 4. Cadres de recherche

Dans le cadre de cet essai, les fondements théoriques s'appuieront sur deux cadres de recherche complémentaires pour permettre une analyse plus complète des éléments de réponse des participants. Il s'agit du cadre conceptuel de King et al. (2014) ainsi que du cadre de raisonnement clinique élaboré par Ashburner et al. (2014).

Ces deux cadres ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence directe avec l'objectif de la recherche, qui consiste à créer un outil de référence regroupant des stratégies concrètes permettant de favoriser l'engagement des enfants en contexte de thérapie. Le cadre motivationnel de l'engagement proposé par King et al. (2014) a été choisi puisqu'il offre une compréhension des composantes affective, cognitive et comportementale de l'engagement, qui sont des dimensions essentielles pour interpréter la manière dont les ergothérapeutes soutiennent la participation des enfants. Parallèlement, le cadre de raisonnement clinique d'Ashburner et al. (2014) fournit des grandes catégories de stratégies cliniquement applicables, qui dans le cadre de cet essai, permettra de classer et d'organiser les stratégies ressorties par les répondants. Cela soutiendra la construction d'un outil clair, cohérent et transférable aux intervenants. Ces fondements théoriques orientent donc l'analyse des données recueillies et soutiennent la catégorisation des stratégies. De plus, l'objectif de cet essai n'est pas d'évaluer la mise en œuvre des interventions, mais plutôt de documenter les stratégies existantes afin de mettre en lumière les stratégies concrètement utilisées en contexte de thérapie. À cet égard, en combinant le fondement théorique de ces cadres et une flexibilité d'application, les catégories de stratégies identifiées par King et al. (2014) et Ashburner et al. (2014) offriront une structure pertinente pour classer et interpréter les résultats de cette recherche. Les deux cadres seront présentés ci-dessous avec les ajustements apportés pour favoriser leur applicabilité à cet essai.

## **4.1 Cadre motivationnel de l'engagement**

Il s'agit du cadre motivationnel de l'engagement proposé par King et al. (2014). Ce cadre découle d'une revue de la portée ayant exploré les facteurs prédictifs de l'engagement, l'efficacité des interventions visant à favoriser l'engagement, ainsi que les aspects interpersonnels des soins dans le cadre des interventions en santé mentale.

Afin d'en établir les fondements, les auteurs ont d'abord porté leur attention sur la définition et la compréhension du concept d'engagement. Ils ont ainsi dégagé trois composantes essentielles à celui-ci. En premier, l'engagement affectif désigne les attitudes positives du client ainsi que la confiance qu'il accorde à la thérapie et au thérapeute. En deuxième, l'engagement cognitif correspond à l'adhésion aux objectifs d'intervention et la reconnaissance de la pertinence de les travailler. Puis en troisième, l'engagement comportemental renvoie au sentiment d'efficacité personnelle, c'est-à-dire à la perception qu'a le client de sa capacité à mettre en œuvre les actions convenues en dehors des séances. Ces trois dimensions sont interreliées et contribuent ensemble à un état d'engagement optimal dans le processus thérapeutique (King et al., 2014).

Dans cette perspective, le cadre met de l'avant l'importance de soutenir activement ces trois composantes en mobilisant trois éléments clés issus du processus motivationnel, soit la réceptivité du client, sa volonté de s'impliquer, et son auto-efficacité (King et al., 2014). Ainsi, ces trois éléments clés du processus motivationnel seront présentés ci-dessous.

### **4.1.1 Réceptivité**

La réceptivité correspond selon King et al. (2014) à la composante affective de l'engagement et renvoie à l'ouverture du jeune à s'impliquer dans la thérapie. Ainsi, les auteurs soutiennent que lorsque l'enfant reconnaît son besoin de soutien et accorde sa confiance aux

interventions, il devient davantage disposé à écouter et à considérer les idées du thérapeute. C'est alors que selon King et al. (2014) cette réceptivité est renforcée par l'établissement d'une relation thérapeutique positive.

Dans le cadre de l'essai, cette catégorie a été renommée « Soutien à la motivation » afin de refléter plus clairement les propos des participants. Ainsi, cette catégorie regroupe les stratégies visant à stimuler l'engagement affectif de l'enfant et à développer une relation chaleureuse par le recours à des activités ludiques, à l'humour et à l'utilisation des intérêts de l'enfant.

#### **4.1.2 Volonté**

Pour King et al. (2014), l'aspect de la volonté correspond à la composante cognitive de l'engagement, c'est-à-dire à la conviction du jeune que la thérapie peut réellement l'aider. Cette croyance renforce sa motivation à s'impliquer activement. Ainsi, selon les auteurs, plus le plan d'intervention est en adéquation avec les attentes et les préoccupations de l'enfant, plus son implication sera favorisée.

Dans le cadre de l'essai, cette catégorie a été renommée « Soutien au sentiment d'autonomie » afin de refléter plus clairement les propos des participants. Ainsi, cette catégorie regroupe les stratégies visant à soutenir le sentiment d'autonomie du jeune en lui permettant de participer activement aux décisions. Les stratégies visant à créer un espace où le jeune peut exercer un certain contrôle, faire des choix et s'exprimer quant à ses préférences sont considérées dans cette catégorie.

#### **4.1.3 Auto-efficacité**

Finalement, pour King et al. (2014) l'auto-efficacité fait référence à la composante comportementale de l'engagement, c'est-à-dire à la croyance du jeune en sa capacité d'agir et de

réussir. Pour soutenir cette dimension, les auteurs mentionnent qu'il est essentiel de renforcer le sentiment de compétence en utilisant des stratégies adaptées aux forces du jeune.

Dans le cadre de l'essai, cette catégorie a été renommée « Soutien au sentiment de compétence » afin de refléter plus clairement les propos des participants. Ainsi, elle regroupe les stratégies visant à soutenir la confiance de l'enfant en ses capacités, à prévenir l'abandon face à la difficulté et à favoriser une expérience de réussite. Le juste défi et les stratégies qui utilisent les forces de l'enfant comme levier d'engagement ont d'ailleurs été considérés dans cette catégorie.

#### **4.2 Cadre de raisonnement clinique d'Ashburner et al. (2014)**

Le cadre de raisonnement clinique d'Ashburner et al. (2014) propose une démarche structurée permettant d'identifier et de mettre en œuvre des interventions visant à optimiser la participation des enfants confrontés à des défis sensoriels. Il repose sur une compréhension approfondie des interactions entre les caractéristiques sensorielles de l'enfant, son environnement et ses activités quotidiennes, afin d'orienter la prise de décision clinique (Ashburner et al., 2014). De plus, le cadre a été élaboré à partir d'une revue de la littérature, ce qui constitue un avantage important puisqu'il permet d'intégrer des connaissances théoriques et cliniques cohérentes. Toutefois, un bémol subsiste, car toutes les stratégies répertoriées n'ont pas été démontrées comme efficaces d'un point de vue scientifique.

Bien que ce cadre ait initialement été conçu pour soutenir la participation des enfants autistes, il demeure pertinent pour guider le choix de stratégies dans un contexte plus large. En effet, le cadre repose sur le jugement clinique du professionnel pour adapter les interventions en fonction des besoins et des caractéristiques spécifiques de chaque enfant (Ashburner et al., 2014). Cela favorise ainsi l'application du cadre à une clientèle diversifiée, surtout dans l'optique

où ce cadre met en lumière les principes clés pour favoriser la participation. Par exemple, l'étude de Chrétien-Vincent et al. (2023) a explicitement démontré que ce cadre pouvait être adapté pour bénéficier à un public plus large. En effet, l'intégration de stratégies sensorielles dans les routines quotidiennes et l'adaptation de l'environnement en milieu de garde ont montré des effets positifs non seulement sur la participation des enfants autistes, mais également sur l'ensemble du groupe, incluant les enfants sans condition particulière (Chrétien-Vincent et al., 2023). D'ailleurs, de plus en plus d'études démontrent que les stratégies sensorielles et d'autorégulation soutiennent la participation et l'engagement des enfants en contexte thérapeutique (Gill et al., 2018; Jasmin et al., 2023; Clark et al., 2024). Ces éléments soutiennent la pertinence du recours à ce cadre de recherche qui intègre les dimensions sensorielles visant à favoriser l'engagement en thérapie. Les catégories de stratégies issues de ce cadre seront présentées ci-dessous.

#### ***4.2.1 Adaptation des tâches et de l'environnement pour permettre la participation***

L'objectif principal de cette catégorie est de venir soutenir la participation des enfants par la modification de la tâche donnée ou de l'environnement. Ainsi, les interventions incluses dans cette catégorie visent à minimiser les sources de distraction et à offrir des alternatives acceptables dans le cas d'une nécessité à gérer des besoins sensoriels. Les stratégies nommer en exemple par les auteurs sont : l'utilisation de cloisons d'étude pour diminuer les stimulations visuelles, introduire des embouts de crayon à mâcher, qui est plus socialement acceptable au mâchouillage de vêtements par exemple, et l'utilisation de casque antibruit.

Dans le cadre de cet essai, cette catégorie conserve son nom, mais sa portée a été élargie pour intégrer des ajustements au-delà des propriétés sensorielles, à la fois au niveau de la tâche, du matériel et du positionnement de l'enfant. Elle regroupe les stratégies permettant d'adapter la complexité, le format ou le contexte des activités.

#### ***4.2.2 Intégration de stimulations sensorielles dans les routines quotidiennes pour moduler le niveau d'éveil***

Cette catégorie regroupe les stratégies qui visent à aider les enfants à atteindre un niveau d'éveil et d'attention optimal pour favoriser leur participation et leurs apprentissages. Il est rapporté qu'en effet les fluctuations d'éveil peuvent varier entre l'hyporéactivité s'illustrant par une passivité et un manque de réactivité et l'hyperréactivité s'illustrant par de l'agitation et de l'impulsivité. Ainsi, Ashburner et al. (2014) soutiennent que l'intégration de stimulations sensorielles spécifiques dans les routines quotidiennes contribue à stabiliser le niveau d'éveil et favorise l'autorégulation de l'enfant. Les stratégies nommées en exemple par les auteurs sont : les pauses actives telles que les jeux moteurs et les activités physiques, l'utilisation d'une assise dynamique telles que des ballons et des coussins gonflables, des stimulations vestibulaires à l'aide de mouvements rythmiques tels que le balancement à différentes vitesses selon la visée, l'utilisation de gilets ou couverture lestées et l'utilisation d'objet à manipuler.

Dans le cadre de cet essai, cette catégorie a été conservée, mais redivisée selon le type de stimulation (auditive, visuelle, tactile, proprioceptive et vestibulaire) pour refléter l'étendue des stimulations sensorielles utilisés par les ergothérapeutes afin de favoriser la disponibilité aux apprentissages. Ainsi, elle regroupe les interventions sensorielles planifiées ou intégrées à la séance qui visent à réguler l'état d'éveil de l'enfant pour avoir un niveau optimal d'éveil.

#### ***4.2.3 Utilisation de stratégies comportementales pour gérer les réactions sensorielles***

Cette catégorie comprend les interventions qui visent à atténuer ou à transformer les comportements problématiques liés à des expériences sensorielles vécues négativement par l'enfant, souvent observés chez les enfants autistes. Ashburner et al. (2014) rapportent que certains souvenirs sensoriels désagréables peuvent générer des phobies ou des obsessions, ce qui

peut affecter la participation quotidienne et le bien-être de l'enfant. Ainsi, dans cette catégorie, les interventions ont pour objectif d'enseigner à l'enfant à tolérer progressivement ces stimuli sensoriels anxiogènes et à remplacer les réponses inadaptées ou dangereuses (comme le pica) par des comportements plus fonctionnels, favorisant ainsi leur participation. Les stratégies nommées en exemple par les auteurs sont : l'exposition graduée, le modelage (démonstration de réactions positives ou sans peur pour encourager l'enfant), le renforcement positif tel que des récompenses immédiates et motivantes et la généralisation.

Dans le cadre de cet essai, son application a été élargie à l'ensemble des stratégies comportementales visant à soutenir l'engagement de l'enfant, et ce, au-delà des expériences sensorielles. Ainsi, les stratégies incluses pourraient comprendre le renforcement positif, la valorisation des comportements attendus, l'instauration de routines positives et l'utilisation de récompenses.

#### ***4.2.4 Aider les enfants à développer leurs propres stratégies d'autorégulation***

L'objectif des stratégies de cette catégorie est de soutenir les enfants pour qu'ils apprennent à identifier et à appliquer des stratégies personnelles d'autorégulation. Ainsi, le but des interventions est de favoriser la prise de conscience et le contrôle de soi dans le but de venir réduire les réactions excessives ou inadaptées pour augmenter leur participation. Les stratégies nommées en exemple par les auteurs sont : l'utilisation de "Sensory Stories" qui sont des histoires adaptées à l'enfant énonçant quand et comment utilisé ses stratégies face à des stimuli désagréables, l'utilisation du programme Alert qui enseigne des techniques pour ajuster son niveau d'énergie en fonction du contexte, l'utilisation de l'autodialogue positif qui amène l'enfant à se reconforter par l'utilisation de phrase simple et bienveillante (p. ex. : "ce bruit n'est pas dangereux") et finalement l'utilisation de "Social Stories" et histoire personnalisée pour enseigner

les attentes comportementales et soutenir la compréhension des situations et des réactions appropriées.

Pour cet essai, la catégorie a été conservée. Ainsi, elle regroupe les interventions qui visent à soutenir l'enfant dans l'identification, la verbalisation et l'utilisation de stratégies d'autorégulation.

#### ***4.2.5 Utiliser des principes de conception universelle pour optimiser le fonctionnement dans les environnements partagés***

Pour la dernière catégorie d'interventions proposée, l'objectif est d'adopter une approche permettant d'adapter les environnements de manière à ce qu'ils soient accueillants tout en réduisant les obstacles sensoriels tels que le bruit, l'encombrement visuel et les sources de contact tactile non sollicité tout en mettant de l'avant des informations importantes de la pièce. Ici, Ashburner et al. (2014) cherchent à faciliter l'attention, l'apprentissage et la participation des enfants par le fait d'avoir diminué les stresseurs et les surcharges sensorielles de l'environnement. Les stratégies nommées en exemple par les auteurs sont : l'utilisation de matériaux absorbant le son, tels que des panneaux muraux ou des moquettes, pour réduire les bruits de fond dans les espaces partagés ; la simplification de la décoration et de l'aménagement visuel afin de diminuer le désordre et de limiter les distractions ; le remplacement des éclairages fluorescents par des éclairages plus doux, comme des lampes halogènes, pour atténuer l'éblouissement et la fatigue et la définition claire des zones de travail et d'activités pour réduire les contacts physiques inattendus et favoriser le confort.

Dans le cadre de cet essai, cette catégorie sera élargie à toute adaptation visant à rendre l'environnement plus propice à l'engagement. Ainsi, elle regroupe les stratégies qui visent à

créer des espaces favorisant la régulation, la concentration et la participation, en réduisant les sources de surcharge et en rendant l'organisation de l'environnement plus lisible pour l'enfant.

## 5. Méthodologie

### 5.1 Devis de recherche

Le devis retenu pour cet essai est intitulé « Production de matériel pédagogique » et fait partie des douze devis décrits par Paillé (2007). Ce devis repose sur une approche de conception pédagogique, adaptée à un contexte professionnel pour permettre de créer un matériel pédagogique tout en suivant une démarche de recherche rigoureuse et réflexive (Paillé, 2007). Ainsi, elle vise non seulement à produire un matériel, mais aussi à mieux comprendre et analyser le processus de création lui-même (Paillé, 2007). Pour Paillé (2007), ce processus comprend sept étapes qui assurent le développement logique et cohérent du contenu et de ses bases théoriques.

La première étape est considérée comme l'une des plus importantes au sujet de la rigueur scientifique. En effet, Paillé (2007) souligne que c'est à cette étape que le cadre conceptuel sera choisi et défini pour mettre en place les bases théoriques sur lesquels reposera la conception du matériel. La deuxième étape consiste à déterminer la nature du support matériel qui portera le contenu pédagogique (Paillé, 2007). Le choix peut s'orienter vers des formats variés : document imprimé, présentation numérique, capsule audio ou vidéo, application interactive, etc. Selon Paillé (2007), ce choix est éclairé par l'analyse des besoins du public cible, des contraintes techniques et logistiques, ainsi que des objectifs pédagogiques poursuivis. La troisième étape porte sur la définition du format du matériel. Cela implique de concevoir la structure du produit, de préciser les contenus à intégrer et de déterminer les modalités de présentation pour faciliter son appropriation par le public cible (Paillé, 2007). Paillé (2007) suggère de justifier son choix par le biais de trois composantes, soit théorique, stratégique et pratique. La quatrième étape consiste à produire le matériel pédagogique tout en étant centré sur l'atteinte de l'objectif. Paillé (2007) souligne l'importance de la cohérence entre la création du matériel, le cadre conceptuel et

le format retenu. La cinquième étape consiste en une vérification structurée et méthodique pour s'assurer de l'adéquation entre le matériel conçu, le cadre conceptuel et les objectifs pédagogiques (Paillé, 2007). La sixième étape repose sur la mise à l'essai et l'évaluation du matériel créé afin de recueillir de la rétroaction sur sa pertinence, sa clarté et sa convivialité (Paillé, 2007). Ces retours permettront d'apporter les ajustements nécessaires avant une diffusion plus large. Finalement, la septième étape repose sur une analyse réflexive du processus de conception. Cette analyse permettra de faire ressortir les obstacles rencontrés et les solutions apportées (Paillé, 2007). Ainsi, cela pourra orienter les recommandations futures.

## **5.2 La démarche méthodologique**

La présente recherche adopte une démarche méthodologique structurée, fondée sur le modèle proposé par Paillé (2007), mais adaptée à l'organisation d'un essai de maîtrise. Ainsi, les sept étapes de Paillé sont intégrées de façon dynamique dans les sections clés de l'essai. En ce sens, les fondations théoriques (étape 1) ont été posées dès la section dédiée au cadre de recherche. La conception du matériel (étapes 2, 3 et 4), tout comme sa mise à l'essai (étape 6), sont développées dans la présente section. La construction concrète du matériel pédagogique (étape 4) et sa mise à l'essai (étape 6) trouvent également leur place dans la section des résultats, pour exposer le contenu de façon élaboré. Enfin, les étapes liées à la validation de la cohérence du matériel et à l'analyse réflexive du processus (étapes 5 et 7) sont abordées dans la discussion, permettant de tirer des leçons et d'envisager les perspectives futures.

### ***5.2.1 Étape 2 : Choix et justification du support du matériel***

Lors de la réflexion sur le format de l'outil, l'inspiration a été tirée d'ouvrages existants en ergothérapie, notamment une banque d'activités développée par l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ; 2006), qui regroupait des activités facilement

consultables et illustrées pour servir de référence rapide. Cette approche, combinée à une expérience personnelle dans la réalisation d'illustrations d'exercices et de programmes, a guidé le choix de concevoir un document écrit et illustré. De plus, un document écrit et illustré peut être accessible en version électronique ou en version papier, selon la préférence de l'intervenant. Ce choix de support est également motivé par la facilité de consultation du document en un seul coup d'oeil, puisque sa visée est de pouvoir être utilisé comme référence rapide. Le format retenu permet une diffusion aisée, par courriel ou tout autre moyen, et s'intègre facilement à l'environnement de travail. Il constitue ainsi un support directement utilisable, simple à conserver, que l'on peut imprimer ou archiver dans des dossiers numériques. Ce format augmente donc les chances que les recommandations soient effectivement intégrées dans la pratique. De plus, le document sera conçu à l'aide du logiciel « Canva », un outil de création disponible gratuitement en ligne. Ce logiciel, simple d'utilisation, permet d'intégrer des images et de personnaliser la mise en page de chaque élément, ce qui contribue à rendre le document plus lisible et attrayant visuellement.

### ***5.2.2 Étape 3 : Choix et justification du format du matériel***

Le choix d'un format de type document écrit et illustré présente plusieurs avantages. Ceux-ci seront exposés dans la présente section selon trois angles : théorique (en lien avec le cadre conceptuel), stratégique (en lien avec la clientèle cible) et pratique (en lien avec les conditions d'utilisation).

**5.2.2.1 Théorique.** Le document écrit et illustré sera conçu de manière visuellement structurée et simple, afin de favoriser la clarté et la rapidité de consultation. À ce propos, Rosenbaum (2010) souligne que, dans la conception de matériel pédagogique, les documents courts et visuellement organisés améliorent l'engagement du lecteur ainsi que la rétention de

l'information. Cette idée est également appuyée par l'Institut national de santé publique du Québec (Levesque et Poissant, 2012) qui met en évidence que les formats simples, imprimés et accompagnés d'exemples concrets sont appréciés pour leur aspect pratique.

Par ailleurs, la structure du document s'appuiera sur les deux cadres conceptuels présentés dans la section méthodologique, soit le cadre motivationnel de l'engagement proposé par King et al. (2014) ainsi que le cadre de raisonnement clinique d'Ashburner et al. (2014). Ces cadres permettront d'organiser de façon logique les stratégies mises en évidence dans la présente étude, ce qui facilitera à la fois le repérage rapide des stratégies et la compréhension globale du document.

De plus, les deux cadres de recherche sont issus de travaux rigoureux : le cadre de King et al. (2014) provient d'une revue de la portée, tandis que le cadre d'Ashburner et al. (2014) s'appuie sur une revue de la littérature. Leur utilisation apporte ainsi un niveau de rigueur supplémentaire aux résultats du sondage qui serviront à composer le matériel pédagogique, lesquels reposent principalement sur les connaissances issues de l'expérience clinique d'ergothérapeutes du Québec.

**5.2.2.2 Stratégique.** Du point de vue stratégique, il est essentiel de considérer les besoins du public cible, soit les professionnels de la santé travaillant auprès des enfants. Selon la revue systématique de Giguère et al. (2020), l'utilisation de matériel pédagogique imprimé pourrait avoir un effet positif sur la pratique des professionnels de la santé, bien que le niveau de preuve soit modéré.

En effet, ce format répond aux besoins d'accessibilité, de rapidité de consultation et d'efficacité, compte tenu de l'emploi du temps chargé des professionnels de la santé et des ressources limitées, comme discuté dans la section de la problématique de ce présent essai.

Ainsi, un document écrit et illustré peut être consulté d'un seul coup d'œil, facilitant son intégration efficace dans la pratique quotidienne (Blankenship et al., 2024).

**5.2.2.3 Pratique.** Du point de vue pratique, le choix d'un document écrit et illustré est directement lié aux conditions d'utilisation du matériel. Ce format est portable et facilement accessible puisqu'il peut être imprimé ou conservé en version numérique, ce qui permet à l'intervenant de l'avoir à portée de main, au bureau ou même en déplacement. La consultation rapide en un coup d'œil rend le document particulièrement utile dans des contextes où le temps est limité, comme lors de séances avec les enfants ou lors de la préparation des séances.

Le format du document offre aussi une souplesse d'adaptation. Il peut être mis à jour facilement pour intégrer de nouvelles stratégies ou recommandations, et les intervenants peuvent extraire les sections qui leur sont pertinentes selon les besoins spécifiques des enfants suivis. Sa durabilité et sa facilité d'archivage, tant en format papier qu'en format numérique, garantissent qu'il restera accessible à long terme et pourrait servir de référence pour les nouveaux intervenants. Enfin, ce format est compatible avec différents environnements de travail, qu'ils soient cliniques, scolaires ou communautaires, et ne nécessite aucun équipement spécialisé, favorisant ainsi son utilisation dans diverses conditions pratiques.

### **5.2.3 *Étape 4 : Mise en forme du matériel pédagogique (sondage)***

Le développement du contenu de l'outil s'appuiera sur le savoir expérientiel des ergothérapeutes œuvrant auprès des enfants. À cette fin, un sondage sera administré afin de recueillir les données nécessaires à l'élaboration du contenu de l'outil. Les modalités de ce sondage seront détaillées dans la présente section.

**5.2.3.1 Participants.** Le présent sondage s'intéresse aux stratégies cliniques utilisées par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement des enfants en contexte thérapeutique. Ainsi, la

population ciblée était constituée d'ergothérapeutes travaillant auprès d'enfants âgés de 0 à 18 ans, tous diagnostics confondus, incluant notamment les troubles neurodéveloppementaux, les troubles de santé mentale et les problématiques motrices. Les ergothérapeutes exerçant dans divers milieux de pratique (écoles, centres de réadaptation, cliniques privées, etc.) ont tous été inclus afin de refléter la diversité des contextes d'intervention. Le but était de documenter un éventail représentatif des diverses pratiques cliniques favorisant l'engagement des enfants dans les interventions. Aucun critère d'exclusion n'a été appliqué, dans une optique exploratoire visant à tenir compte de la richesse des expériences et de la diversité des approches utilisées dans le domaine de l'ergothérapie au Québec.

**5.2.3.2 Processus de recrutement.** Le recrutement des participants a été effectué à l'aide d'un échantillonnage non probabiliste combiné, soit intentionnel, et par réseau (Fortin et Gagnon, 2022). Le lien vers le questionnaire a été diffusé sur la plateforme Facebook, notamment dans le groupe privé « Ergothérapie QUÉBEC », afin de cibler spécifiquement des ergothérapeutes œuvrant auprès d'enfants âgés de 0 à 18 ans, tous diagnostics confondus. Cette approche d'échantillonnage intentionnel a permis de rejoindre rapidement une population spécialisée correspondant aux critères d'inclusion de l'étude (Fortin et Gagnon, 2022). Le partage entre professionnels sur cette plateforme a aussi permis une diffusion en chaîne auprès d'autres collègues œuvrant en pédiatrie, favorisant ainsi un échantillonnage par réseau (Fortin et Gagnon, 2022).

**5.2.3.3 Collecte de données.** La collecte de données a été réalisée au moyen d'un questionnaire en ligne autoadministré, diffusé à l'aide de la plateforme sécurisée BIQ (Banque interactive de questions) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Cette plateforme a été choisie pour ses normes de sécurité des données, sa gratuité et son accessibilité à des

répondants internes ou externes de l'UQTR. L'utilisation du questionnaire est justifiée dans le cadre de cette étude, car il constitue, selon Fortin et Gagnon (2022), un outil efficace pour collecter des données factuelles auprès d'un large échantillon dans un court délai. Ainsi, ce mode de collecte est particulièrement pertinent pour cette démarche qui vise à explorer et documenter les pratiques professionnelles dans divers milieux cliniques.

Le questionnaire a été conçu sur mesure pour cette étude. Il avait pour objectif de documenter les stratégies utilisées par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement des enfants, et ce, incluant les stratégies sensorielles, dans un cadre thérapeutique. D'ailleurs, il visait à recueillir des réponses fondées sur l'expertise clinique des répondants et non sur leur opinion personnelle. Le questionnaire était anonyme et prenait environ 10 à 15 minutes à compléter de façon autonome au moment choisi par le participant.

Trois sections principales étaient comprises dans le questionnaire. La première section, intitulée « Caractéristiques de la pratique professionnelle », comprenait des questions fermées portant sur les années d'expérience auprès de la clientèle pédiatrique, les clientèles desservies (par exemple : TSA, TDAH, troubles moteurs, etc.), les tranches d'âge visées, les contextes de pratique (comme les services de première ligne ou la clinique privée), ainsi que les contextes thérapeutiques (intervention individuelle, en groupe ou dans le milieu de l'enfant). Dans cette section, les questions fermées à choix multiples facilitaient l'encodage des réponses et permettaient une comparaison plus aisée des données relatives aux pratiques des répondants (Fortin et Gagnon, 2022). La deuxième et la troisième section, intitulées respectivement « Utilisation des stratégies » et « Utilisation de stratégies sensorielles », comprenaient des questions ouvertes qui invitaient les participants à indiquer s'ils utilisaient des stratégies générales ou sensorielles pour favoriser l'engagement des enfants en contexte thérapeutique, puis

à les décrire le cas échéant. La distinction portée aux stratégies sensorielles se justifie notamment par leur utilisation de plus en plus fréquente en ergothérapie. Ces questions ouvertes permettaient aux participants de s'exprimer librement et étaient formulées de façon large, sans s'appuyer sur le cadre de recherche, afin d'éviter de biaiser les réponses et pour recueillir des propos plus spontanés. Enfin, une quatrième section facultative, intitulée « Courriel », comportait une question optionnelle qui donnait aux répondants l'occasion de laisser leur adresse électronique pour être contactés si nécessaire.

**5.2.3.4 Analyse des données.** Comme cette étude visait à documenter les stratégies cliniques utilisées par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement des enfants en contexte thérapeutique, une analyse de contenu dirigée a été retenue, conformément à la méthode décrite par Hsieh et Shannon (2005). Cette approche a permis d'interpréter les réponses aux questions ouvertes du questionnaire à travers un processus structuré de codage, de regroupement et d'identification de thèmes (Hsieh et Shannon, 2005).

Le codage initial a été effectué de manière déductive, en s'appuyant sur le cadre théorique préétabli d'Ashburner et al. (2014) et celui de King et al. (2014), ce qui a permis de structurer les premières catégories d'analyse. Par la suite, un codage inductif a été réalisé afin de faire émerger de nouvelles catégories ou d'ajuster celles déjà identifiées, selon les données recueillies. Le tout a permis une analyse plus nuancée et fidèle des stratégies cliniques décrites par les participants. Pour soutenir ce processus, le logiciel N'Vivo (Lumivero, 2024) a été utilisé pour organiser et coder les données, facilitant ainsi la gestion des catégories et la traçabilité du processus analytique.

Ainsi, la première étape d'analyse des données a consisté à sélectionner les concepts clés issus du cadre théorique de King et al. (2014) et d'Ashburner et al. (2014) pour créer les

catégories initiales de codage (Corbière et Larivière, 2020). Chaque catégorie a été clairement définie. La deuxième étape a impliqué une lecture attentive de l'ensemble des réponses aux questions ouvertes pour débiter le repérage et le classement des données dans les catégories identifiées lors de l'étape précédente. La troisième étape a consisté à ajuster le codage de manière itérative tout au long de l'analyse, en intégrant de nouvelles sous-catégories et en affinant les catégories existantes. Enfin, une révision et une validation du codage ont été réalisées dans le but de garantir la cohérence et la rigueur des résultats finaux.

**5.2.3.5 Considérations éthiques.** Cette étude a obtenu une exemption d'évaluation éthique de la part du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cette exemption s'explique par la nature des données recueillies : le questionnaire portait sur l'expertise clinique des répondants et non sur des éléments personnels ou sensibles. D'ailleurs, il visait à recueillir des réponses fondées sur leur expérience professionnelle plutôt que sur leurs opinions personnelles. Le questionnaire était anonyme et prenait environ 10 à 15 minutes à compléter de façon autonome, au moment choisi par le participant. De plus, la participation était volontaire, sans pression ni incitation, ce qui diminuait davantage les risques associés à la recherche.

#### **5.2.4 *Étape 6 : Mise à l'essai du matériel ou évaluation par les pairs.***

Une fois le contenu récolté, analysé et intégré à l'outil, il est pertinent de procéder à une mise à l'essai afin d'en effectuer une validation préliminaire. Cette étape vise à vérifier la pertinence clinique des stratégies recensées, la clarté du langage employé, l'accessibilité interprofessionnelle ainsi que l'aspect visuel et pratique du matériel. Dans le cadre du présent essai, l'outil a été partagé à une ergothérapeute œuvrant en pédiatrie ainsi qu'à deux intervenants d'autres disciplines, soit une physiothérapeute et une orthophoniste. Le choix de ces participants

repose sur leur capacité à fournir des rétroactions complémentaires. L'ergothérapeute, par son expertise clinique, pouvait bonifier le contenu et confirmer la justesse des stratégies, tandis que les autres intervenants ont contribué à évaluer l'accessibilité du langage et la pertinence de l'outil pour des professionnels de la santé non-ergothérapeutes. La rétroaction a été sollicitée par courriel. De plus, les commentaires de quatre étudiantes finissantes à la maîtrise en ergothérapie ont été récoltés dans le cadre d'un séminaire portant sur l'avancement de l'essai. Ainsi, la version préliminaire de l'outil a été présentée, permettant aux étudiantes de fournir leurs rétroactions et suggestions d'amélioration. De plus, les commentaires reçus de la superviseure de cet essai ont été pris en considération. L'ensemble des commentaires recueillis a permis d'améliorer l'outil, tant sur le plan du contenu que de sa présentation, en vue d'élaborer une version finale plus adaptée aux besoins des utilisateurs. Il s'agit toutefois d'une validation exploratoire, dont la portée demeure limitée par le petit nombre de participants. Néanmoins, cette étape constitue une base essentielle afin d'assurer la pertinence, l'acceptabilité et la transférabilité de l'outil en milieu clinique.

## 6. Résultats

### 6.1 Étape 4 : Mise en forme du matériel pédagogique (résultats du sondage)

#### 6.1.1 *Portrait des participants*

À la suite de la publication du sondage, 39 ergothérapeutes œuvrant auprès des enfants y ont participé. Leur expérience professionnelle est variée, allant de quelques années de pratique à plus de 12 ans de carrière. Ces derniers interviennent auprès d'enfants âgés de 0 à 12 ans et plus. Ils œuvrent dans différents contextes de soins, incluant les services de première ligne, de réadaptation, les services spécialisés ainsi que la pratique privée. La majorité des répondants travaille en services de réadaptation (22 sur 39), tandis que 16 travaillent en services de première ligne et 11 dans des services spécialisés. Les trois répondants ayant coché « autre » pour le contexte de pratique ont indiqué travailler en milieu scolaire ou dans un centre communautaire. Leurs interventions se déroulent majoritairement en contexte de thérapie individuelle, en clinique (36 sur 39) ou directement dans le milieu de l'enfant (34 sur 39). Certains offrent également des thérapies de groupe (17 sur 39). Les trois répondants ayant coché « autre » pour le contexte de thérapie ont indiqué qu'ils réalisaient du coaching parental par téléphone ou Teams, des interventions en contexte scolaire ou en milieu de garde ainsi que des activités dans la nature ou à l'extérieur. Les participants travaillent auprès d'une clientèle diversifiée, incluant des enfants présentant des troubles neurodéveloppementaux, des troubles de santé mentale ou des déficiences motrices. Les quatre répondants ayant coché « autre » pour la clientèle ont indiqué travailler au Programme Agir tôt (où ils peuvent, au besoin, soulever des hypothèses de TSA ou de TDC), auprès d'enfants sans diagnostic, en traumatologie comprenant des TCC, des blessures médullaires et des blessures orthopédiques graves, ainsi qu'avec des enfants présentant des troubles de modulation sensorielle. Il est à noter qu'un ergothérapeute peut intervenir auprès de

plusieurs tranches d'âge, de plusieurs clientèles et dans différents contextes de thérapie. Ainsi, le tableau 1 permet de visualiser les caractéristiques de la pratique des participants. Le nombre de participants est toujours présenté en fonction du total de 39.

**Tableau 1**

*Caractéristiques de la pratique des participants*

Années d'expérience	Nombre de participants
0 à 2 ans	6
3 à 5 ans	12
6 à 8 ans	5
9 à 11 ans	6
12 ans et plus	10
<b>Groupe d'âge de la clientèle</b>	
0 à 2 ans	29
3 à 5 ans	38
6 à 8 ans	36
9 à 11 ans	27
12 ans et plus	20
<b>Contexte de pratique</b>	
Services de première ligne	16
Services de réadaptation	22
Services spécialisés	11
Clinique privée	10
Autres	3
<b>Contexte de thérapies</b>	
En groupe	17
Individuel en clinique	36
Individuel dans le milieu de l'enfant	34
Autres	3
<b>Clientèle</b>	
Trouble neurodéveloppemental parmi les suivants : déficience intellectuelle (DI), retard global du développement (RGD) et trouble du spectre de l'autisme (TSA)	34
Trouble neurodéveloppemental parmi les suivants : trouble développemental de la coordination (TDC), trouble spécifique de l'apprentissage et trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)	33

Trouble de santé mentale parmi les suivants : trouble du comportement, trouble anxieux et trouble d'attachement	18
Déficience motrice parmi les suivantes : dystrophie neuromusculaire, paralysie cérébrale (PC), trouble musculosquelettique	18
Autres	4

---

### 6.1.2 *Stratégies ressorties*

Les stratégies identifiées à la suite de l'analyse de contenu dirigée ont été classées selon deux cadres conceptuels, soit celui de King et al. (2014) et celui Ashburner et al. (2014). Toutefois, des ajustements ont été apportés à ces modèles. Certaines catégories ont été ajustées et une nouvelle catégorie a été créée. Ainsi, neuf catégories finales ont été retenues : le soutien au sentiment de compétence, le soutien au sentiment d'autonomie, le soutien à la motivation, l'adaptation des tâches et de l'environnement pour permettre la participation, l'intégration de stimulations sensorielles pour réguler l'éveil, les stratégies comportementales, le développement des stratégies d'autorégulation, l'application des principes de conception universelle dans l'environnement et les supports visuels pour structurer la séance. Chacune de ces catégories sera présentée ci-dessous, dans les tableaux 2 et 3, en précisant sa définition finale et les différentes stratégies associées.

#### **Tableau 2**

##### *Stratégies générales pour favoriser l'engagement l'enfant*

---

<b>Soutien au sentiment de compétence</b>
Débuter avec des activités plus faciles et appréciées
Respecter le rythme d'adaptation
Alterner entre les activités faciles et difficiles
Trouver le juste défi
Micrograder la tâche
Utiliser des activités appréciées par l'enfant pour renforcer le sentiment d'auto-efficacité
<b>Soutien au sentiment d'autonomie</b>

---

---

Offrir des choix d'activités  
 Impliquer l'enfant dans le choix des activités  
 Offrir le choix de l'ordre des activités  
 Proposer de faux choix et choix dirigés  
 Impliquer l'enfant dans la création d'activités (ex. : parcours moteurs)  
 Intégrer les objectifs de l'enfant dans le plan d'intervention  
 Envoyer un courriel au jeune si l'âge le permet  
 « Mon activité – ton activité »

---

### **Soutien à la motivation**

---

Thématiques  
 Présence ou absence du parent selon la dynamique  
 Intégration des intérêts de l'enfant  
 Activités ludiques  
 Déguisement  
 Causerie sur les intérêts, forces et défis  
 Humour  
 Présence d'un ami  
 Cadre sécurisant  
 Flexibilité du thérapeute  
 Matériel personnalisé  
 Réduire les attentes  
 Réduire les instructions verbales  
 Sons/bruits amusants  
 Signifiante dans le choix des activités  
 Contrats d'engagement  
 S'ajuster aux demandes spontanées de l'enfant  
 Activité de type collaboratif ou compétitif selon l'enfant  
 Défi à réaliser à la maison  
 Intégration des activités appréciées de l'enfant

---

**6.1.2.1 Soutien au sentiment de compétence.** Les stratégies ressorties par les participants qui s'inscrivent dans cette catégorie sont : débiter avec des activités plus faciles et appréciées (notamment pour les enfants qui ont tendance à abandonner devant les difficultés), respecter le rythme d'adaptation de l'enfant, alterner entre les activités faciles et difficiles pour maintenir un bon niveau de confiance, trouver le juste défi, micrograder la tâche et utiliser des activités appréciées par l'enfant pour renforcer son sentiment d'auto-efficacité.

**6.1.2.2 Soutien au sentiment d'autonomie.** Les stratégies ressorties par les participants qui s'inscrivent dans cette catégorie sont : offrir des choix d'activités, impliquer l'enfant dans le

choix des activités, offrir le choix de l'ordre des activités, proposer de faux choix ou des choix dirigés, impliquer l'enfant dans la création des activités (ex. : parcours moteurs), intégrer les objectifs de l'enfant dans le plan d'intervention, envoyer un courriel au jeune si l'âge le permet, utiliser la stratégie « mon activité – ton activité ».

**6.1.2.3 Soutien à la motivation.** Les stratégies ressorties par les participants qui s'inscrivent dans cette catégorie sont : utiliser des thématiques, ajuster la présence ou l'absence du parent selon la dynamique, intégrer les intérêts de l'enfant, proposer des activités ludiques, utiliser des déguisements, engager une causerie sur les intérêts, les forces et les défis de l'enfant, recourir à l'humour, favoriser la présence d'un ami, instaurer un cadre sécurisant, faire preuve de flexibilité dans l'approche, utiliser du matériel personnalisé, réduire les attentes, réduire les instructions verbales, utiliser des sons ou bruits amusants, choisir des activités ayant une signifiante pour l'enfant, établir des contrats d'engagement, s'ajuster aux demandes spontanées de l'enfant, utiliser des activités collaboratives ou compétitives selon le profil de l'enfant, proposer un défi à réaliser à la maison et intégrer des activités appréciées par l'enfant.

### Tableau 3

*Stratégies spécifiques pour favoriser l'engagement de l'enfant*

<b>Adaptation des tâches et de l'environnement pour permettre la participation</b>
Travailler la tâche à travers le jeu (ex. : travailler l'écriture dans le jeu)
Proposer un jeu qui cible une composante spécifique d'une tâche
Séquencer ou micrograder la tâche
Ajuster l'activité à la zone proximale de développement
S'assurer d'un positionnement optimal (ex. : utiliser une chaise Trip Trapp)
Variation des positions (ex. : debout, sur le ventre)
Variation des médiums utilisés
Utiliser des supports visuels pour soutenir la compréhension
Proposer des modalités d'assise adaptées afin de soutenir la concentration lors des activités (ex. : coussin Disc'O'Sit, coussin Movin'Sit, bande élastique pour les pieds, ballon Sit'n'Gym).
Offrir des outils sensorimoteurs adaptés aux activités sédentaires (ex. : objets à manipuler, lézard lourd sur les cuisses, lecture dans une tente sensorielle)
Adopter une approche multisensorielle (ex. : pour l'écriture et l'acquisition de patrons moteurs)

---

Utiliser des objets réels en thérapie (ex. : vraie nourriture pour pratiquer l'usage des ustensiles, cuisiner une recette ensemble)

---

### **Intégration de stimulations sensorielles pour réguler l'éveil**

---

Stimulations auditives : Chansons, musique

Stimulations proprioceptives: Pauses actives/mouvement, motricité globale, heavy work, parcours, yoga, brouette, combat amical, jeu du hot-dog, bean bag, respiration, massages, pressions profondes, assises dynamiques, routine corporelle, routine des astronautes, stimulation orale, pizza

Stimulations vestibulaires : Balançoires, équipements suspendus (hamac, Joki), trampoline, rotation sur planche, ballon, chaise berçante, chaise d'ordinateur tournante, planche à roulettes

Stimulations tactiles : Manipulation d'objets, pâte thérapeutique, jouets de poche à manipuler, vibromasseur, perles d'eau, sable lunaire, velcros, balles texturées, bac sensoriel, bac de riz

Stimulations visuelles : Lumières dynamiques, lampe à lave, sabliers, fibres optiques, exploration des pièces

---

### **Stratégies comportementales**

---

Système de récompenses

Renforcement via des activités purement ludiques

Renforcement positif (autocollants, biscuits, choix de jeu)

Jeu amusant à chaque début ou fin de séance

Encouragements verbaux

Rétroactions positives

Système d'émulation

Scénario social

Jeux relationnels

---

### **Développement des stratégies d'autorégulation**

---

Espace pour verbaliser les émotions

Questionner l'enfant sur son état émotionnel / niveau d'éveil pour s'ajuster au besoin

Nommer les problèmes

Soutenir la recherche de solution

Analogie du moteur (outils de régulation)

Respirations

---

### **Application des principes de conception universelle dans l'environnement**

---

Lumières tamisées / lumière de chevet

Environnement épuré pour limiter les distractions

Environnement plus "vivant" pour les enfants plus passifs

Organisation de l'environnement pour mettre en évidence certains jeux

---

### **Supports visuels pour structurer la séance**

---

Séquences/horaire visuelles du plan de rencontre

Time timer

Pictogramme des activités (Ashburner et al., 2014) avec flèche à déplacer

Minuterie visuelle

---

#### **6.1.2.4 Adaptation des tâches et de l'environnement pour permettre la participation.**

Les stratégies ressorties par les participants qui s'inscrivent dans cette catégorie sont : travailler la tâche à travers le jeu (ex. : travailler l'écriture dans le jeu), proposer un jeu qui cible une composante spécifique d'une tâche, séquencer ou micrograder la tâche, ajuster l'activité à la zone proximale de développement, s'assurer d'un positionnement optimal (ex. : chaise Trip Trapp), varier les positions (ex. : debout, sur le ventre) et les médiums utilisés, utiliser des supports visuels pour soutenir la compréhension, proposer des modalités d'assise adaptées afin de soutenir la concentration lors des activités (ex. : coussin Disc'O'Sit, coussin Movin'Sit, bande élastique pour les pieds, ballon Sit'n'Gym), offrir des outils sensorimoteurs adaptés aux activités sédentaires (ex. : objets à manipuler, lézard lourd sur les cuisses, lecture dans une tente sensorielle), adopter une approche multisensorielle (ex. : pour l'écriture et l'acquisition de patrons moteurs), ainsi qu'utiliser des objets réels en thérapie (ex. : vraie nourriture pour pratiquer l'usage des ustensiles, cuisiner une recette ensemble).

**6.1.2.5 Intégration de stimulations sensorielles pour réguler l'éveil.** Les stratégies ressorties par les participants qui s'inscrivent dans cette catégorie comprennent une grande variété de stimulations sensorielles. Parmi celles-ci, on retrouve des stimulations auditives, telles que l'écoute de chansons ou de musique. Les stimulations proprioceptives sont également très présentes, incluant les pauses actives, les jeux de motricité globale, les activités de type "heavy work" (pousser, tirer, transporter), les parcours moteurs, le jeu du hot-dog, le yoga, les déplacements en brouette, les exercices sur ballon, ainsi que l'utilisation de toutous, couvertures ou vestes lestées, de poids aux poignets ou aux chevilles, ou encore de suspensions élastiques. À cela s'ajoutent les massages à l'aide de ballons, balles texturées, objets vibrants ou pierres de Gua Sha, le brossage, les pressions profondes, la compression articulaire, l'utilisation d'assises

dynamiques comme les coussins movin'sit ou disco'sit, les routines corporelles et celles inspirées du programme des astronautes, la respiration, la stimulation orale ainsi que des activités ludiques comme celle de la « pizza ». Du côté des stimulations vestibulaires, les participants rapportent l'usage de balançoires, de hamacs, de structures suspendues comme le Joki, de trampolines, de planches à roulettes pour effectuer des rotations, de rebonds sur ballon, de chaises berçantes ou encore de chaises d'ordinateur qui tournent. Les stimulations tactiles sont aussi largement utilisées : manipulation d'objets, pâte thérapeutique (notamment avant des activités de motricité fine), jouets de poche à manipuler, vibromasseur appliqué sur les mains, perles d'eau, sable lunaire, velcros fixés sous la table, balles texturées, ou encore bacs sensoriels remplis de riz ou d'objets texturés. Enfin, les stimulations visuelles incluent l'usage de lumières chaudes et dynamiques, de lampes à lave, de sabliers visuels ou liquides, de fibres optiques ainsi que l'exploration libre et autonome de certaines pièces.

**6.1.2.6 Stratégies comportementales.** Les stratégies ressorties par les participants qui s'inscrivent dans cette catégorie sont : l'utilisation de systèmes de récompenses, le renforcement par des activités purement ludiques, le renforcement positif (ex. : autocollants, biscuits, choix de jeu), l'intégration d'un jeu amusant au début ou à la fin de chaque séance, les encouragements verbaux, les rétroactions positives, les systèmes d'émulation, les scénarios sociaux et les jeux relationnels.

**6.1.2.7 Développement des stratégies d'autorégulation.** Les stratégies ressorties par les participants qui s'inscrivent dans cette catégorie sont : offrir un espace pour verbaliser les émotions, questionner l'enfant sur son état émotionnel ou son niveau d'éveil afin d'adapter les interventions, nommer les problèmes, soutenir la recherche de solutions, utiliser l'analogie du moteur comme outil.

### **6.1.2.8 Application des principes de conception universelle dans l'environnement.**

Les stratégies ressorties par les participants qui s'inscrivent dans cette catégorie sont :

l'utilisation de lumières tamisées ou de lumière de chevet, l'aménagement d'un environnement épuré afin de limiter les distractions, l'adaptation de l'environnement pour le rendre plus vivant et stimulant dans le cas d'enfants plus passifs, ainsi que l'organisation de l'espace pour mettre en évidence certains jeux.

**6.1.2.9 Supports visuels pour structurer la séance.** Cette catégorie a été ajoutée de façon inductive lors de l'analyse de contenu, puisque plusieurs répondants soulignaient l'utilisation de repères visuels pour aider l'enfant à se repérer dans le temps et à savoir ce qui est attendu. Ainsi, cette catégorie regroupe l'ensemble des supports visuels soutenant la compréhension de la structure de la séance pour l'enfant.


En ce sens, les stratégies ressorties par les participants qui s'inscrivent dans cette catégorie sont : l'utilisation de séquences ou d'horaires visuels du plan de rencontre, de Time Timer ou d'une minuterie visuelle, de pictogrammes représentant les activités avec une flèche à déplacer au cours de la séance, ainsi que l'utilisation d'une liste visuelle des préférences de l'enfant, à laquelle il peut se référer au besoin durant la séance pour l'aider à se réguler.

## **6.2 Étape 4 : Mise en forme du matériel pédagogique (création de l'outil)**

Après la compilation des résultats du sondage et leur catégorisation dans les cadres de recherche ou dans une catégorie émergente, ceux-ci ont été intégrés à l'outil.

Figure 1


Forme initiale de l'outil de référence sur les stratégies pour favoriser l'engagement des enfants en contexte de thérapie



OUTIL DE RÉFÉRENCE ET D'INSPIRATION

# Stratégies pour favoriser l'engagement des enfants en contexte de thérapie


Par  
Megane Lapointe,  
Étudiante à la maîtrise en ergothérapie



## Mise en contexte

Ce document regroupe des idées de stratégies visant à favoriser l'engagement des enfants durant les séances de thérapie. Celles-ci ont été recueillies auprès d'ergothérapeutes travaillant en pédiatrie, puis classées selon différents niveaux d'intervention, en s'appuyant sur deux cadres conceptuels reconnus dans la littérature. Ainsi, cet outil vise à outiller les professionnels de la santé œuvrant auprès des enfants en leur proposant un répertoire structuré de stratégies concrètes, issues de l'expérience terrain et éclairées par des fondements théoriques.

La réalisation de cet outil s'inscrit dans le cadre d'un essai de maîtrise professionnelle en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).



## Fondements théoriques

Les stratégies présentées dans cet outil sont regroupées en deux niveaux d'intervention.


**Le 1er niveau**

Regroupe des principes d'intervention plus généraux, applicables en tout temps dans la démarche thérapeutique et visant à soutenir l'engagement de l'enfant. Ces principes s'appuient sur le cadre motivationnel de l'engagement décrit par King et al. (2014), qui met l'accent sur trois éléments clés du processus motivationnel pour favoriser la participation active : la réceptivité du client, sa volonté d'implication et son sentiment d'auto-efficacité. Ainsi, ce niveau se compose de trois catégories qui correspondent directement aux composantes du cadre de King et al., bien qu'elles aient été renommées et adaptées pour mieux refléter le langage et les perspectives des ergothérapeutes consultés : le soutien au sentiment de compétence, le soutien au sentiment d'autonomie et le soutien à la motivation.

**Le 2e niveau**

Regroupe des stratégies utilisées de manière plus ponctuelle, en réponse à des situations précises, selon les besoins spécifiques de l'enfant. Elles visent à le soutenir dans sa régulation afin de favoriser sa participation. Ces stratégies s'appuient sur le cadre clinique développé par Ashburner et al. (2014), qui propose une approche structurée pour optimiser la participation des enfants présentant des défis sensoriels. Bien qu'initialement conçu pour les enfants autistes, ce cadre demeure pertinent pour une clientèle diversifiée, grâce à la flexibilité qu'il offre aux professionnels dans l'ajustement des interventions. Les catégories de ce niveau sont directement inspirées de ce cadre, mais leurs définitions ont été élargies pour s'appliquer à un public plus large, et non uniquement aux enfants ayant des particularités sensorielles. Ce niveau comprend six catégories, dont la dernière a été ajoutée de manière inductive et ne provient pas du cadre d'Ashburner : l'adaptation des tâches et de l'environnement pour permettre la participation, l'intégration d'apports sensoriels pour réguler l'éveil, les stratégies comportementales, le développement des stratégies d'autorégulation, l'application de principes universels dans l'environnement et les supports visuels pour structurer la séance.

Ashburner, J. A., Fisher, S. A., Zeman, S. M., & Hinton, J. A. (2014). Reducing participation of children with autism spectrum disorder: identifying sensory challenges. Journal of Autism and Developmental Disorders, 44(1), 24-38. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-2800-0>  
King, G., Garcia, M., & Peterson, P. (2014). Mind and power engagement in the mental health intervention process. International Journal of Mental Health, 43(1), 3-8. <https://doi.org/10.1080/09638237.2013.828888>



## Stratégies générales

**Soutien au sentiment de compétence**

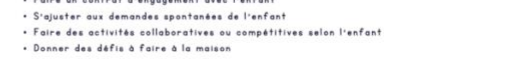
- Débuter avec des activités plus faciles
- Respecter le rythme d'adaptation de l'enfant
- Alternier entre les activités faciles et difficiles
- Viser le juste défi
- Micro-grader la tâche pour faire vivre des réussites
- Utiliser des activités appréciées par l'enfant pour renforcer son sentiment d'auto-efficacité

**Soutien au sentiment d'autonomie**

- Offrir des choix d'activités
- Offrir le choix de l'ordre des activités
- Proposer des faux choix ou des choix dirigés
- "Mon activité - ton activité"
- Impliquer l'enfant dans la création d'activités (ex: parcours moteurs)
- Intégrer les objectifs de l'enfant dans le plan d'intervention
- Communiquer avec l'enfant par courriel si l'âge le permet

**Soutien à la motivation**

- Utiliser des thématiques
- Utilisation des intérêts de l'enfant
- Utilisation de l'humour
- Utilisation de matériel personnalisé
- Intervention sous forme d'activités ludiques
- Utilisation de déguisements
- Sons et bruits amusants
- Causerie sur les intérêts de l'enfant, ses forces et ses défis
- Présence ou absence du parent selon la dynamique
- Présence d'un ami
- S'assurer de mettre en place un cadre sécurisant
- Réduire les attentes
- Réduire les instructions verbales
- S'assurer de choisir des activités significatives pour l'enfant
- Faire un contrat d'engagement avec l'enfant
- S'ajuster aux demandes spontanées de l'enfant
- Faire des activités collaboratives ou compétitives selon l'enfant
- Donner des défis à faire à la maison



## Stratégies spécifiques

### Adaptation des tâches et de l'environnement

- Travailler la tâche à travers le jeu
- Séquencer ou micrograder la tâche
- Ajuster la tâche selon la zone proximale de développement
- S'assurer d'un positionnement optimal (ex : chaise Trip Trapp)
- Varier les positions
- Varier les médiums
- Utilisation d'outils visuel pour faciliter la compréhension des consignes
- Adopter une approche multisensorielle (ex : pour l'écriture et l'acquisition de patrons moteurs)
- Utiliser des objets réels en thérapie (ex : vraie nourriture pour pratiquer l'usage des ustensiles, cuisiner une recette ensemble)
- Offrir des outils sensorimoteurs adaptés aux activités sédentaires (ex : objets à manipuler, lézard lourd, lecture dans une tente sensorielle)
- Utilisation de modalités sur chaise pour favoriser la réalisation de tâches assises (ex : coussin Dice'D'ait, coussin Mavin'ait, bande rétro réfléchissante pour chaise, ballon Sit'n'Gym, disques faciles à mettre sous les pieds)



## Stratégies spécifiques

### Intégration d'apports sensoriels pour réguler l'éveil

- Stimulations auditives : Chansons, musique
- Stimulations visuelles : Lumières dynamiques, lampe à lave, sabliers, fibres optiques, exploration des pièces
- Stimulations tactiles : Pâte thérapeutique, jouets de poche à manipuler, balles texturées, massage avec appareil vibrant, sable lunaire, velcro à toucher sous le bureau, bac sensoriel (riz, sable, perles d'eau, etc.)
- Stimulations proprioceptives : Pauses actives/mouvement, heavy work, parcours, yoga, brouette, combat amical, jeu du hot-dog, bean bag, respiration, massages (pizza), pressions profondes, routine corporelle (routine de l'astronaute), assises dynamiques, stimulations orales (jeux impliquant de souffler, paille pour boire, mâcher de la gomme, objets à mâchouiller)
- Stimulations vestibulaires : Balançoires, équipements suspendus (hamac, Jaki), trampolines, ballon, chaise berçante, chaise d'ordinateur tournante, planche à roulettes



### Stratégies comportementales

- Système de récompenses et d'émulation
- Renforcement via des activités purement ludiques
- Jeu amusant à chaque début ou fin de séance
- Renforcement positif (autocollants, choix de jeu)



- Encouragements verbaux
- Rétroactions positives
- Scénarios sociaux (histoire pour démontrer les attentes et comportements appropriés)
- Jeux relationnels (faire semblant, jeux de rôle, jeux d'imitation, jeu de coopération)

### Développement des stratégies d'autorégulation

- Espace pour verbaliser les émotions
- Questionner l'enfant sur son état émotionnel / niveau d'éveil pour s'ajuster au besoin
- Nommer les problèmes
- Soutenir la recherche de solutions
- Analogie du moteur (outils de régulation)
- Faire des techniques de respirations



### Application des principes de conception universelle dans l'environnement

- Lumières tamisées / lumière de chevet
- Environnement épuré pour limiter les distractions
- Environnement plus "vivant" pour les enfants plus passifs
- Organisation de l'environnement pour mettre en évidence certains jeux



### Supports visuels pour structurer la séance

- Séquences/horaires visuelles du plan de rencontre
- Pictogrammes des activités avec flèche à déplacer
- Time timer ou minuterie visuelle




### **6.2.1 Étape 6 : Mise à l'essai du matériel ou évaluation par les pairs.**

À la suite de la création du matériel pédagogique intégrant les stratégies issues du sondage, celui-ci a été soumis à une évaluation par les pairs. Au total, la rétroaction de huit personnes a été prise en compte. Parmi celles-ci se trouvent trois professionnelles de la santé œuvrant en pédiatrie, soit une ergothérapeute, une physiothérapeute et une orthophoniste, ainsi que quatre étudiantes finissantes à la maîtrise en ergothérapie âgées de 23 à 27 ans. Enfin, les commentaires de la superviseure de l'essai ont également été intégrés au processus d'amélioration.

La rétroaction obtenue a permis d'affiner l'outil. Les trois professionnelles de la santé ont exprimé leur approbation quant à la pertinence de l'outil ainsi que son accessibilité, soulignant que le vocabulaire était compréhensible pour des professionnels autres qu'ergothérapeutes et que les illustrations étaient adéquates. L'ergothérapeute a spécifiquement validé la justesse des stratégies contenues dans l'outil, déclarant qu'elles étaient correctes et qu'aucun ajout ou changement n'était nécessaire à ce niveau. À la suite de ces commentaires, aucun ajustement n'a été effectué. Les étudiantes ont, quant à elles, suggéré d'ajouter une mise en garde indiquant que certaines stratégies peuvent comporter des risques, par exemple l'utilisation de matériel lourd. Cet ajout a été jugé pertinent et une mise en garde a été intégrée dans la section « mise en contexte » de l'outil. Enfin, la superviseure a soulevé que la catégorie « Application des principes de conception universelle dans l'environnement », initialement classée dans les stratégies de deuxième niveau (spécifiques), correspondait davantage au premier niveau (général), qui regroupe des principes d'intervention applicables en tout temps dans la démarche thérapeutique. Ce changement a été effectué afin que la classification de l'outil soit plus cohérente et facile à comprendre pour ses utilisateurs. Il concerne uniquement l'organisation de l'outil de référence. La version intégrale de l'outil peut être consultée à l'Annexe A.

Figure 2


Version finale de l'outil de référence sur les stratégies pour favoriser l'engagement des enfants en contexte de thérapie



OUTIL DE RÉFÉRENCE ET D'INSPIRATION

## Stratégies pour favoriser l'engagement des enfants en contexte de thérapie

Par  
Megane Lapointe,  
Étudiante à la maîtrise en ergothérapie




### Mise en contexte

Ce document regroupe des idées de stratégies visant à favoriser l'engagement des enfants durant les séances de thérapie. Celles-ci ont été recueillies auprès d'ergothérapeutes travaillant en pédiatrie, puis classées selon différents niveaux d'intervention, en s'appuyant sur deux cadres conceptuels reconnus dans la littérature. Ainsi, cet outil vise à outiller les professionnels de la santé travaillant auprès des enfants en leur proposant un répertoire structuré de stratégies concrètes, issues de l'expérience terrain et éclairées par des fondements théoriques.

La réalisation de cet outil s'inscrit dans le cadre d'un essai de maîtrise professionnelle en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

⚠

Mise en garde : certaines stratégies peuvent comporter des risques. Il revient au professionnel d'exercer son jugement clinique afin d'en assurer une utilisation sécuritaire, tout en permettant à l'enfant d'exprimer son refus si nécessaire.



### Fondements théoriques

Les stratégies présentées dans cet outil sont regroupées en deux niveaux d'intervention.

Le 1er niveau

Regroupe des principes d'intervention plus généraux, applicables en tout temps dans le démarche thérapeutique et visant à soutenir l'engagement de l'enfant. Ces principes s'appuient sur le cadre motivationnel de l'engagement décrit par King et al. (2014), qui met l'accent sur trois éléments clés du processus motivationnel pour favoriser la participation active : la réceptivité du client, sa volonté d'implication et son sentiment d'auto-efficacité. Ainsi, ce niveau se compose de trois catégories qui correspondent directement aux composantes du cadre de King et al., bien qu'elles aient été renommées et adaptées pour mieux refléter la langue et les perspectives des ergothérapeutes consultés : le soutien au sentiment de compétence, le soutien au sentiment d'autonomie et le soutien à la motivation. Une quatrième catégorie a été classée dans le premier niveau, mais elle provient du cadre d'Ashburner et al. (2014) présenté ci-dessous. Elle se nomme « application des principes de conception universelle dans l'environnement » et est considérée par les auteurs comme une catégorie générale visant à répondre simultanément à une diversité de besoins.

Le 2e niveau

Regroupe des stratégies utilisées de manière plus ponctuelle, en réponse à des situations précises, selon les besoins spécifiques de l'enfant. Elles visent à le soutenir dans sa régulation afin de favoriser sa participation. Ces stratégies s'appuient sur le cadre clinique développé par Ashburner et al. (2014), qui propose une approche structurée pour optimiser la participation des enfants présentant des défis sensoriels. Bien qu'initialement conçu pour les enfants autistes, ce cadre demeure pertinent pour une clientèle diversifiée, grâce à la flexibilité qu'il offre aux professionnels dans l'ajustement des interventions. Les catégories de ce niveau sont directement inspirées de ce cadre, mais leurs définitions ont été élargies pour s'appliquer à un public plus large, et non uniquement aux enfants ayant des particularités sensorielles. Ce niveau comprend six catégories, dont la dernière a été ajoutée de manière inductive et ne provient pas du cadre d'Ashburner : l'adaptation des tâches et de l'environnement pour permettre la participation, l'intégration d'apports sensoriels pour réguler l'aveil, les stratégies comportementales, le développement des stratégies d'autorégulation et les supports visuels pour structurer la séance.

Ashburner, J. A., Fisher, S. A., Zwaan, J. M., et Hilde, S. A. (2014). Optimizing participation of children with autism spectrum disorder: expanding sensory challenges to general sensory processing. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8(12), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00012>


King, G., Davis, M., et Patterson, T. (2014). Child and parent engagement in the mental health intervention process: A conceptual framework. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(5), 274-282. <https://doi.org/10.1111/camh.12050>



### Stratégies générales

**Soutien au sentiment de compétence**

- Débuter avec des activités plus faciles
- Respecter le rythme d'adaptation de l'enfant
- Alterner entre les activités faciles et difficiles
- Viser le juste défi
- Micro-grader la tâche pour faire vivre des réussites
- Utiliser des activités appréciées par l'enfant pour renforcer son sentiment d'auto-efficacité




**Soutien au sentiment d'autonomie**

- Offrir des choix d'activités ou l'ordre des activités
- Proposer des faux choix ou des choix dirigés
- "Mon activité - ton activité"
- Impliquer l'enfant dans la création d'activités (ex. parcours moteurs)
- Intégrer les objectifs de l'enfant dans le plan d'intervention
- Communiquer avec l'enfant par courriel si l'âge le permet



**Soutien à la motivation**

- Utilisation des intérêts de l'enfant
- Utiliser des thématiques, des déguisements et du matériel personnalisé
- Utilisation de l'humour et de sons et bruits amusants
- Intervention sous forme d'activités ludiques
- Conversation sur les intérêts de l'enfant, ses forces et ses défis
- Présence ou absence du parent selon la dynamique
- Présence d'un ami
- S'assurer de mettre en place un cadre sécurisant
- Réduire les attentes
- Réduire les instructions verbales
- S'assurer de choisir des activités significatives pour l'enfant
- Faire un contrat d'engagement avec l'enfant
- S'ajuster aux demandes spontanées de l'enfant
- Faire des activités collaboratives ou compétitives selon l'enfant
- Donner des défis à faire à la maison



**Application des principes de conception universelle dans l'environnement**

- Lumières tamisées / lumière de chevet
- Environnement épuré pour limiter les distractions
- Environnement plus "vivant" pour les enfants plus passifs
- Organisation de l'environnement pour mettre en évidence certains jeux

4

## Stratégies spécifiques

### Adaptation des tâches et de l'environnement

- Travailler la tâche à travers le jeu
- Séquencer ou micrograder la tâche
- Ajuster la tâche selon la zone proximale de développement
- S'assurer d'un positionnement optimal (ex: chaise Trip Trapp)
- Varier les positions
- Varier les médiums
- Utilisation d'outils visuel pour faciliter la compréhension des consignes
- Adopter une approche multisensorielle (ex. : pour l'écriture et l'acquisition de patrons moteurs)
- Utiliser des objets réels en thérapie (ex. : vraie nourriture pour pratiquer l'usage des ustensiles, cuisiner une recette ensemble)
- Offrir des outils sensorimoteurs adaptés aux activités sédentaires (ex. : objets à manipuler, lézard lourd, lecture dans une tente sensorielle)
- Utilisation de modalités sur chaise pour favoriser la réalisation de tâches assises (ex: coussin Dias'O'sit, coussin Movin'sit, bande rebondissante pour chaise, ballon Sit'n'Gym, disques tactiles à mettre sous les pieds)



5

### Intégration d'apports sensoriels pour réguler l'éveil

- Stimulations auditives : Chansons, musique
- Stimulations visuelles : Lumières dynamiques, lampe à lave, sabliers, fibres optiques, exploration des pièces
- Stimulations tactiles : Pâte thérapeutique, jouets de poche à manipuler, balles texturées, massage avec appareil vibrant, sable lunaire, velcro à toucher sous le bureau, bac sensoriel (riz, sable, perles d'eau, etc.)
- Stimulations proprioceptives: Pauses actives/mouvement, heavy work, parcours, yoga, brouette, combat amical, jeu du hot-dog, bean bag, respiration, massages (pizze), pressions profondes, routine corporelle (routine de l'astronaute), assises dynamiques, stimulations orales (jeux impliquant de souffler, paille pour boire, mâcher de la gomme, objets à mâchouiller)
- Stimulations vestibulaires : Balançoires, équipements suspendus (hamac, Jaki), trampoline, ballon, chaise berçante, chaise d'ordinateur tournante, planche à roulettes



6

### Stratégies comportementales

- Système de récompenses et d'émulation
- Renforcement via des activités purement ludiques
- Jeu amusant à chaque début ou fin de séance
- Renforcement positif (autocollants, choix de jeu)
- Encouragements verbaux
- Rétroactions positives
- Scénarios sociaux (histoire pour démontrer les attentes et comportements appropriés)
- Jeux relationnels (faire semblant, jeux de rôle, jeux d'imitation, jeu de coopération)



### Développement des stratégies d'autorégulation

- Espace pour verbaliser les émotions
- Questionner l'enfant sur son état émotionnel / niveau d'éveil pour s'ajuster au besoin
- Nommer les problèmes
- Soutenir la recherche de solutions
- Analogie du moteur (outils de régulation)



### Supports visuels pour structurer la séance

- Séquences/horaires visuelles du plan de rencontre
- Pictogrammes des activités avec flèche à déplacer
- Time timer ou minuterie visuelle



7

### Images tirées d'Internet

-  <https://www.klarna.com/ie/shopping/sp/tripp-trapp-baby/>
-  <https://www.active-shop.ch/fr/apprendre/competences-perceptives/apaiser/273/leopard-lourd-manimas>
-  <https://www.hoptoys.fr/espace-bureau-ergonomie/disc-o-sit-gris-p-16102.html>
-  <https://www.fdmf.ca/coussin-movin-sit-i-0101-01>
-  <https://www.kaplano.com/product/53469/bouncy-bands-for-school-chairs?c=127CF10801&rs=11d-AfmB0orEumffQ0ffjw0Uves3ufU6gXf6mA0jWSTb100kU..lc85dUCyDU>
-  <https://www.hoptoys.fr/espace-bureau-ergonomie/sit-n-gym-p-13827.html>
-  <https://www.elitemedicale.fr/shop/pmarat00001-set-tactile-set-ndeg-lr-71968>
-  <https://www.jeancoutu.com/magasiner/categories/sante/confort-equipements-et-produits/accessoires-pour-massage-et-relaxation/quatre-mini-appareil-de-massage/p/031262073891>
-  <https://www.fichespedagogiques.com/imagerie-interactive/9988n2444g12413>
-  <https://la-taverne-des-forceurs4.webnode.fr/p/sable-magique/>

8

## 7. Discussion

### 7.1 Interprétation des résultats

La présente étude visait à créer un outil de référence pour les intervenants, regroupant des stratégies concrètes visant à favoriser l'engagement des enfants en contexte de thérapie. Pour ce faire, un sondage a été réalisé auprès d'ergothérapeutes travaillant auprès de la clientèle enfant dans le but de développer le contenu de l'outil. Plusieurs stratégies ont alors été identifiées montrant que les ergothérapeutes utilisent des stratégies variées dans leur pratique. Celles-ci s'inscrivent d'ailleurs à deux niveaux : un premier niveau, plus général, qui relève de principes de base, et un deuxième niveau, plus concret, comprenant des stratégies directement applicables en pratique.

Les stratégies identifiées au premier niveau sont celles qui ont été classées selon le cadre motivationnel de l'engagement proposé par King et al. (2014) soit dans les catégories suivantes : soutien au sentiment de compétence, soutien au sentiment d'autonomie et soutien à la motivation. Ces stratégies relèvent davantage de principes de base à intégrer de manière générale dans notre façon d'intervenir auprès des enfants. Le juste défi, l'implication active de l'enfant et l'utilisation de ses intérêts sont au cœur de ces principes, car ils soutiennent le développement du sentiment de compétence et d'autonomie qui sont des éléments affectifs et cognitifs fondamentaux qui sous-tendent le désir de l'enfant à s'engager.

Les stratégies identifiées au deuxième niveau sont celles qui ont été classées selon le cadre de raisonnement clinique d'Ashburner et al. (2014) soit dans les catégories suivantes : adaptation des tâches et de l'environnement, intégration de stimulations sensorielles pour réguler l'éveil, stratégies comportementales, développement des stratégies d'autorégulation, application de principes universels dans l'environnement, et supports visuels pour structurer la séance. Ces

stratégies peuvent être appliquées ponctuellement dans des situations précises, selon les besoins de l'enfant, afin de favoriser sa participation. Par ailleurs, parmi les stratégies ressorties à ce niveau, plusieurs participants ont souligné l'importance des interventions sensorielles, en particulier celles de nature proprioceptive et vestibulaire, souvent intégrées sous forme de pauses. D'autres types de stratégies ont également été mentionnés, de manière plus répartie, incluant des stratégies comportementales avec renforcement, des horaires visuels, des adaptations de tâches pour les rendre plus accessibles et ludiques, ainsi que l'utilisation de stratégies universelles visant à réduire ou augmenter les stimuli environnementaux (par exemple, les distractions dans une pièce).

## **7.2 Comparaison avec la littérature**

Les résultats obtenus dans cette étude ne se limitent pas à confirmer les cadres théoriques existants. Ils rejoignent également plusieurs constats issus de la littérature. La comparaison avec la littérature dans cette section mettra en évidence les convergences et les divergences en lien avec la compréhension de l'engagement des enfants en contexte thérapeutique.

Les stratégies de premier niveau, classées dans le cadre motivationnel de l'engagement de King et al. (2014), peuvent être appuyées par la théorie de l'autodétermination. En effet, cette théorie avance que la motivation humaine est favorisée lorsque les trois besoins psychologiques fondamentaux sont satisfaits, à savoir le besoin d'autonomie, le besoin de compétence (se sentir efficace en interaction avec son environnement) et le besoin d'affiliation sociale (Deci et Ryan, 2002). Ainsi, cette théorie soutient que plus ces besoins sont comblés, plus la motivation est dite autodéterminée, c'est-à-dire intrinsèque et durable (Deci et Ryan, 2002). Par conséquent, des approches permettant à l'enfant de faire des choix, de vivre des réussites et de se sentir écouté contribuent directement à nourrir ces besoins et à augmenter l'engagement de l'enfant de façon

continue dans les thérapies (Poulsen et al., 2015). Les résultats de l'étude montrent clairement que les ergothérapeutes mobilisent spontanément des stratégies répondant à ces besoins fondamentaux. Plus précisément, ils soutiennent le besoin d'autonomie des enfants en offrant des choix, en impliquant l'enfant dans la création d'activités ou la prise de décisions, et en maintenant un aspect ludique. Ils favorisent le sentiment de compétence en débutant par des activités plus faciles, en respectant le rythme d'adaptation, en visant le juste défi et en micro-graduant les tâches. L'ensemble de ces stratégies semble aussi contribuer au besoin d'affiliation sociale par l'établissement d'un lien de confiance.

Ainsi, au-delà de la théorie de l'autodétermination, les stratégies identifiées au premier niveau rejoignent les travaux de D'Arrigo et al. (2020a), Su et Reeve (2011), Pritchard et al. (2022) et Ziviani et al. (2013), concernant les bénéfices du soutien à l'autonomie, au sentiment de compétence ainsi qu'à la construction d'une relation thérapeutique. Pour le soutien à l'autonomie, D'Arrigo et al. (2020a) ont montré que des interventions centrées sur des stratégies favorisant l'autonomie, comme offrir des choix, varier les activités et maintenir un aspect ludique, renforcent le désir de l'enfant de s'impliquer activement. Su et Reeve (2011) montrent également que le soutien à l'autonomie, par la reconnaissance des émotions et un langage non contraignant, renforce la motivation intrinsèque. Ces constats sont aussi soutenus par Pritchard et al. (2022), qui soulignent l'importance d'impliquer les enfants dans les processus décisionnels afin qu'ils se sentent compris et écoutés. Pour le soutien au sentiment de compétence, offrir à l'enfant un niveau de défi adapté à ses capacités tout en l'encourageant à progresser joue un rôle central dans son engagement, selon D'Arrigo et al. (2017). Ce besoin est soutenu lorsque les activités permettent de vivre des réussites et de constater des progrès. Enfin, même si cela a été moins souvent mentionné explicitement par les répondants, la qualité de la relation entre l'enfant

et l'intervenant semble également participer à l'engagement. La construction d'un lien de confiance, l'écoute et la co-construction des objectifs peuvent contribuer à satisfaire le besoin de relation, un autre pilier de la théorie de l'autodétermination (Ziviani et al., 2013). Cet aspect relationnel, bien qu'implicite, apparaît comme un facteur facilitant le processus thérapeutique. Les stratégies de deuxième niveau, classées dans le cadre de raisonnement clinique de Ashburner et al. (2014), trouvent également des appuis dans la littérature scientifique, notamment en ce qui concerne les interventions sensorielles, les interventions soutenant l'autorégulation et l'adaptation de l'environnement. Les ergothérapeutes de cette présente étude rapportent fréquemment l'usage de stratégies sensorielles ciblées (pression profonde, mouvement, matériel sensoriel, etc.) pour favoriser la régulation des enfants. Dans la littérature, bien que plusieurs stratégies sensorielles aient été initialement développées pour les enfants ayant des diagnostics spécifiques touchant l'aspect sensoriel, comme le trouble du spectre de l'autisme, leur utilité semble dépasser ce cadre. En effet, Dunn (2009) souligne que les réactions sensorielles sont présentes chez tous les individus et pas uniquement chez ceux avec un diagnostic. Par exemple, Chrétien-Vincent et al. (2023) ont démontré que l'intégration de stratégies sensorielles dans les routines d'un groupe d'enfants profite non seulement aux enfants autistes, mais également à leurs pairs. Cela renforce l'idée que l'environnement peut être pensé selon des principes universels pour favoriser l'inclusion et la régulation de tous comme le proposent Ashburner et al. (2014). Cette perspective fait également écho aux résultats de cette étude, dans lesquels l'adaptation de l'environnement, notamment la structure visuelle de l'environnement, la réduction des distractions et l'aménagement flexible sont des stratégies ayant été ressorties dans les réponses des ergothérapeutes.

Néanmoins, l'efficacité des interventions sensorielles est encore un sujet à débat. Une revue systématique réalisée par Ouellet et al. (2021) montre que les résultats sont variables d'une étude à l'autre, en raison de la diversité des approches et de la qualité méthodologique des recherches. Les auteurs recommandent donc un usage critique de ces modalités et rappellent l'importance de cibler les caractéristiques sensorielles de l'enfant et non son diagnostic.

D'un autre côté, certaines approches sensorielles spécifiques, comme le *Alert Programme*, fondé sur l'apprentissage de la régulation du niveau d'éveil à l'aide de stratégies sensorimotrices, ont été reconnues pour leur impact positif sur l'autorégulation. Gill et al. (2018) ainsi que Jasmin et al. (2023), soulignent que ce programme est efficace tant en milieu scolaire qu'en clinique. De plus, des activités comme le yoga ont été identifiées dans plusieurs recensions comme favorisant non seulement la régulation, mais aussi la santé mentale, les comportements positifs et la participation sociale (Jasmin et al., 2023). Ces éléments de la littérature rejoignent les résultats de cette étude, qui montrent que les ergothérapeutes soutiennent activement le développement de stratégies d'autorégulation, par exemple en questionnant les enfants sur leur état d'éveil, en les aidant à trouver des solutions et en les guidant dans l'utilisation de stratégies sensorimotrices, comme le yoga, mentionné par les répondants.

Enfin, des travaux plus récents ont mis en lumière l'importance de l'intéroception (la capacité à percevoir les signaux internes du corps) dans la régulation émotionnelle et comportementale. Des interventions comme les salles sensorielles axées sur l'intéroception (Goodall, 2021) ou les programmes guidés d'exploration corporelle visent à outiller les enfants pour mieux reconnaître et répondre à leurs besoins internes. Clark et al. (2024) soutiennent que les ergothérapeutes, par leur connaissance fine du traitement sensoriel et de la performance occupationnelle, sont particulièrement bien placés pour soutenir le développement de

l'intéroception dans une visée d'autorégulation et d'engagement. Dans les résultats de cette étude, bien que le soutien à l'intéroception n'ait pas été nommé de façon explicite par les répondants, plusieurs stratégies identifiées y sont néanmoins liées. Celles-ci incluent l'accompagnement de l'enfant dans la reconnaissance de ses signaux corporels internes, l'utilisation d'outils visuels pour l'aider à nommer ses sensations, ainsi que l'intégration de routines ou de moments d'arrêt permettant d'observer son état physiologique.

Ainsi, les stratégies concrètes identifiées par les ergothérapeutes dans cette étude, qu'il s'agisse d'interventions sensorielles, d'adaptations de l'environnement ou de stratégies d'autorégulation, s'inscrivent dans une littérature de plus en plus riche, bien que parfois contrastée (Ouellet et al., 2021). Leur mise en œuvre doit s'appuyer sur une compréhension fine du profil de l'enfant et viser la participation.

### **7.3 Processus méthodologique**

#### ***7.3.1 Étape 5 : Adéquation entre le matériel pédagogique et le cadre conceptuel***

La création du matériel pédagogique s'appuie largement sur les deux cadres conceptuels présentés dans l'essai. En effet, le contenu de ce matériel provient des réponses recueillies lors du sondage mené auprès des ergothérapeutes, fondées sur leur savoir expérientiel. Ainsi, malgré la pertinence de ce savoir, il demeure important de s'assurer de sa cohérence avec les données probantes. Pour ce faire, les cadres ont été revisités tout au long du processus et intégrés pleinement afin de structurer l'outil, puisqu'ils sont issus respectivement d'une revue de la portée et d'une revue de la littérature, ce qui en renforce le fondement.

En effet, les catégories issues des deux cadres ont été entièrement intégrées et reprises pour diviser les stratégies recueillies dans l'outil, de manière à organiser celles-ci et à en faciliter la lecture. Cependant, pour assurer leur adéquation avec les réponses au sondage, les catégories

ont légèrement été revisitées. Les catégories du cadre de King et al. (2014) ont conservé leur signification initiale, mais elles ont été renommées afin de mieux refléter leur portée et d'en faciliter la compréhension. Quant au cadre de raisonnement clinique d'Ashburner et al. (2014), ses catégories conservent essentiellement leur sens d'origine, mais ont été élargies pour s'appliquer à un public plus vaste et inclure l'ensemble des conditions mentionnées dans les réponses du sondage. Certaines catégories ont également été renommées, à la fois pour les rendre plus générales et pour en simplifier la formulation, de manière à favoriser une lecture rapide et claire du document.

L'arrimage entre les données issues du sondage et les cadres conceptuels a permis de renforcer la validité du matériel. Chaque cadre a contribué à façonner l'outil. Celui de King et al. (2014) a offert une perspective motivationnelle et théorique permettant d'organiser les stratégies autour des déterminants de l'engagement, tandis que celui d'Ashburner et al. (2014) a fourni une assise clinique utile pour classifier les stratégies en fonction des profils et des besoins des enfants. Cette complémentarité assure que l'outil repose à la fois sur des bases théoriques solides et sur des considérations pratiques issues du terrain.

Bref, l'intégration des deux cadres conceptuels permet aux intervenants de repérer plus facilement les stratégies, tout en ayant l'assurance que celles-ci sont ancrées dans une pratique fondée sur les données issues de la littérature et adaptées à divers contextes d'intervention.

### ***7.3.2 Étape 7 : Réflexion sur la production du matériel***

Dans cette dernière étape du devis de Paillé (2007), la réflexion menée tout au long du processus de création du matériel pédagogique sera mise en lumière.

Il est à souligner que ce projet a pris racine à la suite d'une expérience de stage réalisée auprès d'enfants. Un intérêt marqué pour cette clientèle s'est développé au fil de ces deux mois

de stage. Malgré tout, il n'était pas toujours facile d'amener les enfants à s'engager dans le travail de leurs difficultés. L'expérience et les astuces des intervenants du milieu se sont alors révélées précieuses et, au fil du stage, ont permis l'application de stratégies rendant les thérapies plus engageantes pour l'enfant. De plus, en discutant avec certaines collègues du moment, plusieurs, malgré leurs nombreuses années d'expérience, soulignaient la complexité croissante des cas ainsi que leur manque de ressources. Tous ces éléments m'ont donc amenée à me pencher sur les stratégies concrètes pouvant être appliquées en contexte de thérapie, afin de créer un outil de référence simple et rapide pour accompagner les intervenants travaillant auprès des enfants.

Lors de la réflexion sur le format de l'outil, une grande inspiration a été tirée d'un ouvrage réalisé par l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPO). Conçu par les ergothérapeutes de l'IRDPO, cet ouvrage a constitué une source d'inspiration importante durant le stage effectué auprès des enfants, puisqu'il regroupait plusieurs activités auxquelles il était possible de se référer rapidement pour s'en inspirer. Il s'agit en effet d'une banque d'activités en ergothérapie permettant de créer rapidement et facilement des programmes (IRDPO, 2006). L'ouvrage rassemble un grand nombre d'idées, facilement repérables grâce à leur classement logique et aux illustrations qui en facilitent la compréhension. Cette importance accordée à l'aspect visuel a trouvé un écho dans une expérience personnelle, notamment dans le cadre d'un emploi comme préposée en ergothérapie, où la réalisation d'illustrations d'exercices et de programmes faisait partie des tâches demandées. Cela a donc permis de développer des compétences en dessin numérique sur tablette, rendant ainsi envisageable la conception d'un outil illustré comme celui de l'IRDPO pour le présent essai.

Plus largement, ce processus m'a permis de constater que plusieurs stratégies utilisées pour soutenir l'engagement des enfants demeurent informelles, ce qui peut limiter leur transmission

aux intervenants moins expérimentés ou aux intervenants autres que les ergothérapeutes. La création de l'outil met ainsi en lumière l'importance de documenter et d'organiser ces stratégies afin de faciliter leur accessibilité et leur utilisation en clinique. Elle souligne également le besoin d'outils simples, visuels et rapides à consulter pour aider les professionnels à intervenir efficacement dans un contexte de charge élevée et de complexité croissante des cas. Enfin, cette démarche ouvre la discussion sur la manière dont les milieux pourraient mieux soutenir l'intégration de pratiques concrètes favorisant l'engagement, notamment par le partage de ressources et la formation continue.

#### **7.4 Implications théoriques et pratiques**

L'outil développé dans le cadre de cet essai contribue à l'avancement des connaissances tant sur le plan théorique que pratique. Sur le plan théorique, il enrichit le champ encore limité des études portant sur les stratégies concrètes favorisant l'engagement des enfants en contexte de thérapie. Sur le plan pratique, cet outil fait le pont entre les données issues de la littérature et la réalité du terrain, en tenant compte des ressources réellement disponibles dans les milieux d'intervention. Ces éléments seront approfondis ci-dessous.

Cet essai partage un objectif similaire à celui de D'Arrigo et al. (2020), qui visaient également à identifier ce que les ergothérapeutes mettent concrètement en place pour engager les enfants en thérapie. Sur le plan du développement des connaissances, les résultats obtenus ici rejoignent en grande partie les stratégies répertoriées dans leur étude, notamment l'utilisation des intérêts de l'enfant, l'adaptation des tâches pour favoriser les réussites, l'offre de choix, l'intégration de stimulations sensorielles, le recours à des stratégies comportementales telles que les encouragements, le soutien aux stratégies d'autorégulation par la validation des émotions et la guidance, ainsi que la structuration claire des séances. Toutefois, en raison de la méthodologie

adoptée par D'Arrigo et al. (2020), qui reposait sur l'observation directe de séances, ces auteurs ont pu dégager des stratégies que les ergothérapeutes mobilisent de manière naturelle et parfois difficile à verbaliser. Dans le cadre d'un sondage, comme celui utilisé dans la présente étude, certaines de ces stratégies peuvent avoir été omises ou non mentionnées par les répondants. Parmi les stratégies relevées en plus dans l'étude de D'Arrigo et al. (2020), on retrouve notamment l'usage de formulations indirectes pour réduire le rapport de pouvoir (par exemple : « je me demande si... »), ainsi que l'utilisation du « soi thérapeutique », qui se traduit par des ajustements constants de la posture (s'accroupir pour être à la hauteur de l'enfant), de la voix (ton, rythme, volume), des gestes (sourire), du niveau d'enthousiasme ou de l'attitude ludique, selon l'interaction en cours. D'Arrigo et al. (2020) soulignent également que plusieurs des stratégies observées s'inscrivent dans les fondements de la théorie de l'autodétermination, ce qui concorde avec les résultats obtenus dans le présent essai. Ainsi, dans une visée de recherche et de développement des connaissances, l'étude actuelle s'inscrit parmi les premiers travaux documentant des stratégies concrètes mises en place pour favoriser l'engagement des enfants en milieu clinique. Cela contribue ainsi à combler un manque dans la littérature. De plus, les résultats obtenus peuvent ouvrir la voie à des recherches plus approfondies sur les stratégies soutenant l'engagement des enfants, étant donné que cet essai n'a utilisé que le sondage comme moyen de collecte de données. D'ailleurs, continuer à documenter les stratégies cliniques utilisées s'avère d'autant plus pertinent dans un contexte où la complexité des cas augmente et où l'accès aux services demeure limité.

Du point de vue de la pertinence clinique, l'outil créé permettra de soutenir les professionnels de la santé œuvrant auprès des enfants en les aidant à maximiser les retombées de leurs interventions. En effet, au-delà d'avoir ressorti des stratégies dans cet essai, le fait d'avoir

créé un outil constitue un pas de plus dans la diffusion des résultats et la mise en place de ces stratégies. D'ailleurs, sa conception simple permet une consultation rapide et efficace pour repérer des stratégies à appliquer en contexte clinique, facilitant ainsi l'engagement de l'enfant. Il est à souligner qu'il peut être adapté à différents contextes cliniques. Cet outil sera particulièrement pertinent pour les professionnels en début de pratique, puisqu'il contribuera au développement de leurs compétences de façon plus structurée. Alors que l'acquisition de stratégies d'intervention repose souvent sur l'expérience clinique et le partage informel entre intervenants, le fait de les consigner dans un outil offre un accès direct et organisé à ces stratégies. Il pourra également servir de support à la formation continue ou au mentorat, ce qui renforce sa transférabilité et son utilité dans la pratique clinique.

Malgré son format accessible et son vocabulaire adapté à l'ensemble des professionnels œuvrant auprès des enfants, cet outil présente tout de même certaines limites. Comme l'a démontré l'étude de Chrétien-Vincent et al. (2023), la mise en place efficace de stratégies ne repose pas uniquement sur la disponibilité d'un répertoire écrit, mais exige souvent un accompagnement plus soutenu. Dans leur étude réalisée auprès d'éducateurs en petite enfance travaillant avec des enfants autistes, les auteurs montrent que le renforcement des capacités, combinant des capsules éducatives et des séances de coaching individuel, permet non seulement une meilleure compréhension des besoins sensoriels des enfants, mais aussi une mise en œuvre plus adéquate et durable des stratégies dans le quotidien. Ainsi, bien que l'outil puisse servir de soutien précieux, il ne peut remplacer l'accompagnement clinique et le développement graduel des compétences par le mentorat ou le coaching. Pour maximiser son utilisation, son intégration devrait idéalement s'inscrire dans une démarche plus large de formation continue, incluant du

soutien, des occasions d'échange et un accompagnement personnalisé favorisant l'appropriation réelle des stratégies.

### **7.5 Force et limites de l'étude**

Ce projet, combinant recherche et création de matériel pédagogique, présente à la fois des forces et certaines limites. D'une part, l'un des points forts de l'étude réside dans le nombre de participants, soit 39 répondants, ce qui constitue un échantillon satisfaisant ayant permis d'atteindre la saturation des données, comme en témoigne la récurrence des réponses obtenues (Fortin et Gagnon, 2022). De plus, l'utilisation d'un sondage comme méthode de collecte de données a permis de rejoindre des participants provenant de divers milieux cliniques et exerçant des pratiques variées, ce qui a favorisé l'identification d'un large éventail de stratégies. La méthodologie, bien détaillée et incluant les étapes décrites par Paillé, représente également une force de l'étude puisqu'elle en facilite la reproductibilité (Fortin et Gagnon, 2022). Par ailleurs, la démarche de recherche et la création de l'outil reposent sur deux cadres de recherche fondés sur des données issues de la littérature, ce qui renforce la crédibilité des résultats obtenus.

Une limite du sondage est qu'il pourrait ne pas avoir fait ressortir toute la diversité des stratégies réellement utilisées par les ergothérapeutes. Comme le souligne Lawlor (2012), les moyens d'engagement sont souvent intégrés de manière fluide et multimodale dans l'action clinique, au point d'être difficiles à nommer explicitement. Certaines stratégies, ancrées dans la pratique quotidienne, peuvent ainsi ne pas avoir été rapportées, même si elles sont régulièrement utilisées. Cette caractéristique peut donc avoir limité la capacité du sondage à capter la richesse et la subtilité des stratégies réellement mises en œuvre. D'autre part, une des limites de cette étude est de ne pas avoir inclus le public cible, soit les enfants, dans le processus de recherche. En effet, seuls des ergothérapeutes ont été sollicités pour documenter les stratégies utilisées. Or,

dans le cadre de cette étude, le savoir expérientiel des enfants à propos de leur vécu en thérapie aurait permis un meilleur arrimage entre les stratégies proposées, leurs besoins réels et les moyens perçus comme efficaces pour soutenir leur engagement. De surcroît, afin de favoriser la rigueur scientifique et de limiter les biais implicites, une revalidation de la codification des stratégies par une seconde personne aurait été souhaitable (Fortin et Gagnon, 2022), puisque cette étape a été réalisée uniquement par l'étudiante. En ce qui concerne le contenu de l'outil, les stratégies proposées pour favoriser l'engagement des enfants ne sont pas toutes validées empiriquement dans la littérature scientifique (Ouellet et al., 2021). Toutefois, comme il s'agit d'un outil d'inspiration clinique, le jugement professionnel demeure essentiel pour déterminer les modalités les plus appropriées selon le contexte. Enfin, la révision du matériel pédagogique a été effectuée par seulement huit personnes, ce qui peut introduire un biais de désirabilité sociale dans la formulation des recommandations.

## 8. Conclusion

En somme, cet essai a permis de mettre en lumière des stratégies concrètes pour soutenir l'engagement des enfants en contexte de thérapie. Il souligne également l'importance de l'engagement des enfants comme levier central de l'efficacité des interventions en ergothérapie, dans un contexte où les besoins et la complexité des cas sont en constante augmentation et où l'accessibilité aux services demeure limitée. Grâce à la contribution de 39 ergothérapeutes œuvrant auprès d'une clientèle variée, un ensemble de stratégies a pu être recensé, classé et structuré à l'aide de deux cadres conceptuels complémentaires, soit celui d'Ashburner et al. (2014) et celui de King et al. (2014).

Neuf catégories de stratégies ont émergé, allant du soutien au sentiment de compétence et d'autonomie jusqu'à l'adaptation de l'environnement, l'intégration de stimulations sensorielles et l'utilisation de supports visuels. La diversité de ces stratégies témoigne de la richesse du savoir expérientiel des ergothérapeutes et met en évidence son potentiel pour enrichir la pratique clinique, confirmant ainsi la pertinence de répertoires structurés pour outiller les professionnels de la santé face à des clientèles aux profils de plus en plus complexes. Le matériel pédagogique produit, sous la forme d'un document illustré, constitue ainsi une contribution concrète pour soutenir le partage de ces savoirs et offrir une source d'inspiration aux professionnels de la santé travaillant auprès des enfants.

Ce travail met également en relief la complémentarité entre les connaissances théoriques issues des cadres de recherche et les savoirs provenant de la pratique. Il ouvre la voie à des initiatives semblables visant à documenter et partager les pratiques cliniques, non seulement pour favoriser l'engagement des enfants, mais aussi pour optimiser l'efficacité des interventions offertes dans divers contextes.

Enfin, des recherches futures pourraient approfondir l'évaluation de l'utilisation et de l'impact de cet outil dans différents milieux cliniques. Une telle démarche permettrait d'identifier les conditions facilitantes et les besoins de soutien nécessaires pour maximiser son implantation, afin que les professionnels puissent intégrer ces stratégies de manière cohérente et durable dans leur pratique. Ces analyses contribueraient à renforcer l'usage de l'outil et à guider les adaptations futures destinées à mieux soutenir les interventions auprès des enfants et de leurs familles.

## Références

- Ashburner, J. K., Rodger, S. A., Ziviani, J. M. et Hinder, E. A. (2014). Optimizing participation of children with autism spectrum disorder experiencing sensory challenges: A clinical reasoning framework. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(1), 29-38.  
<https://doi.org/10.1177/0008417413520440>
- Blankenship, K., Chieffo, S., Morris, E., Slomp, C., Batallones, R., Prijoles, E., Hill-Chapman, C. et Austin, J. (2024). Development and evaluation of an educational resource for parents of children with 22q11.2 deletion syndrome about the psychiatric manifestations of the condition. *Journal of Genetic Counseling*, 33(4), 720-732.  
<https://doi.org/10.1002/jgc4.1779>
- Bright, F. A., Kayes, N. M., Worrall, L. et McPherson, K. M. (2015). A conceptual review of engagement in healthcare and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 37(8), 643-654. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.933899>
- Charters, T., Arim, R. et Findlay, L. (2024, 6 juin). *Mise à jour du profil des enfants associés à des réponses affirmatives aux questions du Recensement de 2021 sur la difficulté à accomplir des activités de la vie quotidienne* (publication no 36-28-0001). Statistique Canada.  
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2024006/article/00006-fra.pdf>
- Chrétien-Vincent, M., Grandisson, M., Desmarais, C. et Milot, É. (2023). Outcomes of an intervention to build early childhood educators' capacity to promote the participation of autistic children with reactions to sensory stimulations. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 17(3), 466-488.  
<https://doi.org/10.1080/19411243.2023.2203419>

- Clark, E., Brown, T. et Yu, M. L. (2024). Interoception and its application to paediatric occupational therapy: A scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 72(1), article e12997. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1440-1630.12997>
- Corbière, M. et Larivière, N. (2020). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes: dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2<sup>e</sup> éd.). Presses de l'Université du Québec.
- D'Arrigo, R., Ziviani, J., Poulsen, A. A., Copley, J. et King, G. (2017). Child and parent engagement in therapy: What is the key? *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(4), 340-343. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12279>
- D'Arrigo, R. G., Copley, J. A., Poulsen, A. A. et Ziviani, J. (2020a). The engaged child in occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 87(2), 127-136. <https://doi.org/10.1177/0008417420905708>
- D'Arrigo, R. G., Copley, J. A., Poulsen, A. A. et Ziviani, J. (2020b). Strategies occupational therapists use to engage children and parents in therapy sessions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67(6), 537-549. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12670>
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. University of Rochester Press.
- Ducharme, A., Paquette, J. et Daly, S. (2023, octobre). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2022* [enquête]. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/en/fichier/enquete-quebecoise-developpement-enfants-maternelle-2022.pdf>

- Dunn, W. (2009). Traitement de l'information sensorielle et occupation : intersection et conséquences sur la vie quotidienne. *Actualités Ergothérapeutiques*, 11(5).  
[https://caot.ca/document/3948/AE\\_Sept\\_09.pdf](https://caot.ca/document/3948/AE_Sept_09.pdf)
- Egan, M. et Restall, G. (2022). *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle* Association canadienne des ergothérapeutes.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (4<sup>e</sup> éd.). Chenelière éducation.
- Giguère, A., Zomahoun, H. T., Carmichael, P. H., Uwizeye, C. B., Légaré, F., Grimshaw, J. M., Gagnon, M. P., Auguste, D. U. et Massougbdji, J. (2020). Printed educational materials: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004398.pub4>
- Gill, K., Thompson-Hodgetts, S. et Rasmussen, C. (2018). A critical review of research on the Alert Program<sup>®</sup>. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 11(2), 212-228. <https://doi.org/10.1080/19411243.2018.1432445>
- Goodall, E. (2021). *Facilitating interoceptive awareness as a self-management and self-regulation tool to increase engagement in learning and education* [thèse, University of Southern Queensland]. UniSQ. <https://research.usq.edu.au/item/q67w6>
- Gouvernement du Québec. (2021, 30 novembre). *Opération main d'oeuvre : mesures ciblées pour des secteurs prioritaires*. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/documents/RA\\_operation\\_mainoeuvre.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/documents/RA_operation_mainoeuvre.pdf)

Gouvernement du Québec. (2025, 4 mars). *Loi sur l'instruction publique*.

<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/l-13.3>

Hsieh, H.-F. et Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis.

*Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.

<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>

Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ). (2006, juin). *Banque d'activités en ergothérapie*.

<https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2425929>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2021). *Trajectoires de services menant à l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux chez les enfants de la naissance à sept ans*. Gouvernement du Québec.

[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS\\_Trajectoires\\_TND\\_EP.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Trajectoires_TND_EP.pdf)

Jasmin, E., Blondin-Nadeau, P., Côté, F. et Vachon, R. (2023). Ergothérapie en milieu scolaire et interventions en santé mentale: synthèse des connaissances. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 9(1), 70-93. <https://doi.org/10.13096/rfre.v9n1.225>

Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application* (4<sup>e</sup> éd.). Lippincott Williams & Wilkins.

King, G., Chiarello, L. A., Phoenix, M., D'Arrigo, R. et Pinto, M. (2022). Co-constructing engagement in pediatric rehabilitation: A multiple case study approach. *Disability & Rehabilitation*, 44(16), 4429-4440. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1910353>

King, G., Currie, M. et Petersen, P. (2014). Child and parent engagement in the mental health intervention process: A motivational framework. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(1), 2-8. <https://doi.org/10.1111/camh.12015>

Lawlor, M. C. (2012). The particularities of engagement: intersubjectivity in occupational therapy practice. *Occupational Therapy Journal of Research*, 32(4), 151-159. <https://doi.org/10.3928/15394492-20120302-01>

Lumivero. (2024). *N'Vivo* [logiciel].

Ministère de la Famille. (2023). *Règles budgétaires 2023-2024 garderies subventionnées: faits saillants*. Gouvernement du Québec. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/famille/publications-adm/Service\\_de\\_garde/finance/FS-RB-GS-2023-2024.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/famille/publications-adm/Service_de_garde/finance/FS-RB-GS-2023-2024.pdf)

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022, 6 juin). *Programme Agir tôt*.

Gouvernement du Québec.

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/jeunesse/programme-agir-tot/description/>

Ministère de la santé et des services sociaux. (2024). *Rapport annuel de gestion : 2023-2024*.

Gouvernement du Québec. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/rapport-annuel-de-gestion/RA\\_24-102-01W\\_MSSS.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/rapport-annuel-de-gestion/RA_24-102-01W_MSSS.pdf)

Mullin, A. P., Gokhale, A., Morenoe-De-Luca, A., Sanyal, S., Waddington, J. L. et Faundez, V. (2013). Neurodevelopmental disorders: Mechanisms and boundary definitions from genomes, interactomes and proteomes. *Translational Psychiatry*, 3(12), e329. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/tp.2013.108>

Nader, A.-M. (2009, août). L'ergothérapeute au sein des services de santé mentale en première ligne : jeunesse [énoncé de position]. Ordre des ergothérapeutes du Québec.

<https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/15~v~l-ergotherapeute-au-sein-des-services-de-sante-mentale-en-premiere-ligne-jeunesse.pdf>

Observatoire des tout-petits. (2023). *Tout-petits ayant besoin de soutien particulier comment favoriser leur plein potentiel?* [rapport]. Fondation Lucie et André Chagnon. <https://tout-petits.org/publications/rapports/besoin-soutien-particulier/>

Ouellet, B., Carreau, E., Dion, V., Rouat, A., Tremblay, E. et Voisin, J. I. A. (2021). Efficacy of sensory interventions on school participation of children with sensory disorders: A systematic review. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 15(1), 75-83.

<https://doi.org/10.1177/1559827618784274>

Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, 27(2), 133-151. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1086789ar>

Poirier, N. et Vallée-Ouimet, J. (2015). Le parcours des parents et des enfants présentant un TSA. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 203-226.

<https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1032391ar>

Poulsen, A. A., Ziviani, J. et Cuskelly, M. (2015). *Goal setting and motivation in therapy engaging children and parents*. Jessica Kingsley Publishers. <https://us.jkp.com/products/goal-setting-and-motivation-in-therapy>

- Pratte, G., Camden, C. et équipe de recherche PASSAGE. (2023). *Résultats du projet PASSAGE : parcours de soins et de services dans le programme agir tôt en Estrie*. [https://labo-grandir.com/wp-content/uploads/2023/09/Presentation-PASSAGE\\_09-19.pdf](https://labo-grandir.com/wp-content/uploads/2023/09/Presentation-PASSAGE_09-19.pdf)
- Pritchard, L., Phelan, S., McKillop, A. et Andersen, J. (2022). Child, parent, and clinician experiences with a child-driven goal setting approach in paediatric rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 44(7), 1042-1049.  
<https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1788178>
- Protecteur du citoyen. (2022). *L'élève avant tout : pour des services éducatifs adaptés aux besoins des élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage* [rapport].  
<https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/2022-06/rapport-special-services-educatifs-adaptes.pdf>
- Su, Y.-L. et Reeve, J. (2011). A meta-analysis of the effectiveness of intervention programs designed to support autonomy. *Educational Psychology Review*, 23(1), 159-188.  
<https://doi.org/10.1007/s10648-010-9142-7>
- Taylor, R. R. (2017). *Kielhofner's model of human occupation: Theory and application* (5<sup>e</sup> éd.). Wolters Kluwer.
- Townsend, E. A. et Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation: faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>e</sup> éd.). CAOT Publication ACE.
- Ziviani, J., Poulsen, A. A. et Cuskelly, M. (2013). *The art and science of motivation : A therapist's guide to working with children*. Jessica Kingsley.

[http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=509756)

[AN=509756](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=509756)

## Annexe A

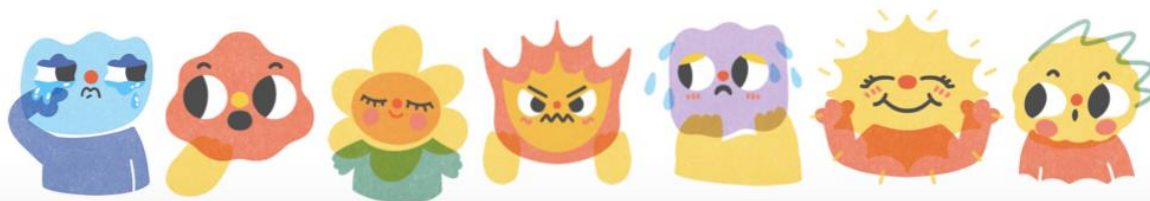
## Version finale de l'outil



OUTIL DE RÉFÉRENCE ET D'INSPIRATION

# Stratégies pour favoriser l'engagement des enfants en contexte de thérapie

Par  
Megane Lapointe,  
Étudiante à la maîtrise en ergothérapie



## Mise en contexte

Ce document regroupe des idées de stratégies visant à favoriser l'engagement des enfants durant les séances de thérapie. Celles-ci ont été recueillies auprès d'ergothérapeutes travaillant en pédiatrie, puis classées selon différents niveaux d'intervention, en s'appuyant sur deux cadres conceptuels reconnus dans la littérature. Ainsi, cet outil vise à outiller les professionnels de la santé œuvrant auprès des enfants en leur proposant un répertoire structuré de stratégies concrètes, issues de l'expérience terrain et éclairées par des fondements théoriques.

La réalisation de cet outil s'inscrit dans le cadre d'un essai de maîtrise professionnelle en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).



**Mise en garde :** certaines stratégies peuvent comporter des risques. Il revient au professionnel d'exercer son jugement clinique afin d'en assurer une utilisation sécuritaire, tout en permettant à l'enfant d'exprimer son refus si nécessaire



## Fondements théoriques

Les stratégies présentées dans cet outil sont regroupées en deux niveaux d'intervention.

### Les stratégies générales

Regroupe des principes d'intervention plus généraux, applicables en tout temps dans la démarche thérapeutique et visant à soutenir l'engagement de l'enfant. Ces principes s'appuient sur le cadre motivationnel de l'engagement décrit par King et al. (2014), qui met l'accent sur trois éléments clés du processus motivationnel pour favoriser la participation active : la réceptivité du client, sa volonté d'implication et son sentiment d'auto-efficacité. Ainsi, ce niveau se compose de trois catégories qui correspondent directement aux composantes du cadre de King et al., bien qu'elles aient été renommées et adaptées pour mieux refléter le langage et les perspectives des ergothérapeutes consultés: le soutien au sentiment de compétence, le soutien au sentiment d'autonomie et le soutien à la motivation. Une quatrième catégorie a été classée dans le premier niveau, mais elle provient du cadre d'Ashburner et al. (2014) présenté ci-dessous. Elle se nomme « application des principes de conception universelle dans l'environnement » et est considérée par les auteurs comme une catégorie générale visant à répondre simultanément à une diversité de besoins.

### Les stratégies spécifiques

Regroupe des stratégies utilisées de manière plus ponctuelle, en réponse à des situations précises, selon les besoins spécifiques de l'enfant. Elles visent à le soutenir dans sa régulation afin de favoriser sa participation. Ces stratégies s'appuient sur le cadre clinique développé par Ashburner et al. (2014), qui propose une approche structurée pour optimiser la participation des enfants présentant des défis sensoriels. Bien qu'initialement conçu pour les enfants autistes, ce cadre demeure pertinent pour une clientèle diversifiée, grâce à la flexibilité qu'il offre aux professionnels dans l'ajustement des interventions. Les catégories de ce niveau sont directement inspirées de ce cadre, mais leurs définitions ont été élargies pour s'appliquer à un public plus large, et non uniquement aux enfants ayant des particularités sensorielles. Ce niveau comprend cinq catégories, dont la dernière a été ajoutée de manière inductive et ne provient pas du cadre d'Ashburner : l'adaptation des tâches et de l'environnement pour permettre la participation, l'intégration d'apports sensoriels pour réguler l'éveil, les stratégies comportementales, le développement des stratégies d'autorégulation et les supports visuels pour structurer la séance.

Ashburner, J. K., Rodger, S. A., Ziviani, J. M. et Hinder, E. A. (2014). Optimizing participation of children with autism spectrum disorder experiencing sensory challenges: A clinical reasoning framework. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(1), 24-38. <https://doi.org/10.1177/0008417413520440>  
 King, G., Currie, M. et Petersen, P. (2014). Child and parent engagement in the mental health intervention process: A motivational framework. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(1), 2-8. <https://doi.org/10.1111/camh.12015>



## Stratégies générales

### Soutien au sentiment de compétence

- Débuter avec des activités plus faciles
- Respecter le rythme d'adaptation de l'enfant
- Alternier entre les activités faciles et difficiles
- Viser le juste défi
- Micro-graduer la tâche pour faire vivre des réussites
- Utiliser des activités appréciées par l'enfant pour renforcer son sentiment d'auto-efficacité



### Soutien au sentiment d'autonomie

- Offrir des choix d'activités ou l'ordre des activités
- Proposer des faux choix ou des choix dirigés
- "Mon activité - ton activité"
- Impliquer l'enfant dans la création d'activités (ex.: parcours moteurs)
- Intégrer les objectifs de l'enfant dans le plan d'intervention
- Communiquer avec l'enfant par courriel si l'âge le permet



### Soutien à la motivation

- Utilisation des intérêts de l'enfant
- Utiliser des thématiques, des déguisements et du matériel personnalisé
- Utilisation de l'humour et de sons et bruits amusants
- Intervention sous forme d'activités ludiques
- Causerie sur les intérêts de l'enfant, ses forces et ses défis
- Présence ou absence du parent selon la dynamique
- Présence d'un ami
- S'assurer de mettre en place un cadre sécurisant
- Réduire les attentes
- Réduire les instructions verbales
- S'assurer de choisir des activités signifiantes pour l'enfant
- Faire un contrat d'engagement avec l'enfant
- S'ajuster aux demandes spontanées de l'enfant
- Faire des activités collaboratives ou compétitives selon l'enfant
- Donner des défis à faire à la maison



### Application des principes de conception universelle dans l'environnement

- Lumières tamisées / lumière de chevet
- Environnement épuré pour limiter les distractions
- Environnement plus "vivant" pour les enfants plus passifs
- Organisation de l'environnement pour mettre en évidence certains jeux

## Stratégies spécifiques

### Adaptation des tâches et de l'environnement

- Travailler la tâche à travers le jeu



- Séquencer ou micrograder la tâche



- Ajuster la tâche selon la zone proximale de développement
- S'assurer d'un positionnement optimal (ex: chaise Trip Trapp)



- Varier les positions



- Varier les médiums



- Utiliser d'outils visuel pour faciliter la compréhension des consignes
- Adopter une approche multisensorielle (ex. : pour l'écriture et l'acquisition de patrons moteurs)



- Utiliser des objets réels en thérapie (ex. : vraie nourriture pour pratiquer l'usage des ustensiles, cuisiner une recette ensemble)



- Offrir des outils sensorimoteurs adaptés aux activités sédentaires (ex. : objets à manipuler, lézard lourd, lecture dans une tente sensorielle)



- Utilisation de modalités sur chaise pour favoriser la réalisation de tâches assise (ex: coussin Disc'O'sit, coussin Movin'sit, bande rebondissante pour chaise, ballon Sit'n'Gym, disques tactiles à mettre sous les pieds)



## Intégration d'apports sensoriels pour réguler l'éveil

- Stimulations auditives : Chansons, musique



- Stimulations visuelles : Lumières dynamiques, lampe à lave, sabliers, fibres optiques, exploration des pièces



- Stimulations tactiles : Pâte thérapeutique, jouets de poche à manipuler,



balles texturées, massage avec appareil vibrant, sable lunaire, velcro à toucher sous le bureau, bac sensoriel (riz, sable, perles d'eau, etc.)



- Stimulations proprioceptives: Pauses actives/mouvement, heavy work, parcours,



yoga, brouette, combat amical, jeu du hot-dog, bean bag, respiration,



massages (pizza), pressions profondes, routine corporelle (routine de l'astronaute),



assises dynamiques,



stimulations orales (Jeux impliquant de souffler, paille pour boire, mâcher de la gomme, objets à mâchouiller)



- Stimulations vestibulaires : Balançoires, équipements suspendus (hamac, Joki),

trampoline, ballon, chaise berçante, chaise d'ordinateur tournante, planche à roulettes



## Stratégies comportementales

- Système de récompenses et d'émulation



- Renforcement via des activités purement ludiques
- Jeu amusant à chaque début ou fin de séance
- Renforcement positif (autocollants, choix de jeu)



- Encouragements verbaux
- Rétroactions positives



- Scénarios sociaux (histoire pour démontrer les attentes et comportements appropriés)
- Jeux relationnels (faire semblant, jeux de rôle, jeux d'imitation, jeu de coopération)



## Développement des stratégies d'autorégulation

- Espace pour verbaliser les émotions



- Questionner l'enfant sur son état émotionnel / niveau d'éveil pour s'ajuster au besoin



- Nommer les problèmes
- Soutenir la recherche de solutions
- Analogie du moteur (outil de régulation)



- Faire des techniques de respiration



## Supports visuels pour structurer la séance

- Séquences/horaires visuelles du plan de rencontre
- Pictogrammes des activités avec flèche à déplacer



- Time timer ou minuterie visuelle



## Images tirées d'Internet



<https://www.klarna.com/ie/shopping/sp/tripp-trapp-baby/>



<https://www.active-shop.ch/fr/apprendre/competences-perceptives/apaiser/273/leopard-lourd-manimos>



<https://www.hoptoys.fr/espace-bureau-ergonomique/disc-o-sit-gris-p-16102.html>



<https://www.fdmf.ca/coussin-movin-sit-i-0101-01>



[https://www.kaplanco.com/product/53469/bouncy-bands-for-school-chairs?c=1Z7CFCl080&srsltid=AfmB0orEumffQQfFjw0Uvsz3ufU6gXf6mA0jWSTb1G0hU\\_lc85dUCyDU](https://www.kaplanco.com/product/53469/bouncy-bands-for-school-chairs?c=1Z7CFCl080&srsltid=AfmB0orEumffQQfFjw0Uvsz3ufU6gXf6mA0jWSTb1G0hU_lc85dUCyDU)



<https://www.hoptoys.fr/espace-bureau-ergonomique/sit-n-gym-p-13827.html>



<https://www.elitemedicale.fr/shop/pmarst00001-set-tactile-set-ndeg-l-71968>



<https://www.jeancoutu.com/magasiner/categories/sante/confort-equipements-et-produits/accessoires-pour-massage-et-relaxation/quatre-mini-appareil-de-massage/p/031262073891>



<https://www.fichespedagogiques.com/imagerie-interactive/9988n2444g12413>



<https://la-taverne-des-farceurs4.webnode.fr/p/sable-magique/>