

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

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

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

PAR  
VANESSA CORBEIL

LE TDAH CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 12 ANS: L'ERGOTHÉRAPIE EN MILIEU  
SCOLAIRE

AOÛT 2012

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

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 ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## RÉSUMÉ

Mots clés : TDAH, ergothérapie, intervention, collaboration, école, *ADHD, occupational therapy, intervention, collaboration, school.*

Problématique : Avec la tendance visant à intégrer les enfants en difficulté au sein des classes régulières tels que les enfants ayant un TDAH, les enseignants des écoles primaires font maintenant face à un nouveau défi et à de nouveaux besoins. Cependant, peu est écrit dans la littérature quant aux interventions et à la collaboration entre les ergothérapeutes et les enseignants travaillant auprès de ces enfants. Objectif : Cet essai vise à explorer le point de vue de professeurs et d'ergothérapeutes en milieu scolaire par rapport aux interventions possibles auprès des enfants de 6 à 12 ans ayant un TDAH et à la collaboration entre ces acteurs. Méthode : Une consultation d'experts recrutés dans la région de Sorel-Tracy et de Trois-Rivières a été effectuée auprès de 2 enseignants et 2 ergothérapeutes afin de répondre à l'objectif de l'essai. Résultats : Plusieurs interventions efficaces et facilement applicables en milieu scolaire ont été identifiées par les experts. De nombreux facilitateurs ou obstacles à la collaboration, à la mise en place des services ainsi qu'au rendement occupationnel des enfants ont été identifiés. Conclusion : Dans les régions de Sorel-Tracy et de Trois-Rivières, il existe certains facilitateurs et obstacles à la collaboration entre les professionnels de la santé qui œuvrent auprès des milieux scolaires primaires et les enseignants de ces écoles. La prise en compte de ces facteurs pourrait influencer positivement le rendement et l'engagement occupationnel des enfants ayant un diagnostic de TDAH.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	v
REMERCIEMENTS.....	vi
1. INTRODUCTION .....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	3
2.1. Description du TDAH.....	3
2.2. Défis occupationnels vécus par les enfants ayant un TDAH .....	4
2.3. Ergothérapie et TDAH.....	6
2.4. Bref portrait des services offerts à Sorel-Tracy .....	8
3. OBJECTIF ET QUESTIONS DE RECHERCHE .....	11
4. CADRE THÉORIQUE.....	12
5. MÉTHODE.....	14
5.1. Échantillon.....	14
5.2. Collecte des données.....	15
5.3. Méthode d'analyse des données.....	16
6. RÉSULTATS.....	18
6.1. Interventions utilisées en milieu scolaire .....	18
6.1.1 Modalités identifiées par les ergothérapeutes. ....	18
6.1.2 Modalités identifiées par les professeurs. ....	18
6.2. Points de vue des experts par rapport aux facilitateurs et obstacles.....	20
6.2.1 Facilitateurs liés à la personne selon les quatre experts.....	20
6.2.2 Obstacles liés à la personne selon les professeurs. ....	21
6.2.3 Obstacles liés à la personne selon les ergothérapeutes.. ....	21
6.2.4 Facilitateurs liés à l'environnement social selon les quatre experts.....	21
6.2.5 Facilitateurs liés à l'environnement social selon les professeurs.....	23

6.2.6 Facilitateurs liés à l'environnement social selon les ergothérapeutes. ....	24
6.2.7 Obstacles liés à l'environnement social selon les professeurs. ....	24
6.2.8 Obstacles liés à l'environnement social selon les ergothérapeutes. ....	25
6.2.9 Facilitateurs liés aux environnements culturel et institutionnel selon les professeurs. ....	26
6.2.10 Facilitateurs liés aux environnements culturel et institutionnel selon les ergothérapeutes. ....	26
6.2.11 Obstacles liés aux environnements institutionnel et culturel selon les quatre experts. ....	27
6.2.12 Obstacles liés aux environnements institutionnel et culturel selon les professeurs. ....	27
6.2.13 Obstacles liés aux environnements institutionnel et culturel selon ergothérapeutes. ....	29
6.2.14 Facilitateurs liés à l'environnement physique selon les quatre experts. ....	30
6.2.15 Obstacles liés à l'environnement physique selon les professeurs. ....	30
7. DISCUSSION .....	31
7.1. Modalités d'intervention utilisées en milieu scolaire. ....	31
7.2. Facilitateurs et obstacles aux interventions. ....	32
7.3. Perfectionnement potentiel de la pratique actuelle .....	36
7.4. Limites de l'essai .....	39
8. CONCLUSION .....	41
RÉFÉRENCES .....	45
ANNEXE 1 .....	48
ANNEXE 2 .....	48
ANNEXE 3 .....	51
ANNEXE 4 .....	56
ANNEXE 5 .....	57

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
CADDRA	Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance
CLSC	Centre local de services communautaires
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4e édition révisée
FPPEQ	Fédération des professionnelles et professionnels de l'éducation du Québec
MCRO-E	Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de l'Engagement
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
NICE	National Institute for Health & Clinical Excellence
REMS	Regroupement des Ergothérapeutes du Milieu scolaire
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

## **REMERCIEMENTS**

Je désire remercier tous les experts ayant participé à ce projet d'essai critique ainsi que ma directrice d'essai Mme Ginette Aubin, professeure au département d'ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

## 1. INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années, un mandat est encouragé dans les écoles primaires québécoises dans le but de favoriser l'intégration en classes régulières des enfants présentant des difficultés de comportements, tels que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité [TDAH] (Ministère de l'Éducation du Québec [MEQ], 1999). Le fait de composer avec les enfants ayant un TDAH est alors une nouvelle réalité à laquelle les enseignants doivent de plus en plus faire face au quotidien. Les écrits nous informent d'interventions reconnues pour leur efficacité auprès de ces enfants. Par ailleurs, on en connaît peu sur les stratégies des enseignants utilisées pour faciliter l'inclusion de ces enfants dans leur classe. On ne sait pas non plus comment les ergothérapeutes peuvent contribuer à cette intégration. Cet essai vise à mieux comprendre l'apport de professionnels en enseignement et en ergothérapie auprès des enfants âgés entre 6 et 12 ans et ayant un TDAH dans la région de Sorel-Tracy et de Trois-Rivières et leurs perceptions des services offerts à ces enfants. Les experts interviewés sont des ergothérapeutes œuvrant auprès de cette clientèle, intervenant en milieu scolaire, et des professeurs superviseurs de futurs enseignants.

En premier lieu, des explications sur le TDAH sont présentées ainsi que les principaux défis occupationnels vécus par ces enfants afin de favoriser une meilleure compréhension de leur quotidien. D'autre part, un portrait de la situation à la Commission Scolaire de Sorel-Tracy est brièvement exposé afin de mieux comprendre



les besoins des enfants fréquentant les écoles primaires de cette région spécifique. La recension des écrits a permis de cerner la problématique et la question de recherche à laquelle cet essai a tenté de répondre. La méthodologie est aussi exposée en détail, incluant le processus d'analyse qualitative des résultats. La discussion et une brève conclusion font finalement état des faits relevés par cet essai ainsi que des forces et limites de celui-ci.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

### **2.1. Description du TDAH**

Le TDAH est le trouble neurocomportemental le plus diagnostiqué chez les enfants (Elia, Ambrosini, & Rapoport, 1999). Avec les rigoureux critères diagnostiques du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, [DSM-IV-TR] (2000), il est possible d'estimer le nombre d'enfants d'âge scolaire qui doivent vivre avec cette condition de santé à deux millions en Amérique du Nord. Il s'agit donc d'une prévalence de 3 à 5% (DSM-IV-TR). Selon le DSM-IV-TR, trois traits sont caractéristiques de ce trouble : soit l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité, qui sont d'ailleurs expliqués plus en détails dans l'Annexe 1.

Étant donné que le TDAH demeure assez complexe sur le plan étiologique et qu'aucun modèle théorique ne fait réellement l'unanimité à ce jour, ses causes demeurent encore à l'état d'hypothèses. La plus acceptée mentionne une cause héréditaire ayant un impact neurologique (Ballard et al, 1997; Faraone & Biederman, 1998; Barkley, 2005). À cet égard, Barkley (1997) stipule que le TDAH serait dû à un déficit dans le développement des capacités d'inhibition des comportements. Celles-ci feraient référence à la mémoire de travail, à l'autorégulation de l'affect et de la motivation, à l'internalisation du langage, à l'analyse et à la synthèse des comportements (Barkley). Quant aux hypothèses qui mentionnaient une cause psychosociale comme la pauvreté, la sous-stimulation, l'abus physique ou psychologique et une alimentation

carencielle, elles ont plutôt été classées comme étant des facteurs exacerbant les symptômes du trouble (Barkley, 1998; MEQ & Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSS], 2003). Bien que ces derniers facteurs ne soient pas les causes mêmes du TDAH, la littérature scientifique met en lumière qu'il est tout aussi important de les prendre en compte pour aider ces enfants à mieux vivre au quotidien, d'où la nécessité d'une approche multidimensionnelle et holistique (National Institute for Health & Clinical Excellence [NICE], 2009; Canadian ADHD Resource Alliance [CADDRA], 2011).

## **2.2. Défis occupationnels vécus par les enfants ayant un TDAH**

Le diagnostic de TDAH entraîne plusieurs défis occupationnels et des situations problématiques dans le quotidien des enfants aux prises avec ce trouble, plus particulièrement dans le milieu scolaire où ils passent la majorité de leur temps (Bélanger, 2008). Effectivement, la proportion d'élèves ayant un TDAH et développant des difficultés d'apprentissage se situerait autour de 70% (Calhoun & Mayes, 2006). D'abord, ces enfants éprouvent souvent de la difficulté à lire, écouter, comprendre et suivre correctement les consignes (Bélanger; CADDRA, 2011). Il est aussi difficile pour eux de finir leurs travaux dans les délais et de s'organiser dans les activités scolaires (DSM-IV-TR, 2000; CADDRA). En plus, ils font régulièrement de nombreux oublis lors de celles-ci et perdent fréquemment leurs effets scolaires (DSM-IV-TR; CADDRA). Ces défis s'expliquent entre autre par les comportements et difficultés découlant des

trois traits caractéristiques du TDAH mentionnés plus haut, soit l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Parmi ces comportements, certains ont trait à l'inattention, par exemple une difficulté marquée à maintenir une attention soutenue au moment des devoirs et des leçons (Bélanger). Ceci peut devenir aussi une difficulté à soutenir un effort et à « prendre des raccourcis » dans les travaux (Bélanger). D'autre part, on retrouve les comportements qui sont plus en lien avec l'hyperactivité et l'impulsivité, tels que la tendance de ces enfants à jouer avec toutes sortes d'objets sans rapport avec la tâche, à se tortiller et à bouger sans arrêt, à parler ou à agir sans que ce soit leur tour ou encore à s'exprimer de façon indélicate (DSM-IV-TR, 2000).

Ces enfants vivent également des problèmes sur les plans affectif et social. Effectivement, ces jeunes entretiennent de pauvres relations sociales et ils sont plus portés à s'isoler puisqu'ils ne savent pas comment entrer en relation avec les autres (Bélanger, 2008; NICE, 2009). Ils ont souvent une faible estime d'eux-mêmes et certains éprouvent aussi de la difficulté à gérer leur anxiété et leur impulsivité (Bélanger; NICE). De plus, la littérature scientifique soutient le fait que ces difficultés et ces comportements peuvent même mener au décrochage scolaire (NICE). D'ailleurs, lorsque ces enfants ne sont pas pris en charge par des professionnels, ils risquent, à plus long terme, de développer des comportements antisociaux et d'abus de substances ainsi que des difficultés d'adaptation et d'identité personnelle (NICE). L'importance d'agir le plus précocement possible, soit dès l'entrée à l'école au moment où il est le plus probable que les difficultés soient dépistées, ne fait aucun doute (MEQ & MSSS, 2003). Par ailleurs,

le mandat donné aux commissions scolaires québécoises, qui vise à scolariser tous les enfants d'un territoire donné sans aucune discrimination, les oblige à favoriser le cheminement scolaire autant chez les enfants les plus doués que chez ceux en difficulté (MEQ, 1999).

### **2.3. Ergothérapie et TDAH**

Le document, *Au-delà de la réadaptation, l'ergothérapeute à l'école*, produit en 2007 par le Regroupement des ergothérapeutes en milieu scolaire [REMS] et publié par la Fédération des professionnelles et professionnels de l'éducation du Québec [FPPE], souligne le fait que le cheminement scolaire des enfants est la responsabilité de l'école et de ses enseignants, mais que les professionnels de la santé sont des partenaires essentiels à la réussite des élèves plus démunis. Le REMS affirme également que les ergothérapeutes sont des professionnels ayant de bonnes connaissances au niveau de la pathologie, du développement et de la thérapie, ce qui rend leur contribution à l'équipe-école très précieuse. En plus, le *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada* mentionne que la compétence clé de l'ergothérapeute est le rôle d'expert en habilitation de l'occupation et que c'est entre autre ce savoir-faire qui leur permet d'offrir des services personnalisés, holistiques et adaptés aux personnes, aux occupations et à leurs environnements (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2007). Dans le cas des enfants de 6 à 12 ans ayant un TDAH, les services ergothérapeutiques visent plus particulièrement à améliorer leur rendement et engagement occupationnel dans les

tâches scolaires, qui font partie de leurs principales occupations de productivité, et ce dans leur environnement naturel.

D'autre part, la littérature scientifique présente divers types d'interventions possibles avec cette clientèle et plusieurs pourraient être applicables par les ergothérapeutes en milieu scolaire. Parmi les modalités qui ont démontré une bonne efficacité, on retrouve la thérapie cognitivo-comportementale (NICE) et les interventions psychoéducatives qui regroupent l'approche centrée sur la famille (NICE), les groupes éducatifs pour les parents et les groupes psychosociaux destinés aux enfants (NICE; Lloyd, Brett & Wesnes, 2010). D'autres moyens d'interventions possiblement utilisées par les ergothérapeutes ne sont encore pas encore appuyés par de hauts niveaux d'évidence. Parmi celles-ci, on retrouve le *neurofeedback* (Arns, Coenen & Strehl, 2009; Gevensleben et al., 2009; 2010), les interventions basées sur l'approche d'intégration sensorielle telles que la stimulation vestibulaire (Clark et al., 2008), la modification de la position assise (NICE) par disques (Pfeiffer, Henry, Miller & Witherell, 2008), l'utilisation de la veste lestée (VandenBerg, 2001; Olson & Moulton, 2004) et le métronome interactif (Shaffer et al., 2001). Une brève description de ces modalités d'intervention est disponible dans l'Annexe 2. Quant aux interventions spécifiques au milieu scolaire, quelques études seulement ont été recensées dans la littérature. Ces études de bonne qualité soutiennent l'efficacité des interventions en milieu scolaire de façon générale (NICE, 2009). Parmi ces modalités, on retrouve les stratégies suivantes : offrir à l'élève ayant un TDAH un endroit calme pour travailler, éviter les tâches

répétitives, donner des instructions claires et concises et privilégier le travail en petits groupes au lieu d'en grand groupe (NICE). La description détaillée des ces modalités est disponible dans l'Annexe 2.

#### **2.4. Bref portrait des services offerts à Sorel-Tracy**

Lors du dernier congrès de l'organisme CADDRA en 2011, il a été reconnu que les ressources pour les enfants ayant un TDAH sont insuffisantes (C. Tremblay, psychologue, Communication personnelle, 18 octobre 2011). En ce sens, le *Rapport du comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central* produit par le MEQ (2000), a publié une étude réalisée auprès de 38 intervenants du domaine de l'éducation ainsi que de celui de la santé et des services sociaux. Ce projet avait pour but de documenter leurs perceptions relativement aux interventions auprès de cette clientèle. Cette démarche visait aussi à recueillir des suggestions d'amélioration quant à ces dernières et au suivi auprès des enfants ayant un TDAH. Ce rapport du MEQ a notamment mis en lumière qu'il existe des problèmes importants au niveau de l'accessibilité aux ressources scolaires et médicales par ces enfants. En effet, ce document mentionne que les professionnels sont souvent peu disponibles, que les délais sont très longs avant d'obtenir un rendez-vous et que les parents de ces enfants se sentent souvent exclus du processus au lieu d'être considérés comme des alliés essentiels (MEQ). Dans le même ordre d'idées, une expérience personnelle de stage au CSSS Pierre-de-Saurel, volet CLSC, programme

enfance-jeunesse-famille, a mis en lumière que l'ensemble des écoles primaires de la commission scolaire de cette région n'avaient que les deux ergothérapeutes employés par ce CLSC à leur disposition. Ces deux ergothérapeutes doivent tout de même répondre aux besoins d'une population de 2768 élèves répartis dans 14 écoles primaires (Responsable des communications, Commission Scolaire de Sorel-Tracy, Communication personnelle, 7 février 2012), ce qui représente un très faible ratio. Bien que le gouvernement favorise l'inclusion de tous les élèves en classe régulière, comme mentionné précédemment, aucun guide n'expose comment les enseignants de cette commission scolaire et les ergothérapeutes de cette région s'y prennent pour aider les enfants en difficulté dans leur quotidien.

Les paragraphes précédents ont mis en lumière que les ergothérapeutes sont des professionnels qualifiés pour aider les enfants ayant un TDAH. Par contre, les niveaux d'évidences scientifiques soutenant les interventions possibles en milieu scolaire auprès de ces enfants varient encore beaucoup et il semble y avoir peu de lignes directrices étoffées pour guider les ergothérapeutes en milieu scolaire auprès des enfants ayant un TDAH. Cette situation est d'autant plus critique que le milieu scolaire à Sorel-Tracy n'est pas un milieu de recherche et qu'on y retrouve très peu d'ergothérapeute en ce moment. Cela fait en sorte qu'il est difficile de savoir comment cela se passe au quotidien entre les enseignants et les ergothérapeutes du CLSC. Il est aussi difficile de savoir comment les besoins de ces enfants sont répondus.



Certaines études se sont penchées sur une problématique similaire à celle précédemment soulevée, telle que l'ont fait le rapport du MEQ (2000) et les chercheurs Baker-Henningham et Walker (2009). Cependant, aucune n'a été réalisée auprès des enfants de 6 à 12 ans ayant un TDAH et fréquentant la Commission Scolaire de Sorel-Tracy. Une étude pilote réalisée en Jamaïque (Baker-Henningham & Walker, 2009), portait sur la perception des enseignants de trois classes préscolaires par rapport à l'acceptabilité, la faisabilité et l'utilité des interventions en milieu scolaire auprès des enfants ayant un trouble de la conduite. Cet essai propose d'explorer spécifiquement la perception d'experts de la région de Sorel-Tracy et de Trois-Rivières par rapport aux interventions utilisées auprès des enfants ayant un TDAH, aux facilitateurs et aux obstacles à leur application afin de mieux comprendre la situation des enfants ayant un TDAH.

### **3. OBJECTIF ET QUESTIONS DE RECHERCHE**

L'objectif général de cet essai vise d'abord à réaliser un portrait de la situation en milieu scolaire quant aux pratiques et aux interventions auprès des enfants de 6 à 12 ans ayant un TDAH, tel que décrit par des experts en ergothérapie et en éducation de la région de Trois-Rivières et de Sorel-Tracy. Les questions de recherche sont :

- Quelles sont les interventions utilisées en milieu scolaire, par les enseignants et les ergothérapeutes, auprès des enfants de 6 à 12 ans ayant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité?
- Quel est leur point de vue quant aux facilitateurs et aux obstacles à la mise en œuvre des interventions pour ces enfants?

#### **4. CADRE THÉORIQUE**

Le MCRO-E (Polatjako & Townsend, 2008) est utilisé dans cet essai afin de permettre une organisation adéquate et pertinente des résultats obtenus. Il permet une vision holistique de la personne et met en valeur l'importance de l'interaction entre celle-ci et son environnement afin d'assurer un fonctionnement optimal dans les occupations significatives (Polatjako & Townsend). Dans ce modèle, la personne est décrite selon ses dimensions cognitive, affective, physique et spirituelle, tandis que l'occupation est documentée selon trois domaines, soient les soins personnels, la productivité et les loisirs (Polatjako & Townsend). Quant à l'environnement, celui-ci est divisé en composantes sociale, physique, institutionnelle et culturelle, et permet une plus grande nuance des facteurs qui agissent à titre de facilitateurs ou d'obstacles à la mise en œuvre des services et des interventions et par le fait même, au rendement et à l'engagement occupationnel de ces enfants (Polatjako & Townsend). Quant aux termes facilitateurs et obstacles, ceux-ci sont utilisés selon la même définition que celle de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF] (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2001), un autre modèle théorique couramment utilisé par les ergothérapeutes. Selon la CIF, ces termes sont utilisés pour qualifier les facteurs environnementaux en termes d'influence positive ou négative sur la performance de la personne (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2001). Dans le cadre de cet essai, l'utilisation de ces termes sera empruntée à la CIF et étendue à toutes les catégories du MCRO-E afin de pouvoir explorer comment celles-ci

influencent l'application des interventions recommandées par les professionnels de la santé. Cette influence sera donc positive ou négative, soit un facilitateur ou un obstacle. De plus, la notion d'engagement occupationnel s'applique bien dans le cas de la clientèle ciblée puisque les difficultés auxquelles ces enfants se butent rendent leur engagement dans leurs tâches scolaires très ardu comparativement aux autres enfants n'ayant pas un diagnostic de TDAH. Finalement, ce modèle, étant occupationnel plutôt que médical, est très utilisé par les ergothérapeutes qui prônent la réhabilitation par l'occupation (Polatajko & Townsend). Il s'avère donc être opportun pour les fins de cet essai.

## **5. MÉTHODE**

### **5.1. Échantillon**

Ce projet de consultation d'expert a fait appel à un échantillon établi selon une méthode non-probabiliste de convenance (Fortin, 2010). Les experts interviewés devaient être des ergothérapeutes œuvrant auprès des enfants de 6 à 12 ans et intervenant dans le milieu scolaire et des enseignants avec une expérience en milieu scolaire primaire. Afin d'être inclus dans le projet, les experts devaient travailler avec les enfants de 6 à 12 ans ayant un diagnostic de TDAH ou avoir déjà vécu une expérience de travail avec cette clientèle. Le seul critère d'exclusion était le fait de travailler dans la même région. L'échantillon était complet lorsque quatre experts répondant aux critères s'étaient portés volontaires pour participer à l'étude. Les experts en ergothérapie consultés sont des ergothérapeutes d'expérience du CLSC de la région de Sorel-Tracy. Quant aux experts en enseignement, ils sont des professeurs du département des sciences de l'éducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières [UQTR]. Ces experts de l'enseignement au primaire ont plus de dix années d'expérience avec une clientèle primaire variée, comprenant des enfants avec un diagnostic de TDAH. Ils connaissent aussi plusieurs milieux scolaires puisqu'ils doivent maintenant superviser des stagiaires dans différentes écoles de diverses régions du Québec. Leur expérience est donc très pertinente. En plus, ces personnes étant moins impliquées dans la région de Sorel-Tracy, cela a permis d'éliminer le malaise possible entre les ergothérapeutes et les enseignants

œuvrant dans le même milieu. Ces experts ont été rejoints par téléphone et par courriel. Ils ont aussi reçu une lettre d'information détaillée (voir Annexe 3).

## **5.2. Collecte des données**

Après consultation du comité éthique de l'UQTR, il a été établi que ce projet ne nécessitait pas l'obtention d'un tel certificat, puisqu'il était réalisé avec des experts. Toutefois, certaines considérations éthiques ont été prises en compte. Ce projet portant sur des régions spécifiques, l'accord des experts a été nécessaire afin de divulguer le nom de ces régions. De plus, un feuillet d'information a été remis et un formulaire de consentement a été rempli par toutes les personnes impliquées dans cet essai afin de permettre une décision libre et éclairée de participer à l'étude (voir Annexe 4). Chaque participant avait la possibilité de se retirer à tout moment. L'obtention du consentement de chacun a aussi été nécessaire pour permettre l'enregistrement de l'intégralité des entrevues.

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'entrevues semi-dirigées spécialement conçues pour cet essai (voir Annexe 5). L'utilisation de questions ouvertes a permis de recueillir une plus grande diversité d'informations, tout en obtenant et en orientant les participants vers des questionnements spécifiques. La durée des entretiens avec les experts était variable selon l'expérience et l'information qu'ils étaient prêts à partager. Tout le temps nécessaire pour répondre aux questions a été alloué à chaque

participant. Les entrevues ont été réalisées individuellement dans un local de réunion à l'UQTR ou dans le bureau même des experts rencontrés et enregistrées à l'aide d'un enregistreur audio. De plus, il est important de mentionner que les informations obtenues des experts en enseignement ont été recueillies à partir de leurs expériences de travail avec des professionnels tels que les psychoéducateurs. Bien que ceux-ci ne fassent pas le même travail que les ergothérapeutes, cela a été nécessaire puisque les enseignants avaient peu d'expériences de collaboration avec des ergothérapeutes en milieu scolaire pour des enfants ayant un TDAH.

### **5.3. Méthode d'analyse des données**

La première question de recherche de cet essai visait à identifier les modalités d'interventions utilisées par les experts. Puisque seulement quelques modalités ont été identifiées par les experts, une liste exhaustive de celles-ci a été réalisée afin de permettre un portrait plus précis de celles qui s'avèrent être utilisées et recommandées dans ce milieu.

L'analyse qualitative des données relevant de la question portant sur les points de vue des experts a été réalisée selon une approche déductive inspirée de l'article de Baker-Henningham & Walker (2009). À la différence des chercheurs Baker-Henningham & Walker qui se sont servis des catégories ayant émergé lors de leur analyse, la méthode d'analyse utilisée dans cet essai a fait appel à un système de

catégorisation préétabli. Ce système a consisté en deux grilles : une pour les facilitateurs et une pour les obstacles à l'application des recommandations et au rendement occupationnel des enfants. Toutes deux avaient été subdivisées selon les dimensions, domaines et environnements du MCRO-E (Polatajko & Townsend, 2008). Ces grilles ont servi à regrouper les propos des experts en enseignement et ceux des experts en ergothérapie. Les deux grilles ont donc été attribuées à chaque domaine d'expertise. . Les facteurs identifiés par les experts ont été classé simultanément selon qu'ils étaient facilitateurs ou obstacles et selon la catégorie du MCRO-E (Polatajko & Townsend) à laquelle ils se rattachaient.

Afin de faciliter le processus d'analyse des données et d'assurer la précision par rapport à l'enregistrement audio, les entrevues ont d'abord été transcrites intégralement. À la suite de cette transcription, chaque entrevue écrite a été révisée avec l'enregistrement audio pour éviter les erreurs de transcription ou les oublis. Alors, à la lecture de ces verbatim, les unités de sens, les facilitateurs ou les obstacles, ont été classées dans leur catégorie respective du MCRO-E. Cette étape du processus d'analyse a nécessité plusieurs lectures et une révision par une étudiante à la maîtrise en ergothérapie afin d'établir la meilleure catégorisation possible. Cela a donc entraîné le déplacement de certaines unités de sens dans d'autres catégories jusqu'au consensus des deux personnes qui ont révisé la catégorisation.



## **6. RÉSULTATS**

### **6.1. Interventions utilisées en milieu scolaire**

**6.1.1. Modalités identifiées par les ergothérapeutes.** Le premier questionnaire de cet essai visait à explorer les interventions utilisées en milieu scolaire, par les enseignants et par les ergothérapeutes, auprès des enfants de 6 à 12 ans ayant un TDAH. Les experts en ergothérapie nomment d'une part les recommandations visant à modifier la position assise par ballons suisses ou par disques. Ils identifient aussi celles qui visent à augmenter l'attention de l'enfant : faire mâcher de la gomme, installer des isolements sur les bureaux, manipuler des objets prévus à cet effet tels que des tubes de caoutchouc, des embouts de crayon et des balles anti-stress. En plus, un ergothérapeute mentionne que les modalités proprioceptives, telles qu'un coussin lourd déposé sur les épaules de l'enfant, ont pour effet de le calmer et de le rassurer ce qui est habituellement apprécié des enseignants. Aussi, cet expert stipule que des stratégies d'organisation du temps, telles que permettre à l'enfant de sortir cinq minutes avant les autres pour s'habiller, sont des types de recommandations qui sont facilement applicables et efficaces.

**6.1.2. Modalités identifiées par les professeurs.** Les experts en enseignement expriment le fait que certains enseignants essaient des stratégies apprises lors de leur formation universitaire ainsi que des stratégies créées instinctivement avant de demander

l'aide d'intervenants. Ce qu'ils mettent en lumière, c'est que les stratégies traditionnelles mises en place dans les classes pour assurer une gestion des comportements ne fonctionnent habituellement pas avec les enfants ayant un trouble tel que le TDAH. En effet, ces deux professeurs rapportent que les enfants ayant un TDAH ne cadrent pas du tout dans les systèmes traditionnels d'émulation, qui se veulent des méthodes de punition des mauvais comportements. Selon leurs explications, en mettant l'emphase sur les comportements non acceptés, l'enfant qui a déjà des difficultés particulières dues à un trouble de santé se retrouve automatiquement perdant et son estime de lui-même est affectée négativement. À cet effet, un de ces deux experts mentionne que l'utilisation d'une feuille de route particulière et spécialement conçue pour l'enfant ayant un TDAH est une méthode de gestion des comportements beaucoup plus efficace permettant une communication quotidienne entre les acteurs, soient l'enseignant, les parents et les autres intervenants au dossier. Les deux professeurs interviewés rapportent aussi que l'utilisation de stratégies de renforcement positif telles que la valorisation des forces de l'enfant favorise sa participation en classe et lui permet de prendre conscience qu'il est capable d'avoir de bons comportements. Dans le même ordre d'idées, un de ces experts affirme que l'auto-observation du bon comportement à reproduire par une auto-évaluation de l'enfant est beaucoup plus efficace pour modifier les comportements qu'une punition.

D'autre part, un expert de l'enseignement stipule que l'utilisation de consignes dites «alpha», soit des consignes courtes, claires, positives et peu nombreuses, sont très

aidantes pour les enfants ayant un TDAH. Aussi, les deux experts en éducation s'entendent pour dire qu'il est important d'éviter les stimuli inutiles en éliminant les dessins superflus sur les feuilles de consignes et en assoyant l'enfant à un endroit stratégique de la classe, par exemple, loin du taille-crayon et des fenêtres. Un des professeurs explique davantage cet élément en affirmant qu'il ne suffit pas d'asseoir l'enfant devant la classe près de soi, mais qu'il faut aussi lui porter l'attention particulière dont il a besoin. En plus, cet expert mentionne qu'il est préférable de développer un système particulier avec ces enfants afin de pouvoir leur donner des consignes non-verbales, par exemple par indices imagés, afin de les remettre à l'ordre de façon discrète. Selon lui, cela est perçu beaucoup moins négativement par l'enfant.

## **6.2. Points de vue des experts par rapport aux facilitateurs et obstacles**

Le deuxième questionnement de cet essai critique avait pour but d'explorer les facilitateurs et les obstacles perçus par les ergothérapeutes et les professeurs quant à la mise en place des services offerts aux enfants ayant un TDAH et quant à la collaboration entre enseignants et professionnels. Les prochaines sections exposent les réponses obtenues, classées selon les catégories du MCRO-E.

**6.2.1. Facilitateurs liés à la personne selon les quatre experts.** Selon un expert en ergothérapie et un expert en enseignement, deux aspects de la dimension cognitive rendent l'application des interventions plus facile. Les deux facteurs nommés

sont l'autonomie de l'enfant à appliquer et à gérer seul la recommandation du professionnel et le fait que l'enfant soit conscient de sa condition et de ses déficits.

**6.2.2. Obstacles liés à la personne selon les professeurs.** Selon un professeur interviewé, le fait que certains enfants ayant un TDAH, dont le rendement occupationnel et le fonctionnement en classe sont moins affectés est un obstacle majeur en lien avec l'application des recommandations. Selon lui, cette problématique est directement en lien avec l'attitude de la direction de certaines écoles tel qu'il est expliqué dans la section 6.2.6. De plus, certains enfants se sentent jugés par les autres à cause des modifications et ajustements auxquels ils ont droit, ce qui est un autre obstacle noté par un expert en enseignement.

**6.2.3. Obstacles liés à la personne selon les ergothérapeutes.** Un expert en ergothérapie mentionne que le TDAH est une condition qui ne doit pas être prise à la légère vu sa complexité et sa subtilité. Il explique son point en mentionnant que les enfants ayant un TDAH ont des besoins subtils, d'autant plus s'ils n'ont pas été dépistés précocement. Selon lui, ces cas ont souvent évolué de façon complexe et les difficultés affectent davantage la vie de ces jeunes.

**6.2.4. Facilitateurs liés à l'environnement social selon les quatre experts.** Les experts étaient tous d'accord pour certains facilitateurs de l'environnement social.

Parmi ceux-ci, on retrouve d'abord ceux qui ont trait à l'enseignant, soit son approche avec l'enfant, sa personnalité et son expérience en enseignement. Puis, on retrouve ceux en rapport avec l'approche de l'ergothérapeute vis-à-vis l'enseignant.

En ce qui a trait à l'approche de l'enseignant ainsi qu'à celle de l'ergothérapeute ou de tout autre professionnel auprès de l'enfant, les experts sont d'accord sur le fait que celle-ci joue un très grand rôle dans l'applicabilité des interventions ou des recommandations. Selon eux, la meilleure approche des enseignants face à l'enfant est celle qui favorise son bien-être en classe, son sentiment de réussite et son estime de lui-même. Cette approche inclurait leur attitude d'acceptation et d'empathie envers l'enfant, leur détachement personnel face aux comportements problématiques et leur capacité à percevoir l'enfant ayant un TDAH de façon positive. On retrouverait aussi leur aptitude à ne pas porter attention aux comportements habituellement réprimandés, mais sans conséquences sévères, tels que ne pas lever la main pour demander la parole. Selon eux, cela aurait pour effet de promouvoir davantage l'engagement de l'élève dans ses apprentissages, contrairement aux conséquences engendrées par des punitions multiples et régulières. Quant à la personnalité de l'enseignant, les experts identifient l'ouverture d'esprit de celui-ci aux nouvelles idées, sa motivation à trouver des solutions et à aider ses élèves, son désir de se perfectionner et de chercher de nouvelles ressources ainsi que sa tendance à remettre sa pratique en question afin d'y apporter des améliorations. De plus, selon tous les experts, les années d'expérience en enseignement et l'expérience

vécue avec des élèves ayant des problématiques particulières s'avèreraient aussi être un facteur facilitant les interventions.

En ce qui concerne l'approche de l'ergothérapeute vis-à-vis des enseignants, les facteurs facilitant nommés sont principalement en lien avec le savoir-être du professionnel. À cet égard, les experts mentionnent que prendre le temps de bien connaître l'enseignant et de bien cerner la perception de ce dernier face aux difficultés de l'enfant favoriserait un meilleur travail d'équipe. De ce fait, le professionnel serait plus en mesure de faire évoluer la perception de l'enseignant si celle-ci s'avère être en conflit avec la sienne, à la lumière de ses connaissances théoriques sur le TDAH et de son analyse de la situation. D'autre part, un intervenant qui expliquerait bien la pertinence de ses recommandations, qui ferait des essais fructueux avec l'enseignant, qui expliquerait très précisément comment appliquer l'intervention recommandée et qui prendrait en compte la réalité du groupe d'élèves seraient des éléments importants d'une approche favorisant l'application des recommandations. Aussi, tous les experts mettent en lumière que les meilleures recommandations sont celles qui sont les plus simples et les plus faciles d'utilisation telles que celles énumérées dans la section 6.1.

**6.2.5. Facilitateurs liés à l'environnement social selon les professeurs.** Un expert en enseignement mentionne la reconnaissance réciproque des professionnels et de leurs outils. Il explique qu'il est primordial que l'enseignant reconnaisse l'utilité et l'efficacité potentielle des interventions du professionnel de la santé, tout comme ce

dernier doit aussi reconnaître l'efficacité du travail de l'enseignant afin d'assurer une collaboration optimale.

#### **6.2.6. Facilitateurs liés à l'environnement social selon les ergothérapeutes.**

Les deux experts en ergothérapie expliquent qu'une vision commune de la problématique permet d'établir des objectifs conjoints et que faire des recommandations d'interventions simples, concordant davantage avec la réalité des enseignants, facilite leur application. Un expert en ergothérapie stipule aussi que le désir de perfectionnement du professionnel est un facilitateur important. Selon cet ergothérapeute, c'est ce désir de se documenter davantage en se référant à la littérature scientifique qui améliore la qualité des recommandations ou des interventions et qui permet de fournir des explications plus convaincantes aux enseignants.

#### **6.2.7. Obstacles liés à l'environnement social selon les professeurs.**

Tous les experts affirment que l'environnement social des enfants peut également agir en tant qu'obstacle à la mise en œuvre des services offerts et à leur rendement occupationnel. À ce niveau, les professeurs interviewés ont relevé trois facteurs précis, soit le jugement des pratiques parentales, l'attente d'un diagnostic et de la médication pour intervenir et les comportements nuisibles de l'enseignant. D'abord, un expert en éducation note que certains de ses pairs ont tendance à juger les parents et à les condamner pour les difficultés de leur enfant avant même de bien connaître la situation familiale et les

raisons possibles des difficultés. Selon lui, cela peut entraîner la déresponsabilisation l'enseignant face à cet enfant. Ce même expert mentionne également que d'autres enseignants ne mettent aucun moyen en place tant que l'enfant n'a pas reçu un diagnostic ou une médication. Il explique que cela a pour effet de retarder les interventions et l'application des recommandations des professionnels de la santé. Finalement, les deux experts en enseignement rapportent aussi que certains enseignants adoptent inconsciemment des comportements inappropriés qui nuisent à l'attention des enfants ayant un TDAH. Par exemple, un des comportements nommés par les professeurs est le fait de parler fort ou de réprimander un élève à voix haute alors que la classe est dans une activité individuelle exigeant un haut niveau de concentration et d'attention soutenue.

**6.2.8. Obstacles liés à l'environnement social selon les ergothérapeutes.** Les experts en ergothérapie ont aussi identifié quelques éléments de l'environnement social des enfants agissant comme obstacle. Parmi ceux-ci, on retrouve la perception d'une injustice de la part de l'enseignant ainsi que certaines connaissances et croyances dépassées. Par injustice, l'ergothérapeute précise que certains enseignants rencontrés durant sa carrière se sentaient injustes envers les autres enfants lorsqu'ils adaptaient les tâches ou leurs techniques pour un enfant ayant des besoins particuliers. L'expert renchérit sur ce point en stipulant qu'il est primordial pour les professionnels de la santé d'expliquer en détail la situation des enfants qu'ils rencontrent afin que leur entourage comprenne qu'il ne s'agit pas de caprices, mais de besoins bien réels. Finalement, le



même expert explique que cette perception d'injustice était sans doute le fruit de croyances et de connaissances anciennes, à propos de diagnostic tel que le TDAH. Selon lui, le fait qu'un enseignant croit à d'anciens mythes sur les conditions de santé ne favorise pas l'application des recommandations des professionnels.

**6.2.9. Facilitateurs liés aux environnements culturel et institutionnel selon les professeurs.** En somme, les experts en enseignement et en ergothérapie ont relevé quatre points agissant à titre de facilitateurs au rendement occupationnel des enfants ayant un TDAH. D'abord, les experts en enseignement affirment qu'une formation complémentaire en orthopédagogie pour les enseignants est un facilitateur très important. Selon ces experts, ces enseignants sont plus outillés pour faire face aux besoins particuliers des enfants ayant un TDAH. De plus, ils mentionnent qu'il est primordial que les rôles des divers intervenants soient très bien définis afin d'éviter le chevauchement et la redondance des interventions.

**6.2.10. Facilitateurs liés aux environnements culturel et institutionnel selon les ergothérapeutes.** Les experts en ergothérapie ont identifié deux facilitateurs se rapportant aux environnements culturel et institutionnel. Ils mentionnent d'abord le travail interdisciplinaire avec les autres membres de l'équipe du CLSC qui interviennent auprès de l'enfant. Selon eux, celui-ci permet une meilleure compréhension de la situation, une meilleure concertation des services et donc une meilleure application

potentielle des recommandations par les enseignants. Parmi les intervenants du CLSC, les psychoéducateurs et les travailleurs sociaux ont été nommés. Les ergothérapeutes ont aussi mentionné l'aide apportée par les stagiaires en ergothérapie. Selon eux, cette aide permet une meilleure offre de service de la part du CLSC et une prise en charge plus rapide.

**6.2.11. Obstacles liés aux environnements institutionnel et culturel selon les quatre experts.** Les quatre experts ont identifié des obstacles au niveau de la logistique et des ressources humaines. D'abord, les experts sont unanimes quant au fait qu'il est très difficile de trouver un moment où tous les acteurs sont disponibles pour une rencontre d'information et de discussion, soient les professionnels, les enseignants et les parents. Selon eux, la disponibilité de tous pour les réunions est souvent insuffisante et, de ce fait, le manque de communication nuit à une collaboration optimale. Quant à l'obstacle lié aux ressources humaines, les experts sont d'accord sur le fait qu'il y a très peu d'ergothérapeutes qui œuvrent directement dans les milieux scolaires, ce qui constitue un manque selon eux.

**6.2.12. Obstacles liés aux environnements institutionnel et culturel selon les professeurs.** Quant aux obstacles relevant de l'environnement institutionnel, quinze éléments ont été identifiés au sein du milieu scolaire et de l'organisation du CLSC. D'une part, les experts en enseignement expriment que l'organisation du système

scolaire en tant que tel peut agir à titre d'obstacle. De façon générale, ils expliquent que cette organisation comprendrait d'abord le trop grand nombre d'enfants dans les classes, la pression ressentie par les enseignants quant au programme scolaire et aux apprentissages nécessaires à la réussite de l'enfant ainsi que le modèle traditionnel d'éducation. À cet égard, un professeur mentionne que la façon dont le modèle traditionnel est organisé ne correspondrait pas du tout au style d'apprentissage des enfants ayant un TDAH. D'autre part, les deux experts du milieu scolaire indiquent que l'attitude et les croyances de la direction de certaines écoles face aux recommandations peuvent aussi être nuisibles. Ces derniers expliquent cet obstacle par le fait que la direction de certains établissements ne permet les modifications de l'environnement ou l'adaptation des exigences scolaires que dans la mesure où un diagnostic a été posé. Ils affirment également que d'autres établissements d'enseignement n'agissent que si l'enfant se trouve en situation d'échec scolaire. Finalement, les experts du domaine de l'éducation mentionnent aussi que la formation actuelle en enseignement au préscolaire et au primaire n'est plus adaptée aux nouveaux besoins des enseignants. Selon eux, il y a de nouveaux besoins en matière de connaissances dus à l'inclusion scolaire des enfants qui nécessitent une approche et des services particuliers. Un de ces professeurs indique également que les formations continues offertes aux enseignants sont souvent peu adaptées à leur réalité, en plus d'être animées par des professionnels qui ont peu d'expérience avec les groupes d'élèves.

**6.2.13. Obstacles liés aux environnements institutionnel et culturel selon ergothérapeutes.** Les experts en ergothérapie affirment que les besoins hétérogènes des enfants et les classes nombreuses sont des facteurs considérables haussant la charge de travail des enseignants. Selon ce professionnel, cela représente un obstacle très grand à la collaboration avec les professionnels de la santé. Ces experts affirment aussi que plusieurs obstacles se rattachent à l'organisation des services offerts par le CLSC. D'abord, ils mettent en lumière que les ergothérapeutes de ce milieu ont un mandat de type consultatif et que cela limite beaucoup l'offre de service. Selon eux, ce type de mandat ne leur permet pas d'assurer un suivi à long terme avec les enfants pour vérifier l'utilisation et l'efficacité de leurs recommandations. De plus, ils mentionnent que les critères de priorisation choisis par leur service d'ergothérapie visent spécialement les enfants de 0-5 ans puisque les données probantes appuient l'efficacité des interventions précoces en pédiatrie. Selon eux, la durée de l'attente à laquelle sont confrontés les enfants du milieu scolaire fait en sorte que les besoins évoluent entre le moment où la demande au CLSC a été faite et celui où l'enfant est réellement pris en charge. D'autre part, les deux ergothérapeutes ont remarqué que les enfants qui n'ont pas de difficultés autres que celles dues au TDAH, telles que des difficultés au niveau de la motricité fine ou globale, sont très peu référés en ergothérapie. Aussi, un expert de ce domaine observe régulièrement un manque de continuité dans l'application de leurs recommandations au cours des années scolaires. Il explique cela en mentionnant que les recommandations et les rapports d'évaluation en ergothérapie sont difficilement accessibles par les enseignants des années suivantes. De plus, il stipule que ce qui est noté au dossier

scolaire de l'enfant, suite au rapport de l'ergothérapeute, n'est souvent pas suffisant pour dresser un portrait complet de ses difficultés, de ses besoins et des modifications ou adaptations convenues.

#### **6.2.14. Facilitateurs liés à l'environnement physique selon les quatre experts.**

Les principaux éléments facilitant pouvant être classés dans l'environnement physique sont certaines aides techniques et d'autres modalités d'intervention visant à modifier l'environnement immédiat de l'enfant. Parmi ceux-ci, les isolements disposés sur les bureaux et l'emplacement stratégique de l'enfant dans la classe sont nommés. Ces éléments ont été abordés dans la première section des résultats portant sur les interventions en milieu scolaire.

#### **6.2.15. Obstacles liés à l'environnement physique selon les professeurs.**

Un expert en enseignement indique que l'espace dans les classes est souvent très restreint et que cela empêche les enseignants d'installer des stations d'exercice physique ou de relaxation où l'enfant peut se rendre pour se calmer durant une période de classe.

## **7. DISCUSSION**

Cet essai avait pour objectif d'explorer les pratiques actuelles en milieu scolaire auprès des enfants de 6 à 12 ans ayant un TDAH. Les prochains paragraphes visent à analyser les résultats obtenus à la suite des entrevues avec les experts en enseignement et en ergothérapie et faire ressortir les informations en lien avec les questions de recherche.

### **7.1. Modalités d'intervention utilisées en milieu scolaire**

La consultation d'expert en ergothérapie a permis de mieux documenter les différents types d'interventions utilisés et recommandés en milieu scolaire pour les enfants ayant un TDAH. À la suite des entrevues avec les experts des domaines de l'éducation et de l'ergothérapie, on remarque que les modalités rapportées comme étant efficaces et facilement applicables sont en lien avec celles identifiées dans la section 2.3 de la problématique de cet essai. Par exemple, les experts en enseignement ont nommé l'utilisation de consignes alpha, la suppression des stimuli superflus, l'utilisation de système adapté pour la gestion des comportements, l'emplacement stratégique de l'enfant dans la classe, le renforcement positif, la valorisation des forces, la modification de la position assise et les modalités sensorielles. Ces modalités avaient toutes été identifiées selon leurs catégories respectives lors de la revue de la littérature documentant les interventions possibles auprès des enfants de 6 à 12 ans ayant un TDAH. En effet, le guide de pratique publié par NICE (2009), soutenait que les

interventions au sein du milieu scolaire, soit celles des enseignants ou celles sur l'environnement physique, telles que celles précédemment énumérées, ainsi que la modification de la position assise sont des modalités simples et efficaces. En plus, ce guide était aussi en faveur des modalités basées sur le principe de renforcement positif (NICE), tel que nommé par les enseignants. Ainsi, le fait que les ergothérapeutes et enseignants utilisent ou recommandent ces modalités met en lumière que la majorité de leurs interventions sont bel et bien soutenues par la littérature scientifique et que les interventions documentées comme étant efficaces et facilement applicables dans les guides le sont réellement en milieu pratique.

Quant aux modalités s'appuyant sur une approche sensorielle proposées par les ergothérapeutes, les études recensées abordaient des modalités applicables en milieu clinique et non en milieu scolaire. Il est donc difficile de corroborer les dires des experts à ce sujet avec les données probantes actuellement disponibles. Bien que les niveaux d'évidence scientifiques supportant les différentes interventions et recommandations des experts consultés diffèrent, il est toutefois possible de croire que ces modalités fonctionnent assez bien chez la clientèle cible de cette commission scolaire.

## **7.2. Facilitateurs et obstacles aux interventions**

Cette consultation d'expert a permis d'identifier un grand nombre de facteurs agissant comme facilitateur ou obstacle à l'application des interventions recommandées

pour les enfants ayant un TDAH. D'abord, les experts ont rapporté que les enfants sont parfois victimes de stigmatisation à cause de leur condition et des mesures prises à leur égard. De plus, ils ont mentionné que certains enseignants perçoivent une injustice face aux autres élèves lorsqu'ils modifient les exigences pour les enfants ayant des difficultés particulières. Ils ont aussi dit que nombreux sont les enseignants et les établissements qui attendent un diagnostic et la médication pour mettre en œuvre un plan d'intervention personnalisé. Comme le MCRO-E (Polatajko & Townsend, 2008) met en évidence la relation interdépendante qu'il existe entre la personne, ses occupations et son environnement, certaines hypothèses peuvent être faites quant à l'impact entre certains obstacles identifiés. Effectivement, il est possible de croire que les facteurs environnementaux rapportés ci-haut exacerbent le sentiment de stigmatisation des enfants. Dans un tel environnement scolaire où aucun moyen n'est mis en place pour aider l'enfant en difficulté, il est possible que celui-ci ait encore plus de difficulté à accomplir ses occupations. Cela peut avoir pour effet de le maintenir dans une position où il se sent différent des autres, ce qui peut aussi nuire davantage à son estime et à sa confiance en lui-même. Cela est d'autant plus plausible que les interventions préconisées pour ces enfants visent entre autre une approche précoce, le renforcement positif et la valorisation des forces de l'enfant, tel qu'il est précisé dans la problématique.

Cet essai a aussi mis en lumière que l'environnement social de l'enfant est le facteur ayant le plus grand potentiel d'action à titre de facilitateur et l'environnement institutionnel est celui à titre d'obstacle. En effet, la majorité des facteurs rapportés



comme facilitant ou nuisant à la mise en œuvre des services, à la collaboration, et par le fait même au rendement occupationnel des enfants, se rattache à ces deux catégories du MCRO-E. Les premiers aspects ayant été identifiés par les experts à titre de facilitateurs à la collaboration entre les acteurs sont la vision commune de la situation de l'enfant et l'établissement d'objectifs communs. Ces deux facteurs sont également supportés par l'étude de Nochajski, réalisée en 2001, qui avait pour but d'explorer la perception de 51 intervenants du domaine de la santé et des services sociaux, dont 12 ergothérapeutes, quant à la collaboration interprofessionnelle en milieu scolaire. En effet, les conclusions de ce chercheur ont mis en lumière que des philosophies différentes par rapport aux situations rencontrées nuisent à une bonne collaboration, tout comme le mentionnent les experts en ergothérapie consultés lors de cet essai.

D'autre part, plusieurs obstacles de l'environnement institutionnel nommés par les experts concordent avec les conclusions du *Rapport du comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central* (MEQ, 2000) ainsi qu'avec l'étude de Nochajski (2001) citées dans la problématique et ci-haut. Comme mentionné dans la problématique de cet essai, ce rapport du comité-conseil avait permis de regrouper les divers obstacles perçus par les participants en trois thèmes, soit la connaissance variable du TDAH par les diverses personnes concernées, la collaboration et la concertation des acteurs et l'accessibilité aux ressources scolaires et médicales, soient des facteurs liés à l'environnement social et institutionnel des enfants aussi identifiés par les experts de cet essai. Aussi, selon les

conclusions de ce rapport et celles dégagées de la consultation d'experts, le fait que les acteurs n'aient pas tous le même niveau de connaissance du TDAH pourrait diminuer l'effet du soutien apporté ainsi que la pertinence et l'efficacité des interventions (MEQ). En ce qui concerne la collaboration et la concertation des acteurs, la consultation des experts, le rapport du comité-conseil et l'étude de Nochajski mettent tous en lumière que les rôles et le mandat de chacun peuvent complexifier la mise en place de l'intervention. Finalement, la difficulté d'accès aux ressources scolaires et médicales avait été rapportée dans la problématique. Ce facteur s'avère donc un obstacle véritable puisque la consultation d'expert et le rapport du MEQ ont tous deux fait ressortir que les professionnels ont peu de disponibilité et que les délais sont souvent longs avant d'obtenir le soutien demandé. À cet égard, le rapport du comité-conseil souligne en plus que les professionnels sont nécessaires autant pour le dépistage du TDAH que pour la mise en place d'interventions adaptées (MEQ). Quant à aux autres conclusions de l'étude de Nochajski, celles-ci concordent aussi avec celles de la consultation d'experts de cet essai, stipulant que les principaux obstacles à la collaboration sont le manque de temps, l'inconstance de la présence des thérapeutes sur les lieux, la longueur des réunions, le manque de connaissances sur le rôle des thérapeutes et la communication inefficace.

Finalement, la problématique de cet essai avait mis en lumière le manque d'ergothérapeute dans la région de Sorel-Tracy. Ce facteur a été confirmé par tous les experts à titre d'obstacle majeur nuisant fortement à la mise en place des services et par

le fait même à un meilleur rendement occupationnel des enfants et à leur engagement dans leurs études. En plus, cela maintient la méconnaissance des enseignants face à l'ergothérapie. D'autre part, les experts ont aussi mentionné lors des entrevues que la formation universitaire actuelle en enseignement ne correspondrait pas réellement aux nouveaux besoins auxquels les enseignants sont confrontés. Comme il a été expliqué, ces nouveaux besoins seraient en lien avec les classes nombreuses où les besoins des enfants sont hétérogènes et avec le mandat des commissions scolaires, visant l'inclusion scolaire et donc la scolarisation de tous les enfants sans discrimination, tel que mentionné dans la problématique. Cette consultation d'expert met donc en lumière que des difficultés sont réellement vécues et que les enseignants n'ont pas toutes les solutions en main. En plus, même si une formation complémentaire en orthopédagogie a été nommée comme un facilitateur, il est difficile de l'imposer aux enseignants. Par ailleurs, les enseignants ne peuvent relever, seuls, le défi que représentent l'enseignement aux enfants ayant un TDAH. Cela explique en partie pourquoi l'expertise complémentaire des intervenants de la santé est nécessaire, telle que celle apportée par les ergothérapeutes.

### **7.3. Perfectionnement potentiel de la pratique actuelle**

Il est primordial de mentionner que les professionnels consultés dans les domaines de l'éducation et de l'ergothérapie font au mieux avec les ressources

auxquelles ils ont accès. Les prochaines solutions d'amélioration sont proposées en réponses aux obstacles identifiés à la suite de cette consultation d'experts.

D'abord, l'embauche d'un ergothérapeute à temps complet au sein de la Commission Scolaire de Sorel-Tracy serait une première solution très favorable à l'amélioration de la collaboration entre les ergothérapeutes et les enseignants des écoles primaires de la région ainsi qu'à l'application des interventions et des recommandations auprès des enfants. En réponse aux obstacles de logistique, un ergothérapeute au sein même du milieu scolaire limiterait les difficultés liées au besoin fréquent de communication. De plus, cela permettrait à l'ergothérapeute de suivre l'évolution des besoins et l'application de ses recommandations à long terme puisque le dossier de l'enfant pris en charge resterait toujours accessible au fil des ans. De cette façon, le professeur n'aurait qu'à appliquer l'intervention qu'une fois celle-ci bien établie dans la routine scolaire de l'enfant. D'autre part, il serait important que les professionnels et les enseignants planifient du temps pour les rencontres et les réunions durant les heures de travail.

Également, cette solution éviterait que le professionnel en ergothérapie soit limité à un mandat consultatif, ce qui lui permettrait donc de réaliser davantage d'interventions et ce en milieu écologique. En plus, les résultats de l'étude de Fairbairn & Davidson (1993), réalisée auprès de deux commissions scolaires ontariennes et portant sur les attentes des enseignants face au rôle des ergothérapeutes oeuvrant en milieu scolaire,

appuient la pertinence de cette solution. Effectivement, les conclusions de cette étude démontrent que tous les enseignants y ayant participé estimaient que les ergothérapeutes avaient un rôle important à jouer au sein du système scolaire. Selon ces mêmes participants, il serait très avantageux que ces professionnels interviennent davantage dans les classes des enfants plutôt qu'à l'extérieur de celle-ci. Les conclusions de l'étude de Barnes et Turner (2001), qui visaient à décrire la collaboration entre les ergothérapeutes et les enseignants et réalisée auprès de 40 enseignants, soutiennent aussi le fait qu'un thérapeute en tant que membre de l'équipe et non pas seulement comme consultant optimise la collaboration entre ceux-ci.

La seconde solution consisterait à sensibiliser davantage les futurs enseignants du primaire aux ressources professionnelles disponibles pour les aider à gérer les besoins particuliers des enfants. À cet effet, il serait très pertinent d'établir un partenariat entre le département d'ergothérapie et celui d'enseignement au préscolaire et primaire des universités afin que les futurs ergothérapeutes sensibilisent les futurs enseignants à leur expertise particulière en milieu scolaire. Ce projet est d'autant plus intéressant puisqu'il n'engendrerait aucune dépense monétaire. Effectivement, il pourrait être réalisé au travers d'exigences de cours du cursus en ergothérapie ou de façon bénévole par des étudiants ayant un intérêt particulier pour cette clientèle et voulant acquérir une expérience supplémentaire en tant que conférencier. Cette piste de solution pourrait aussi être bonifiée en promouvant davantage les stages en milieu émergent, soit directement dans les commissions scolaires où peu de ressources sont disponibles. Cette

proposition est d'autant plus pertinente puisque la présence de stagiaires a été rapportée comme étant un facteur facilitant important aux yeux des ergothérapeutes interviewés.

Finalement, une troisième solution est suggérée par un des enseignants consultés dans le cadre de cet essai. Cet expert mentionne qu'il serait préférable que les formations continues destinées aux enseignants soient animées conjointement par un professionnel de la santé, qui apporterait de nouvelles connaissances par son expertise complémentaire, et par un enseignant expérimenté, qui connaît bien la réalité des groupes scolaires. Selon lui, cela éviterait que les enseignants se sentent jugés. Il affirme également que les conseils et connaissances devraient être présentés d'une façon qui rejoigne davantage leur réalité quotidienne, ce qui serait plus favorable à une collaboration future.

#### **7.4. Limites de l'essai**

Bien qu'une grande partie des résultats soient en cohérence avec les écrits scientifiques qui traitent de sujets apparentés, certains aspects de la méthodologie limitent la portée de ceux-ci. D'abord, il a pu y avoir un biais potentiel engendré par la méthode d'échantillonnage choisie puisque seulement les volontaires ont fait partie du projet. Les caractéristiques les différenciant de ceux qui auraient pu refuser sont donc inconnues.

Ensuite, il y a le fait que les professeurs interviewés n'œuvrent pas directement auprès des enfants fréquentant la Commission Scolaire de Sorel-Tracy. En plus, les informations recueillies grâce aux entrevues avec ces derniers étaient principalement basées sur leur expérience personnelle datant de quelques années puisqu'ils sont maintenant des professeurs universitaires en enseignement au préscolaire et au primaire. On retrouve également un biais possible engendré par le fait que ces informations aient été recueillies en se basant sur leurs expériences de collaboration avec d'autres professionnels que des ergothérapeutes.

Quant aux ergothérapeutes, ceux-ci ont partagé des expériences vécues avec des enseignants des écoles primaires desservies par la Commission Scolaire de Sorel-Tracy. Toutefois, bien que ceux-ci aient une expérience professionnelle auprès de la clientèle scolaire, ils ont rapporté avoir éprouvé quelques difficultés à nommer des interventions spécifiques fonctionnant à tout coup avec ces enfants. Ces experts expliquent cette difficulté par le fait qu'ils ne recevaient que très peu de références pour un enfant ne présentant qu'un TDAH sans autre difficulté de développement, telle qu'un retard au niveau de la motricité fine ou une problématique au niveau de la position assise. Alors, en raison de ces limites potentielles, il se peut que les réponses obtenues ne puissent être généralisées complètement à la clientèle des enfants fréquentant l'école primaire et ayant un TDAH.

## **8. CONCLUSION**

Les résultats obtenus à la suite de cette consultation d'experts apportent un éclairage afin d'améliorer l'applicabilité et l'efficacité des interventions et des recommandations des professionnels en milieu scolaire dans les régions de Sorel-Tracy et de Trois-Rivières. Les informations recueillies ont permis entre autre, de documenter davantage les facteurs nécessaires à la collaboration entre les professionnels de la santé et les enseignants du milieu primaire. De ce fait, il est possible de croire que l'amélioration de la collaboration entre les professionnels aurait une influence positive sur le rendement occupationnel et l'engagement de ces enfants dans leurs études. D'autre part, il est convenable de mentionner que les éléments facilitateurs à la collaboration, tels que ceux relevés dans cet essai, ne sont pas utiles qu'aux ergothérapeutes, mais à la majorité des intervenants travaillant en milieu scolaire qui désirent optimiser le travail d'équipe entre professionnels, et ce, pour toutes clientèles pédiatriques confondues. Afin de poursuivre le processus de recherche, il serait donc très intéressant de reproduire cette étude avec les enseignants en place à la suite de l'embauche d'un ergothérapeute au sein de cette commission scolaire. Cela permettrait de documenter l'apport de ce professionnel au sein même de l'équipe scolaire et de décrire son impact sur le rendement et l'engagement des enfants dans leurs occupations. Cet essai a aussi fait émerger un autre questionnement qui mériterait d'être approfondi. Il serait effectivement intéressant d'explorer comment les ergothérapeutes, par leur rôle d'agent de changement, peuvent faire évoluer davantage les mentalités par rapport à leur



contribution dans une commission scolaire, qui est un milieu différent de ceux où l'on retrouve les ergothérapeutes traditionnellement.

## RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR*. (4<sup>th</sup>-TR ed). Washington, DC: APA.
- Arns, M., Coenen, T., & Strehl, U. (2009). Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis. *Clinical EEG & Neuroscience*, 40(3), 180-189.
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2007). *Le profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*.
- Baker-Henningham, H., & Walker, S. (2009). A qualitative study of teacher's perceptions of an intervention to prevent conduct problems in Jamaican pre-schools. *Child: Care, Health & Development*, 35(5), 632-642. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00996.x
- Ballard, S., Bolan, M., Burton, M., Snyder, S., Pasterczyk-Seabolt, C., & Martin, D. (1997). The neurological basis of attention deficit hyperactivity disorder. *Adolescence*, 32, 855-862.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment* (Vol. 2 ed). New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2005). *Attention-deficit hyperactivity disorder* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Guilford Press.
- Barnes, K. J., & Turner, k. D. (2001). Team collaborative practice between teachers and occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapist*, 55, 83-89.
- Bélanger, S. (2008). *Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*. Montréal : CHU Sainte-Justine.
- Calhoun, S.L., & Mayes, S.D. (2006). WISC-IV and WISC-III profiles in children with ADHD. *Journal of Attention Disorder*. 9(3), 486-493.
- Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA). (2011) Lignes directrices canadiennes sur le TDAH. (3e ed.), Toronto, ON

- Clark, D. L., Crowl, L., Peruggia, M., Bornstein, R., Thompson, S., Hall, K. L. & Cook, A. (2008). Vestibular stimulation for ADHD: Randomized controlled trial of comprehensive motion apparatus. *Journal of Attention Disorders, 11*(5), 599-611.
- Elia, J., Ambrosini, P. J., & Rapoport, J. L. (1999). Drug therapy: treatment of attention-deficit-hyperactivity disorder. *New England Journal of Medicine, 340*(10), 780-788.
- Fairbairn, M. L., & Davidson, I. F. (1993). Teachers' perceptions of the role and effectiveness of occupational therapists in schools. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 60*(4), 185-191.
- Faraone, S. V., & Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry, 44*, 951-958
- Fortin, M.F. (2010). L'analyse qualitative des données. *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives.* (p.1-632). Montréal : Les Éditions de la Chenelière
- Gevensleben, H., Albrecht, B.H., Schlamp, B.C., Studer, O.K., Moll, G.H., & Heinrich, H. (2009). Is neurofeedback an efficacious treatment for ADHD? A randomised controlled clinical trial. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 50*(7), 780-789.
- Gevensleben, H., Holl, B., Albrecht, B., Schlamp, D., Kratz, O., Studer, P., & Heinrich, H. (2010). Neurofeedback training in children with ADHD: 6-month follow-up of a randomised controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19*(9), 715-724. doi: 10.1007/s00787-010-0109-5
- Interactive Metronome. (2008). Home, Overview. Consulté de <http://www.interactivemetronome.com/IMPUBLIC/Home.aspx>
- Lloyd, A., Brett, D., & Wesnes, K. (2010). Coherence training in children with attention-deficit hyperactivity disorder: cognitive functions and behavioral changes. *Alternative Therapies In Health And Medicine, 16*(4), 34-42.
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ). (1999). *Une école adaptée à tous ses élève.* Politique de l'adaptation scolaire. Québec : M.E.Q.
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ). (2000). *Rapport du comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central.* Québec.

- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ), Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2003). *Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes*. Document de soutien à la formation : Connaissances et interventions. Québec.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2009). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. NICE Clinical Guideline 72. London: Author.
- Nochajski, S.M. (2001). Collaboration between team members in inclusive educational settings. *Occupational Therapy in Health Care, 15*, 101-112.
- Olson, L. J., & Moulton, H. J. (2004). Use of Weighted Vests in Pediatric Occupational Therapy Practice. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics, 24*(3), 45-60. doi: doi:10.1300/J006v24n03\_04
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*: Organisation mondiale de la Santé. Genève.
- Pfeiffer, B., Henry, A., Miller, S., & Witherell, S. (2008). Effectiveness of Disc 'O' Sit cushions on attention to task in second-grade students with attention difficulties. *American Journal of Occupational Therapy, 62*(3), 274-281.
- Polatajko, H.J., & Townsend, E.A. (2008). Faciliter l'occupation: L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation. Ottawa (ON) : CAOT Publications ACE. 464p.
- Regroupement des Ergothérapeutes du Milieu scolaire (REMS). (2007) Au-delà de la réadaptation, L'ergothérapeute à l'école: Rôle de l'ergothérapeute en tant que service éducatif complémentaire auprès des élèves en difficulté. *Fédération des professionnelles et professionnels de l'éducation du Québec*. Montréal
- Shaffer, R.J., Jacokes, L.E., Cassily, J.F., Greenspan, S.I., Tuchman, R.F., & Stemmer, P.J., (2001). Effect of interactive metronome® training on children with ADHD. *American Journal of Occupational Therapy, 55*(2), 155-162.
- VandenBerg, N. L. (2001). The use of a weighted vest to increase on-task behavior in children with attention difficulties. *American Journal of Occupational Therapy, 55*(6), 621-628.

## ANNEXE 1

### DESCRIPTION DU TDAH SELON LE DSM-IV-TR (2000)

A. Présence soit de (1), soit de (2) :

(1) Six des symptômes suivant d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Inattention:

- a. Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
- b. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- c. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement
- d. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité de comprendre les consignes)
- e. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
- f. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecoeur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)
- g. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou ses activités (p.ex. jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)
- h. Souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes
- i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne :

Hyperactivité:

- a. Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège
- b. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il doit rester assis
- c. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations peu adéquates (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)
- d. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
- e. Est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts"
- f. Parle souvent trop

### Impulsivité:

g. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée

h. A souvent du mal à attendre son tour

i. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p.ex. fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)

- B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.
- C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux, ou plus de deux types d'environnement différents (p.ex. à l'école - ou au travail - et à la maison).
- D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
- E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un autre Trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p.ex. Trouble thymique, Trouble anxieux, Trouble dissociatif ou Trouble de la personnalité).

## ANNEXE 2

### BRÈVES DESCRIPTIONS DES INTERVENTIONS ALTERNATIVES

#### **Les interventions sensorielles**

Ces interventions regroupent des interventions en milieu naturel comme la modification de la position assise par des disques (Pfeiffer, Henry, Miller & Witherell, 2008) et l'utilisation de la veste lestée. Cette dernière fait appel à une veste pesante qui procure une sensation de pression profonde sur le corps de l'enfant, qui par le fait même augmente son niveau d'attention à la tâche (VandenBerg, 2001; Olson & Moulton, 2004). Aussi, on y retrouve des interventions en milieu plus clinique comme la stimulation vestibulaire directe (Clark et al., 2008). Celle-ci est procurée par un appareil de mouvement complet permettant des mouvements afin de stimuler les canaux semi-circulaires et les otolithes (Clark et al., 2008).

#### **Le *neurofeedback***

Le *neurofeedback* est une rétroaction visuelle donnée au patient, en temps réel, sur son activité cérébrale lors de différentes situations (Arns, Coenen & Strehl, 2009; Gevensleben et al., 2009; 2010). Cette rétroaction permet au patient de développer des stratégies ou moyens pratiques pour réussir à modifier cette activité de façon à agir sur ses pensées et à augmenter son niveau d'attention à la tâche (Arns, Coenen & Strehl, 2009; Gevensleben et al., 2009; 2010).

### **Le métronome interactif**

L'utilisation du métronome interactif est une approche neuro-motrice adéquate avec les enfants ayant un TDAH vu le fait que cette condition est un fort prédicteur de problèmes au niveau de la planification et de la coordination motrice (Piek, Pitcher & Hay, 2009 comme cité dans Shaffer et al., 2000). Ce type d'intervention est possible grâce à l'utilisation d'un ordinateur et d'un logiciel particulier (Shaffer et al., 2000). L'enfant doit accomplir une série de mouvements relativement simples et synchronisés selon une tonalité entendue via des écouteurs (Interactive Metronome, 2008). Cela permet d'améliorer l'attention soutenue et la concentration tout en améliorant aussi les habiletés motrices (Shaffer et al., 2000; Interactive Metronome, 2008).

### **Les interventions sur l'environnement scolaire**

Ces interventions sont entre autre des stratégies de gestion de classe mises en place par l'enseignant suite à des recommandations reçues d'autres intervenants (NICE, 2009). Par exemple, il peut s'agir de placer les élèves ayant un TDAH à un endroit dans la classe où les distractions sont moindres, offrir un endroit plus calme où l'enfant peut aller travailler, intégrer des activités stimulantes à l'horaire de classe tout en le gardant le plus régulier possible, éviter les tâches répétitives, diviser les activités en petites étapes faciles à suivre, utiliser le renforcement positif, travailler en petits groupes et non en grand groupe, donner des instructions claires et concises ainsi qu'isoler l'enfant lors des comportements désapprouvés (NICE, 2009).



## **Les interventions psychoéducatives**

Les interventions psychoéducatives et psychologiques regroupent d'une part l'approche centrée sur la famille (NICE, 2009). Cette approche fait principalement appel à des groupes d'éducation aux parents lors desquels les caractéristiques du TDAH ainsi que les stratégies de gestion des comportements et les habiletés parentales nécessaires pour mieux vivre avec son enfant sont abordées (NICE, 2009). Il y a aussi les groupes psychosociaux destinés aux enfants qui ont un TDAH où des techniques d'autorégulation du comportement, telles que des stratégies de gestion du stress et de l'attention ainsi que des techniques de respiration et des façons d'entrer en contact et d'interagir avec les pairs sont enseignées (NICE, 2009; Lloyd, Brett & Wesnes, 2010). Ces groupes visent à améliorer les comportements problématiques ou oppositionnels, l'estime de soi et les habiletés sociales telles que les stratégies de résolution de problèmes, les habiletés d'écoute, les interactions avec les pairs, le contrôle de soi et l'esprit sportif (NICE, 2009). Les modalités utilisées sont les jeux de rôles, les modèles ou les mentors, l'observation, la rétroaction positive, le journal de bord et les devoirs à la maison (NICE, 2009). Les interventions psychoéducatives se basent notamment sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale (NICE, 2009).

## ANNEXE 3

### LETTRE D'INFORMATION

---

**Invitation à participer au projet de recherche**  
***LE TDAH CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 12 ANS; L'ERGOTHÉRAPIE EN***  
***MILIEU SCOLAIRE***

**Vanessa Corbeil, étudiante à la Maîtrise en ergothérapie**  
 **Ginette Aubin, superviseure**  
**Département d'ergothérapie**

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire ce document ainsi que le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser.

#### **Résumé du projet**

Ce projet vise à explorer les interventions utilisées en milieu scolaire auprès des enfants de 6 à 12 ans ayant un TDAH. C'est-à-dire d'explorer le point de vue des enseignants et des ergothérapeutes en milieu scolaire par rapport aux interventions possibles auprès de ces enfants et de voir comment ces différentes perspectives pourraient orienter les interventions ergothérapeutiques. Les objectifs du projet sont donc de connaître les pratiques en milieu scolaire et les difficultés vécues par les enseignants, s'il y en a, et d'explorer comment il serait possible d'améliorer les services d'ergothérapie dans ce milieu.

Afin de recueillir ces informations, des entrevues avec des experts seront réalisées. Ces experts seront des ergothérapeutes œuvrant auprès des enfants de 6 à 12 ans, intervenant dans le milieu scolaire, et des professeurs du primaire expérimentés. Les ergothérapeutes interviewés seront des employés d'expérience du CLSC de la région de Sorel-Tracy, soient des experts pour parler des interventions possibles et faites en ergothérapie avec cette clientèle en milieu scolaire. Quant aux professeurs, ils seront des enseignants du département des sciences de l'éducation de l'UQTR puisque ces personnes sont les experts de l'enseignement au primaire et qu'ils connaissent plusieurs types de milieux puisqu'ils doivent évaluer des stagiaires dans différentes écoles de

différentes régions. Leur partage sera donc très enrichissant et en plus, ces personnes sont moins impliqués dans chaque milieu ce qui élimine le malaise possible entre les ergothérapeutes et les professeurs du même milieu. Un schéma des entrevues est élaboré et vérifié par la superviseure de ce projet.

Suite à la cueillette de données, le processus d'analyse consistera à l'élaboration de catégories (interventions, facilitant, obstacles, besoins), dont les définitions seront basées sur un modèle théorique (MCRO, PPH ou PEO), et de classer les réponses obtenues dans chaque catégorie. Il sera donc possible de dégager une généralité des facteurs favorables et nuisibles aux interventions, de voir ce qui fonctionne et ce qui fonctionne moins bien. Finalement, des pistes de solutions possibles, des interventions ergothérapeutiques, seront dégagées afin de voir comment les ergothérapeutes et les professeurs pourraient mieux s'arrimer pour aider davantage ces enfants.

### **Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre aux questions d'une entrevue d'une durée approximative de 30 à 60 minutes qui aura lieu à l'UQTR au mois de décembre 2011.

### **Risques, inconvénients, inconforts**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 30-60 minutes, demeure le seul inconvénient.

### **Bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité chez les jeunes de 6 à 12 ans est le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

### **Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée en utilisant les codes *ergothérapeute 1 et 2, professeur 1 et 2* lors de la transcription des verbatim dans un document Word, les noms n'étant pas cités lors de la rédaction de l'essai critique. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'un essai critique ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sur un ordinateur portable, protégé par un mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès seront moi-même et Mme Ginette

Aubin. Elles seront détruites lors de la remise finale de l'essai critique, en août 2012 et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

**Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

**Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec moi-même, par courriel, à l'adresse suivante : [Vanessa.Corbeil@uqtr.ca](mailto:Vanessa.Corbeil@uqtr.ca).

**Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Ce projet ne nécessite pas l'approbation du comité d'éthique puisqu'il est réalisé avec des experts.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).

## ANNEXE 4

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

---

#### Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Vanessa Corbeil m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

#### Consentement du participant

Je, \_\_\_\_\_ **[nom du participant]** \_\_\_\_\_, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *LE TDAH CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 12 ANS; L'ERGOTHÉRAPIE EN MILIEU SCOLAIRE* J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

#### J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participante ou participant, parent ou tuteur :	Chercheuse ou chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

## ANNEXE 5

### SCHÉMAS DES ENTREVUES

#### Entrevue avec les ergothérapeutes

- Pensez à un enfant de 6 à 12 ans qui avait un TDAH et où vous avez eu à intervenir dans le milieu scolaire, et pour qui l'intervention a bien réussi :
  - Quels étaient les facilitants à l'intervention?
  - Quels étaient les obstacles?
  - Qu'est-ce qui a bien fonctionné?
  - Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné?
  - Si vous pouviez recommencer, voudriez-vous faire quelque chose :
    - Autrement? Quoi?
    - De plus?
- Généralement, vos interventions sont-elles la même chose qu'avec ce cas?
  - En quoi elles se ressemblent? Dans quelles circonstances?
  - En quoi elles diffèrent? Dans quelles circonstances?
- Pensez à un autre enfant pour qui l'intervention a moins bien réussi...
  - Quels étaient les facilitants à l'intervention?
  - Quels étaient les obstacles?
  - Qu'est-ce qui a bien fonctionné?
  - Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné?
  - Si vous pouviez recommencer, voudriez-vous faire quelque chose :
    - Autrement? Quoi?
    - De plus?

#### Entrevue avec les enseignants

- Parlez-moi de votre expérience d'enseignement avec les enfants 6-12 ans ayant un TDAH. Comment gérez-vous/aidez-vous/intervenez-vous avec ces enfants dans votre classe?
- Prenez l'exemple d'un enfant en particulier. Quelles stratégies utilisez-vous? Lesquelles fonctionnent le mieux dans votre classe (pour aider l'enfant, mais

aussi pour l'ensemble du groupe)? Pourquoi? Lesquelles fonctionnent le moins et que vous avez laissé tomber? Pourquoi?

- Comment avez-vous connu ces stratégies? Avez-vous reçu de l'aide pour développer des stratégies auprès de ces enfants? De qui?
- Avez-vous déjà entendu des ergothérapeutes en milieu scolaire? De ce qu'ils peuvent faire? Je ne suis pas sûre que cette question soit utile
- Avez-vous déjà reçu des recommandations d'ergothérapeutes? Si oui :
  - Quels sont les facteurs facilitant/entravant l'application des recommandations des ergo et la collaboration avec ceux-ci
  - Qu'est-ce qui faisait que X stratégie fonctionnait ou pas?
  - Racontez-moi une expérience où X stratégie a fonctionné à votre goût.
    - Quels étaient les facteurs qui ont aidé/favorisé?
  - Où ça a été plus difficile, un plus grand défi?
  - Quels étaient les facteurs nuisibles?

Si non :

Vous aviez dit que vous aviez reçu l'aide de X intervenants,

- Qui?
  - Était-ce courant de recevoir de l'aide de cette professionnelle?
  - Est-ce que beaucoup de profs s'y réfèrent?
  - Quels étaient les facilitants à l'intervention?
  - Quels étaient les obstacles?
  - Qu'est-ce qui a bien fonctionné?
  - Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné?
  - Si vous pouviez recommencer, voudriez-vous faire quelque chose :
    - Autrement? Quoi?
    - De plus?
- Dans la formation universitaire en enseignement au préscolaire et scolaire, votre expérience démontre-t-elle que les futurs enseignants connaissent ce que peuvent faire les ergothérapeutes pour les aider dans leur future pratique, notamment avec les enfants TDAH?