

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

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

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

PAR
MARIE-ÈVE P.LEBEUF

L'APPROCHE CO-OP EN MILIEU SCOLAIRE, UNE OPTION RÉALISTE?

AOUT 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.

Sommaire

Introduction : Les données probantes supportant l'utilisation de l'approche CO-OP en milieu clinique avec les enfants ayant un trouble d'acquisition de la coordination (TAC) s'accumulent depuis au moins 15 ans. Toutefois, bien que les difficultés des enfants TAC touchent souvent l'engagement occupationnel à l'école, l'approche CO-OP n'a pas encore été testée pour son efficacité dans le milieu scolaire. **Objectif :** modifier le protocole de l'approche CO-OP afin de l'adapter au milieu scolaire québécois et offrir des recommandations afin de développer un protocole clinique permettant d'appliquer l'approche CO-OP modifiée en milieu scolaire. **Méthodes :** 1) Une revue compréhensive de la littérature a été menée afin d'évaluer comment l'approche a été adaptée à différentes populations et différents milieux. 2) Ensuite, un répertoire des pratiques auprès d'ergothérapeutes travaillant en milieu scolaire au Québec a été fait afin d'examiner comment le contexte de pratique propre au milieu scolaire influencera la structure d'une intervention CO-OP. 3) Des modifications ont été soumises à deux ergothérapeutes ayant à intervenir en milieu scolaire pour appuyer les suggestions qui pourraient être appliquées au protocole de l'approche. 4) un protocole clinique de l'approche CO-OP en milieu scolaire a été élaboré. **Conséquences pour la pratique :** Des recommandations quant à l'application du protocole modifié de l'approche CO-OP seront discutées avec les ergothérapeutes travaillant en milieu scolaire afin

d'obtenir un protocole le plus applicable possible en considérant les particularités du contexte scolaire québécois. **Conclusion** : À travers les différentes collectes de données dans la littérature et auprès des cliniciens, des recommandations concrètes quant à l'application de l'approche CO-OP en milieu scolaire seront proposées pour les clientèles TAC.

Table des matières

Sommaire.....	ii
Liste des tableaux.....	vii
Remerciements.....	viii
1 Introduction.....	1
2 Problématique.....	3
3 Cadre théorique.....	9
3.1 Les objectifs doivent être choisis par l'enfant.....	9
3.2 Analyse dynamique de la performance.....	10
3.3 Utilisation de stratégies cognitives globale et spécifiques :.....	11
3.4 La découverte guidée	13
3.5 Rendre applicable les principes	14
3.6 Implication d'une personne significative.....	14
3.7 Format d'intervention	15
4 Méthodologie.....	17
4.1 Revue compréhensive de la littérature	18
Critères d'inclusion / exclusion.....	18
Les populations à l'étude.....	18
Stratégies de recherche	19

Sélection des études	19
Extraction des données	20
4.2 Entrevues semi-structurées : modifier l’approche CO-OP pour répondre au contexte du milieu scolaire québécois.	20
Échantillonnage des participants	21
Analyse des données	23
5 Résultats.....	24
5.1 Revue compréhensive de la littérature	24
5.2 Entrevues semi-structurées : modifier l’approche CO-OP pour répondre au contexte du milieu scolaire québécois.	26
Établir les balises en limitant les objectifs travaillés	28
Activité transfert de connaissance	29
Journal de bord des stratégies et cahier de devoirs.....	30
Une approche hybride consultative-directe	31
6 Discussion.....	32
6.1 La clientèle, diagnostic et difficultés concomitantes.....	32
6.2 Les objectifs doivent être choisis par l’enfant.....	33

6.3	Analyse dynamique de la performance.....	35
6.4	Utilisation de stratégies cognitives globale et spécifiques.....	35
6.5	La découverte guidée	36
6.6	Rendre applicable les principes	37
6.7	Implication d'une personne significative.....	38
6.8	Format d'intervention	39
7	Conclusion.....	41
7.1	Limites	42
7.2	Implications pour la pratique	42
7.3	Recherche future	42
	Annexes.....	44
	Annexe 1. Entrevues semi-structurées	44
	Références.....	46

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Synthèse des modifications apportées à l'approche CO-OP dans les études recensées et de leurs résultats.....	24
Tableau 2 Synthèse des défis à surmonter dans l'applicabilité de l'approche CO-OP et énoncé des recommandations associées.....	27

REMERCIEMENTS

Un remerciement tout particulier aux ergothérapeutes ayant généreusement donné de leur temps pour améliorer ma compréhension de la réalité d'un ergothérapeute en milieu scolaire (madame Kathleen Durand, madame Madeleine Bonnard, madame Nadia Lambert et madame Marie-Lyne Arpin). Un merci spécial également à Noémi Cantin, directrice d'essai, qui a su m'appuyer dans mon exploration de l'approche CO-OP et de son applicabilité, tout en m'accompagnant dans tout le processus de rédaction.

1 Introduction

Au Québec, l'éducation est une valeur fondamentale. Tous les enfants ont l'obligation de fréquenter une institution scolaire qui est en mesure de leur offrir un enseignement de qualité. (MELS, 2012) Les difficultés des enfants TAC ont une incidence sur leur réussite scolaire et sur plusieurs autres sphères de leur développement telles que la participation dans les sports et leur implication sociale (Cantell, & Kooistra, 2002; Polatajko, & Mandich, 2004) Considérant ceci, les enfants TAC ont le droit d'avoir accès à des services de qualité à même l'établissement scolaire visant à favoriser leurs apprentissages et leur succès dans le cheminement scolaire. Pour diminuer l'impact de ces difficultés, une approche de type cognitive en ergothérapie a fait ses preuves, soit la « Cognitive Orientation to daily Occupational Performance, (CO-OP) » (Polatajko, & Mandich, 2004). En utilisant cette approche avec les enfants atteints d'un TAC, le rendement occupationnel de ceux-ci est amélioré dans les activités quotidiennes.

Bien que l'approche CO-OP ait démontrée plusieurs résultats positifs avec les enfants TAC, son efficacité n'a jamais été testée en milieu scolaire. L'objectif de cette étude était donc de modifier le protocole initial de l'approche CO-OP pour le rendre applicable au milieu scolaire québécois. Pour ce faire, un processus en quatre étapes a été réalisé. Premièrement une revue

compréhensive de la littérature a été menée, pour explorer les études qui ont apportées des modifications au protocole de l'approche CO-OP et ainsi vérifier si l'approche donnait tout de même des résultats positifs. Deuxièmement, des ergothérapeutes travaillant avec la clientèle TAC en milieu scolaire ont été rencontrées pour dresser un portrait de la pratique actuelle de l'ergothérapie en milieu scolaire avec les enfants atteints d'un TAC et identifier les obstacles à l'application de l'approche CO-OP dans un tel contexte. Basées sur ces informations, des suggestions de modifications au protocole initial de l'approche CO-OP (Polatjako & Mandich, 2004) ont été élaborées pour le rendre davantage applicable au milieu scolaire. Troisièmement, deux ergothérapeutes travaillant dans le milieu scolaire ont été sollicitées pour critiquer les suggestions de modifications par rapport à leur applicabilité dans un milieu scolaire. Quatrièmement, les modifications proposées serviront de point de départ dans l'élaboration d'une suggestion de protocole clinique applicable en milieu scolaire.

2 Problématique

Lorsque l'on aborde le développement d'un enfant, l'école est souvent citée comme étant un lieu primordial où une grande part des changements et des apprentissages se font (Cloutier, 2005). Au Québec, il relève du domaine légal que chaque enfant ait accès à une éducation adéquate. Pour le gouvernement du Québec, la mission particulière des écoles est de transmettre efficacement les connaissances, de favoriser l'apprentissage des normes sociales et d'apprendre aux enfants à être des citoyens à part entière. De plus, il est du devoir des établissements scolaires de s'assurer que chaque enfant soit en mesure de parfaire son cheminement scolaire et de s'assurer qu'il ait les compétences professionnelles suffisantes pour intégrer la société. (MEL, 1997) Ainsi, le cheminement scolaire devient primordial pour préparer les enfants à la vie adulte. Pour les enfants atteints d'un trouble d'acquisition de la coordination (TAC), ce passage obligé peut s'avérer plus ardu si on considère l'ensemble des difficultés qu'ils peuvent rencontrer lors de leur cheminement scolaire (Polatajko & Mandich, 2004).

Les enfants atteints d'un TAC éprouvent des difficultés importantes au niveau du développement des habiletés motrices (American Psychiatric Association [APA], 2000). Ces difficultés affectent de façon significative leur engagement dans les activités de la vie quotidienne qui requièrent une

coordination motrice, que ce soit à la maison, à l'école, ou dans la communauté (APA, 2000; Missiuna, Rivard, & Pollock, 2011). Ces enfants sont également particulièrement reconnus pour avoir une problématique au niveau de l'engagement occupationnel à l'école et plus précisément dans les tâches d'écriture, dans leur organisation et dans les sports (Missiuna, 2003). Les difficultés d'ordre moteur des enfants atteints d'un TAC se répercutent à plusieurs niveaux autant physique, émotionnel, qu'académique (Missiuna, Rivard, & Pollock, 2011). Par exemple les enfants atteints d'un TAC peuvent avoir tendance à s'isoler des autres enfants pour éviter d'être confrontés à leurs difficultés et démontrer un désintérêt envers les tâches quotidiennes. De plus, comme les enfants atteints d'un TAC doivent constamment faire face à différents échecs, leur estime personnelle et leur santé mentale sont souvent affectées (Missiuna, Rivard, & Pollock, 2011, Mandich, Polatajko, & Rodger, 2003). En considérant que les difficultés motrices des enfants atteints d'un TAC ont un impact significatif sur leur engagement occupationnel et leur santé mentale, l'intervention précoce est nécessaire et primordiale.

Puisque les difficultés motrices des enfants atteints d'un TAC se répercutent sur plusieurs activités, l'ergothérapeute vise à fournir des recommandations qui faciliteront la participation et l'engagement occupationnel des enfants à la maison, à l'école et dans la communauté (Missiuna, Rivard, Pollock, 2011). Au Québec, les enfants atteints d'un TAC peuvent être pris en

charge par des ergothérapeutes œuvrant en clinique privée ou en centre de réadaptation physique. Ailleurs au Canada, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE, 2012) rapporte que les enfants atteints d'un TAC peuvent plutôt être pris en charge soit en clinique privée, en centre de réadaptation ou encore par des ergothérapeutes œuvrant directement en milieu scolaire.

L'ergothérapie en milieu scolaire vise à optimiser le fonctionnement scolaire des enfants, en habilitant aux occupations significatives tout en tenant compte des habiletés des enfants et des demandes qui sont faites par l'environnement scolaire (ACE, 2012). Au Québec, l'ergothérapie en milieu scolaire en est à ses débuts. Jusqu'à maintenant, la nature de la prise en charge en ergothérapie en milieu scolaire au Québec avec la clientèle des enfants ayant un TAC est surtout à titre consultatif (Durand, Bonnard, Lambert, Arpin, communications personnelles, avril 2012). C'est-à-dire que la prise en charge comprend de fournir des conseils éclairés, de donner de l'enseignement et/ou de la formation et de faire de la résolution de problématiques lorsqu'une situation particulière est ciblée. Il est à noter que dans un modèle consultatif, les services doivent être desservis dans un délai déterminé. Avec ce type de services, on vise essentiellement la formulation de recommandations ergothérapeutiques. Les recommandations peuvent être mis en œuvre par le client

lui-même, par du personnel de soutien ou des fournisseurs de soins (OEO, 2004).

L'ergothérapie en pratique privée ou en centre de réadaptation physique vise aussi à optimiser le fonctionnement de l'enfant. Différentes approches sont utilisées avec la clientèle TAC. Une revue compréhensive de la littérature (Polatajko & Cantin, 2004) a démontré que les approches de types cognitives semblent être les approches ayant les plus de résultats concluants pour améliorer de façon significative le fonctionnement des enfants atteints d'un TAC (Polatajko et al., 2001).

Plus particulièrement, l'accumulation de données probantes supportant l'efficacité de l'approche CO-OP avec ces enfants est substantielle. L'approche CO-OP axe sur l'acquisition de stratégies cognitives afin de faciliter la résolution de problèmes moteurs. L'amélioration spécifique de la tâche plutôt que des capacités intrinsèques des enfants est visée. Ceux-ci sont amenés à utiliser une stratégie globale de résolution de problème lorsqu'ils exécutent des activités concrètes (ex : lancer un ballon, faire du vélo, etc.) afin d'acquérir les compétences nécessaires pour comprendre celles-ci et déployer les actions motrices adéquates (Polatajko & Cantin, 2010). De plus, il est désiré que les enfants soient capable de généraliser et transférer leurs acquis peu importe la situation qui se présente à eux et dans divers contextes.

Habituellement, au Québec, l'approche CO-OP est appliquée en milieu clinique (clinique privée ou centre de réadaptation) (ACE, 2012). En effet, ce contexte de pratique est facilitant puisque les enfants peuvent être vus dans un contexte individualisé, tout le matériel est à portée de main et l'enfant peut bénéficier d'un suivi constant, qui peut s'échelonner sur une période de temps suffisante pour voir des améliorations dans son rendement occupationnel. En suivant le protocole de l'approche CO-OP (Polatajko, & Mandich, 2004) l'enfant identifie et sélectionne trois activités qu'il aimerait être en mesure de réaliser dans son quotidien. Ensuite l'enfant est rencontré pendant dix rencontres qui s'échelonnent entre cinq et dix semaines, à raison d'une ou deux heures par semaine. Lors de ces rencontres, les objectifs sont travaillés de façon à mettre en pratique les stratégies cognitives que l'enfant développe avec l'aide du thérapeute. De plus, à la suite de chaque rencontre, un suivi à la maison est mis sur pied pour accompagner l'enfant dans la généralisation de ses stratégies à d'autres activités et à d'autres contextes (Polatajko, & Mandich, 2004).

Les données probantes supportent l'utilisation de l'approche CO-OP en milieu clinique avec les enfants ayant un TAC (Polatajko & Mandich, 2004). De plus, au cours des dernières années, l'approche CO-OP a été adaptée pour correspondre à différents contextes de pratique. Toutefois, bien que les difficultés des enfants TAC touchent souvent l'engagement occupationnel à l'école, l'approche CO-OP n'a pas encore été testée pour son efficacité dans le

milieu scolaire. Pourtant, à certains égards les milieux scolaires s'apparentent aux milieux cliniques. En effet le milieu scolaire est un endroit qui favorise les nouveaux apprentissages, où l'approche peut être individualisée et qui permet de faire un suivi rapproché sur les apprentissages des enfants. Cependant, il persiste tout de même un bon nombre de différences pouvant affecter le déroulement de l'approche CO-OP. Avant de transférer l'approche CO-OP au milieu scolaire, il est donc essentiel d'adapter le protocole de l'approche afin que celui-ci puisse correspondre aux particularités du contexte scolaire.

Ainsi, l'objectif de cet essai était de modifier le protocole de l'approche CO-OP afin de l'adapter au milieu scolaire québécois et d'offrir des recommandations afin de développer un protocole clinique permettant d'appliquer l'approche CO-OP modifiée.

3 Cadre théorique

Le cadre de cette étude s'inscrit spécifiquement dans celui de l'approche CO-OP (Polatajko, & Mandich, 2004), puisque les principes fondamentaux mis en place avec l'application de l'approche serviront de point de départ pour modifier certains éléments de l'approche.

Les principes qui définissent l'approche seront développés ci-dessous en se basant sur la description de l'approche CO-OP faite par Polatajko et Mandich (2004).

3.1 Les objectifs doivent être choisis par l'enfant

Le premier principe de l'approche est que les objectifs doivent être choisis par l'enfant (Polatajko, & Mandich, 2004). Ce principe est en lien avec la philosophie d'être centré sur le client tout en s'assurant de la motivation de l'enfant. Ce principe comprend différents éléments visant l'élaboration des objectifs. Premièrement, les paramètres des objectifs doivent être établis au départ. C'est-à-dire, que l'enfant doit comprendre en quoi consiste un objectif avec la méthode CO-OP. Différents outils peuvent être utilisés pour aider l'enfant à choisir ses propres objectifs. Parmi ceux-ci se retrouve les grilles d'activités quotidiennes, qui permettent de déterminer les activités qui sont réalisées au cours de la journée, de mieux connaître l'enfant, d'avoir un aperçu

d'une journée type et de dresser un portrait sommaire des forces et des lacunes de l'enfant. Un autre outil est le *Paediatrics Activity Card Sort* (PACS; Mandich, Polatajko, Miller, & Baum, 2004), qui est un outil d'évaluation imagé permettant d'identifier les activités importantes pour l'enfant et de les classer en ordre de priorité. Dans le même ordre d'idées, la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO; Law, 2000) est utilisée pour poursuivre le processus d'identification des objectifs thérapeutiques. Ceci permet à l'enfant d'identifier son niveau de performance par rapport aux activités préalablement sélectionnées. Le *Performance Quality Rating Scale* (PQRS; Martini, 1994) est, quant à lui, utilisé pour mesurer les changements de performance à plusieurs reprises lors du traitement. Cet outil offre une mesure plus objective pour compléter la MCRO. (Law, 2000)

3.2 Analyse dynamique de la performance

Le principe de l'analyse dynamique de la performance est primordial dans l'approche CO-OP. L'enfant doit être observé en train de faire l'activité qu'il a identifiée dans ses objectifs en début de processus. Par ceci, le degré de motivation de l'enfant à réaliser l'activité est vérifié, à savoir si celui-ci est vraiment prêt à s'investir dans le processus de CO-OP. Puisque pour performer dans une activité, l'enfant doit avoir la motivation nécessaire, mais également les aptitudes de base pour la réalisation de l'activité. Par exemple un enfant qui veut apprendre à jouer au baseball doit préalablement connaître l'objectif

général et les règlements de ce sport. Ensuite dans un deuxième temps, l'analyse dynamique de la performance sert à s'assurer que l'enfant a les connaissances suffisantes pour réaliser la tâche. On vérifie si l'enfant sait quelles sont les étapes nécessaires pour réaliser l'activité avec succès. Subséquemment en observant l'enfant, le degré de performance de l'enfant est noté, en répertoriant les points d'échecs, les parties de la tâche qui sont problématiques, en identifiant des particularités du développement moteur. Ainsi, l'accompagnement de l'enfant est facilité, car le thérapeute peut déterminer quelle partie de la réalisation de la tâche devient ardue.

3.3 Utilisation de stratégies cognitives globale et spécifiques

L'utilisation des stratégies cognitives sert à faire le lien entre les habiletés de l'enfant et la performance dans la tâche, à supporter l'acquisition de nouvelles habiletés et à faciliter la généralisation et le transfert des apprentissages. Les stratégies cognitives viennent faciliter les apprentissages, les processus de mémorisation ainsi que la résolution de problème. Pour être effectifs, les raisonnements cognitifs doivent être faits à voix haute par l'enfant. Dans cette optique, à travers l'accompagnement pendant l'activité, le thérapeute apprend à l'enfant à discuter du but de l'activité et du processus pour arriver à un résultat positif. La stratégie cognitive globale enseignée est celle du BUT-PLAN-FAIT-VÉRIFIÉ (Goal Plan Do Check) (Polatajko, & Mandich, 2004). Pour débiter, le but est décrit en détails afin que l'enfant comprenne bien la nature de

l'activité et qu'il sache que celle-ci est réalisable. Ensuite l'enfant doit élaborer un plan pour exécuter l'activité, il est important pour l'enfant de réaliser que plusieurs plans sont possibles, mais qu'ils ne sont pas tous les meilleurs. Le plan doit ensuite être essayé pour observer les conséquences, pour vérifier si le plan choisi est le bon et si l'objectif souhaité est atteint. Il est important dans cette section que l'enfant comprenne que les modifications qu'il applique à son plan à l'aide des stratégies ont des répercussions sur sa performance lors de la réalisation de l'activité. Ainsi, il peut utiliser les stratégies cognitives par lui-même dans d'autres activités pour modifier sa performance. Dans l'approche CO-OP, un des rôles du thérapeute est de guider l'enfant à travers les stratégies spécifiques. Parmi celles-ci se trouve le guidage verbal, le positionnement du corps, de centrer l'attention de l'enfant sur une tâche ou une section d'une tâche, la modification de la tâche, de ressentir et comprendre le mouvement, les mnémoniques verbo-moteur et la mémorisation par écrit. Pour que l'approche soit effective, l'enfant doit être encouragé à utiliser adéquatement les stratégies cognitives spécifiques. Pour ce faire, l'importance des stratégies doit être expliquée et discutée avec l'enfant pour viser une augmentation de la performance. L'introduction des stratégies doit être progressive pour ne pas surcharger l'enfant lors de ses apprentissages. Ensuite, les stratégies doivent être pratiquées et modélisées afin qu'elles deviennent claires pour l'enfant et facile à utiliser. De plus, le thérapeute doit fournir de la rétroaction sur les stratégies utilisées par l'enfant pour évaluer leur efficacité sur la performance. Il

est aussi important d'observer les opportunités pour transférer les acquis dans une situation nouvelle.

3.4 La découverte guidée

Le but de la découverte guidée est de s'assurer que l'enfant soit en mesure de découvrir lui-même les stratégies qui lui permettront de résoudre ses problèmes. Parallèlement, cette méthode vient travailler l'estime personnelle et le sentiment d'efficacité de l'enfant en lui faisant prendre du contrôle sur la situation. Dans la découverte guidée le rôle de l'adulte est de guider l'enfant pour trouver des solutions, l'enfant ne doit pas être laissé seul dans la découverte et doit vivre des succès dans le processus.

Quatre énoncés doivent être respectés lorsque la découverte guidée est utilisée. 1) Il est nécessaire d'inculquer à l'enfant de faire une chose à la fois, il en va de même pour le thérapeute d'expliquer seulement une chose à la fois pour laisser la chance à l'enfant d'apprendre la bonne technique et de mettre toute son attention sur la tâche en cours. 2) L'adulte doit questionner l'enfant sur le processus plutôt que de lui dire comment faire. 3) L'enfant doit être accompagné dans la tâche plutôt que d'ajuster les exigences. La réalisation de la tâche doit devenir claire et évidente pour l'enfant. 4) L'enfant atteint d'un TAC n'apprend pas visuellement par observations, alors le lien entre la stratégie cognitive utilisée et le résultat doit être le plus clair possible.

3.5 Rendre applicable les principes

En tout temps, quatre principes doivent être respectés dans l'application de l'approche CO-OP. Premièrement, le plaisir doit être omniprésent dans toutes les étapes de l'apprentissage. Ceci facilite la mémorisation et diminue l'impact négatif d'avoir un plan qui ne fonctionne pas. Deuxièmement, l'adulte doit mettre des mesures en place pour favoriser l'apprentissage. Travailler dans un environnement facilitant, susciter la motivation, l'attention, s'adapter aux intérêts de l'enfant, etc. Troisièmement, il est primordial de favoriser l'autonomie de l'enfant, le but ultime de l'approche est que l'enfant soit en mesure de trouver lui-même des stratégies pour palier à ses difficultés de coordination, alors pour ce faire on doit favoriser la participation active de l'enfant dès le début du processus. Quatrièmement, la généralisation et le transfert des acquis sont favorisés. L'enfant doit être capable, après le processus, de mettre en application ses apprentissages et ses stratégies dans d'autres activités ainsi que dans d'autres contextes. Promouvoir la généralisation des acquis, rend l'approche efficace. Pour supporter la généralisation, l'emphase est mise sur les étapes du plan, tout en faisant des liens avec le quotidien de l'enfant.

3.6 Implication d'une personne significative

Impliquer une personne significative au sein du processus CO-OP est une étape décisive dans la réussite de l'enfant. La personne significative sert

notamment à rappeler les principes à l'enfant, à le soutenir au niveau motivationnel, à faire le suivi et particulièrement à faire des liens avec le quotidien de l'enfant lorsque celui-ci n'est pas en thérapie avec l'ergothérapeute. Dans cette optique, la personne significative doit s'impliquer activement dans le processus en assistant à un minimum de trois rencontres CO-OP avec l'enfant pour comprendre le fonctionnement et observer comment l'enfant approche et réalise les tâches, comment il détermine ses stratégies, etc. Il est nécessaire que la personne significative puisse observer l'enfant le plus souvent possible dans son fonctionnement. Elle doit également favoriser la pratique des éléments vus en thérapie dans le quotidien. Sans la personne significative, il est difficile pour l'ergothérapeute de suivre l'enfant dans tous ses contextes de vie. De plus, la pratique est un élément essentiel dans la réussite de l'approche, comme quoi la personne significative est un pilier pour que l'enfant fasse des apprentissages hors thérapies.

3.7 Format d'intervention

Les études démontrent que l'approche CO-OP donne des résultats positifs sur la performance des enfants dans les occupations sélectionnées lorsque le format d'intervention correspond à 10 séances réparties sur une heure pendant 10 semaines ou deux fois une heure pendant 5 semaines (Polatajko & Mandich, 2004). Le format d'intervention doit permettre suffisamment de temps pour que l'enfant puisse acquérir les différentes

stratégies cognitives, qu'il puisse les essayer dans les autres activités de son quotidien et qu'il puisse atteindre ses objectifs afin de vivre des succès lors des interventions.

4 Méthodologie

La présente étude portait sur la modification du protocole de l'approche CO-OP afin de le rendre applicable au cadre scolaire québécois. Dans un premier temps, une revue compréhensive de littérature a été faite afin d'identifier des études antérieures ayant explorées la généralisation de l'approche CO-OP avec d'autres clientèles ou d'autres contextes de pratique en ergothérapie et de documenter les modifications du protocole de l'approche ayant déjà été faites ainsi que l'impact de telles modifications sur l'efficacité de l'approche.

Dans un deuxième temps, l'applicabilité des principes fondamentaux de l'approche en fonction des particularités qu'impose l'exercice de la pratique de l'ergothérapie dans un contexte scolaire ont été visités. Pour ce faire, des entrevues semi-structurées ont été faites avec des ergothérapeutes travaillant en milieu scolaire avec la clientèle TAC pour dresser un portrait du contexte de pratique en milieu scolaire québécois. Les sept principes fondamentaux de l'approche ont été explorés avec les ergothérapeutes afin d'évaluer leurs opinions sur la généralisation de ceux-ci en milieu scolaire. Par la suite, en se basant sur ces informations, des modifications à apporter au protocole initial de l'approche CO-OP ont été élaborées, puis ensuite validées par d'autres ergothérapeutes travaillant aussi en milieu scolaire avec la clientèle ayant un TAC.

4.1 Revue compréhensive de la littérature

Critères d'inclusion / exclusion

Dans l'optique d'obtenir le plus d'informations lors de la recherche documentaire dans la littérature, les études sélectionnées devaient inclure :

- D'utiliser l'approche CO-OP telle que décrite par Polatajko et Mandich (2004) ou avec des modifications mineures au niveau des principes fondamentaux.
- Des participants ayant des difficultés d'ordre moteur qui se répercutent sur leur engagement occupationnel.

Les critères d'exclusion étaient les suivant :

- Si l'étude abordait l'approche CO-OP sans modification avec les enfants TAC âgé de 7 à 12 ans.
- Si d'autres approches étaient utilisées simultanément à l'approche CO-OP.
- Articles antérieurs à l'année 2001.
- Un autre critère de sélection était la disponibilité de l'article.

Les populations à l'étude

Puisque l'efficacité de l'approche CO-OP a déjà été démontrée avec les enfants de 7 à 12 ans qui présentent un TAC (Polatajko, Mandich, Miller, & Macnab, 2001), les études correspondant à ces critères n'ont pas été retenues dans l'élaboration de cette revue compréhensive de la littérature. Les études incluses devaient utiliser l'approche CO-OP comme prescrite par ses auteurs ou avec des modifications mineures à l'intérieur des principes fondamentaux de l'approche.

Stratégies de recherche

Les bases de données CINAHL, MEDLINE, PSYCHINFO et PUBMED ont été consultées. Les mots clés «CO-OP» AND «intervention» ont été utilisés. Afin d'étendre la stratégie de recherche et de s'assurer d'avoir considéré tous les articles pertinents, les listes de référence des articles discutant de l'approche CO-OP depuis 2001 ont aussi été consultées.

Sélection des études

La première sélection des études s'est faite à partir des titres, la seconde par les résumés. Au total, 20 articles furent consultés en plus de détails. Les articles qui ont été jugés les plus pertinents au niveau du contenu suite à la lecture du résumé ont été lus en profondeur et analysés pour déterminer la qualité de l'écrit. L'analyse a été effectuée à l'aide d'une adaptation maison basée sur la grille du CHUQ. Suite à l'application des critères d'inclusion et d'exclusion décrits plus haut, six articles ont été retenus afin d'être compilés dans la présente revue compréhensive de littérature.

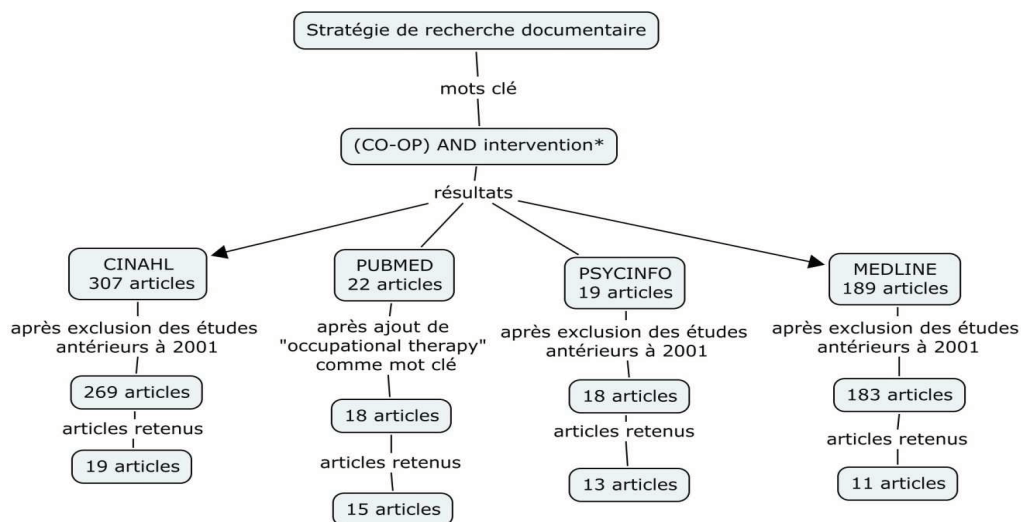


Figure 1. Schématisation de la stratégie de recherche documentaire.

Extraction des données

Les informations quant aux modifications du protocole de l'approche CO-OP ainsi que résultats obtenus ont été extraites des six articles retenus. Les informations ont été classifiées et répertoriées dans un tableau afin de synthétiser les données importantes.

4.2 Entrevues semi-structurées : modifier l'approche CO-OP pour répondre au contexte du milieu scolaire québécois.

Cette partie de l'étude est une étude de type descriptive visant à comprendre la réalité des ergothérapeutes travaillant en milieu scolaire avec la

clientèle TAC. Une entrevue semi-structurée a été faite auprès d'ergothérapeutes afin d'explorer comment les principes fondamentaux de l'approche CO-OP devraient être modifiés afin de mieux répondre à la réalité du milieu scolaire (Annexe 1). Les variables à l'étude étaient les principes fondamentaux de l'approche.

Dans le cadre de cette étude, la position constructiviste a été adoptée car la démarche comportait des entrevues avec différentes personnes en lien avec la clientèle cible (Masciotra, 2007). Une telle approche a, par la suite, permis de mettre en relief une certaine réalité propre à ce milieu de pratique et d'établir les besoins de la clientèle.

Échantillonnage des participants

L'approche visée pour recruter des ergothérapeutes était l'échantillonnage par réseau ou par « boule de neige ». Cet échantillonnage consiste à sélectionner, dans un premier temps, des individus de la population à partir de certains critères qui sont représentatifs du phénomène à l'étude (Portney & Watkins, 2009). Ensuite, les participants sélectionnés suggèrent des individus de leur réseau qui correspondent aux mêmes critères de sélection (Morse, 1991) Par ce choix, il était visé d'obtenir des participants qui sont représentatifs de l'étendue du phénomène, incluant les variations qui peuvent survenir. (Creswell, 2002) En ce sens, les ergothérapeutes recherchés

devaient travailler ou avoir déjà travaillé en milieu scolaire avec les enfants atteints d'un TAC.

La taille de l'échantillon n'était pas prédéterminée, mais a plutôt été influencé par le temps alloué pour compléter cet essai. Un total de quatre ergothérapeutes ont été recrutées. Deux des ergothérapeutes ayant participé à l'étude sont employées d'une commission scolaire. Le contexte de travail de celles-ci est majoritairement lié aux classes spécialisées d'enfants ayant des difficultés au niveau du langage. Leur rôle vise aussi à desservir les enfants du reste de l'école lorsque des difficultés précises étaient identifiées quant au fonctionnement scolaire.

Une autre des ergothérapeutes travaille pour une agence qui offre des contrats de service à un groupe de centres de la petite enfance (CPE) et d'écoles. Le mandat des ergothérapeutes dans le cadre de ces contrats en est principalement un de dépistage. L'offre de service est notamment basée sur les éléments du modèle "Partnering for change" (Missiuna & al.,2012). Dans ce contexte de pratique, il n'y a pas de service direct aux enfants. Si les dépistages révèlent des besoins de services directs au niveau de l'intervention, ces enfants sont référés à des services privés d'ergothérapie.

Finalement, la quatrième ergothérapeute consultée travaille pour un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) au sein du secteur enfance. Son mandat en est un principalement de dépistage, ce qui l'amène à évaluer les enfants dans tous leurs milieux de vie, notamment le milieu scolaire.

Analyse des données

En se basant sur les obstacles identifiés par les ergothérapeutes travaillant en milieu scolaire avec les enfants atteints d'un TAC ainsi que sur les modifications faites dans les études recensées dans la revue compréhensive de littérature, des suggestions de modifications du protocole original de l'approche CO-OP ont été élaborées. Les différentes modifications proposées devaient palier aux différents obstacles identifiés par les ergothérapeutes. Ces modifications ont ensuite été présentées par courriel ou par téléphone à deux des ergothérapeutes travaillant en milieu scolaire afin d'être validées. Chaque commentaire a été répertorié puis analysé afin de raffiner les modifications du protocole de l'approche et de s'assurer de son applicabilité au contexte scolaire québécois.

5 Résultats

5.1 Revue compréhensive de la littérature

La revue compréhensive de littérature avait pour but de recenser les études ayant modifiées les principes fondamentaux de l'approche CO-OP et de synthétiser les modifications faites ainsi que l'impact de ces modifications sur l'efficacité de l'approche. Les études recensées sont listées dans le tableau 1, ainsi que les modifications et résultats obtenus.

Tableau 1

Synthèse des modifications apportées à l'approche CO-OP dans les études recensées et de leurs résultats

Référence	Modifications apportées à l'approche CO-OP	Résultats
Ward & Rodger, 2004	Population : TAC 5-7 ans Durée : 45 minutes 2 X sem. Objectifs : processus de sélection modifié	Performance : ↑ PQRS et ↑ MCRO Satisfaction : ↑ MCRO
Taylor, Fayed & Mandich, 2007	Population : trouble envahissant du développement	Performance : ↑ PQRS et ↑ MCRO Satisfaction : ↑ MCRO
Dawson et al., 2009	Population : adulte ayant un traumatisme cranio-cérébral Durée : 20 sessions; 1 X sem. Lieux : domicile	Performance : ↑ MCRO Satisfaction : ↑ MCRO Maintient 3 mois post-COOP
Phelan, Steinke & Mandich, 2009	Population : trouble envahissant du développement	Performance : ↑ PQRS et ↑ MCRO Satisfaction : ↑ MCRO
Rodger &	Population : syndrome	Performance : ↑ PQRS et ↑ MCRO

Brandenburg, 2009	d'Asperger Lieux : clinique et domicile	Satisfaction : ↑ MCRO
Missiuna et al., 2010	Population : enfants ayant un traumatisme cranio-cérébral. Lieux : clinique et domicile	Performance : ↑ PQRS et ↑ MCRO Satisfaction : ↑ MCRO Maintient : 4 mois post- COOP

Six études ont été recensées. Toutes les études choisies sont des études de cas multiples. Ces études comportaient entre deux et six participants. La modification la plus fréquente était celle de la population à l'étude. De façon générale, même si les diagnostics des populations choisies divergeaient, le critère général de sélection des participants était d'avoir des difficultés motrices et/ou organisationnelles ainsi que des difficultés au niveau du rendement des activités de la vie quotidienne. Les critères spécifiques étaient évidemment différents d'une étude à l'autre dépendamment de la sphère qui était évaluée et de la population sélectionnée.

Sur la base du critère de la perception de la performance, l'ensemble des articles recensés présentent la méthode CO-OP comme ayant une amélioration significative par rapport aux objectifs des participants, cependant il est impossible de quantifier exactement le degré d'amélioration, étant donné la variété des objectifs sélectionnés par les participants, ce qui rend difficile d'établir une seule raison expliquant la variation au niveau de l'amélioration de la performance. Parmi les causes susceptibles d'avoir eu un effet négatif sur l'amélioration de la perception de la performance, on dénote notamment les

capacités intrinsèques du participant, le type d'objectifs sélectionnés, le support de l'environnement, les attentes des participants, etc.

Pour ce qui est des améliorations relatives à la satisfaction, celles-ci étaient souvent moins notables que celles de la performance. Souvent lorsque des résultats indiquaient une amélioration moins importante, la motivation du client semblait être en cause. Cet aspect a semblé jouer dans plusieurs des études qui sont présentées (Ward & Rodger, 2004; Taylor, Fayed & Mandich, 2007; Rodger & Brandenburg, 2009). Lorsque la motivation du participant diminuait, généralement le rendement à la tâche était aussi moindre.

5.2 Entrevues semi-structurées : modifier l'approche CO-OP pour répondre au contexte du milieu scolaire québécois.

Les points de discussions des entrevues semi-structurées menées avec les deux premières ergothérapeutes sont résumés ci-dessous. Afin de classifier les informations offertes par les ergothérapeutes quant à leur contexte de pratique, les principes fondamentaux introduits dans le cadre théorique sont utilisés. Pour chaque principe, les facteurs limitant la généralisation de l'approche CO-OP au milieu scolaire tels que discutés par les ergothérapeutes sont présentés. Les recommandations proposées par l'auteure pour palier à ces difficultés sont aussi incluses. Les modifications au protocole d'intervention de l'approche CO-OP sont en caractères gras.

Tableau 2

Synthèse des défis à surmonter dans l'applicabilité de l'approche
CO-OP et énoncé des recommandations associées

Principes	Défis à surmonter	Recommandations
Clientèle, diagnostic et difficultés concomitantes	<ul style="list-style-type: none"> • Les enfants ayant un TAC sont rarement référés en ergothérapie en milieu scolaire. • Les enfants ont des difficultés concomitantes qui sont traitées prioritairement au TAC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage précoce dans les milieux scolaires.
Les objectifs doivent être choisis par l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • L'élaboration des objectifs est la majorité du temps dirigée par l'ergothérapeute. • Plusieurs contraintes, telles le temps possible d'intervention, les locaux, le matériel disponible et les assurances scolaires, qui limitent les objectifs possibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer pour que l'école reconnaisse l'importance de ce principe. • Établir les balises de l'intervention en respectant les contraintes du milieu scolaire. • Modifier PACS pour restreindre objectifs possibles
Implication d'une personne significative	<ul style="list-style-type: none"> • Les enseignants ont peu de temps à leur disposition. • L'équipe école est rarement libérée par les directions pour des interventions conjointes avec l'ergothérapeute. • Parents habituellement non-disponible lorsque leur enfant est à l'école. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation du journal de stratégies avec les parents et les enseignants.
Rendre applicable les principes	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration difficile avec l'équipe école pour favoriser la généralisation des acquis. • L'ergothérapeute ne dispose pas de suffisamment de temps d'intervention pour favoriser la généralisation des acquis dans d'autres contextes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Activité transfert de connaissance parents et enseignants. • Journal de bord des stratégies. • Cahier de devoirs. • Plaidoyer pour obtenir au minimum 8 sessions d'intervention

La découverte guidée	<ul style="list-style-type: none"> • L'ergothérapeute éprouve des difficultés à mener un suivi constant sur plusieurs semaines consécutives. 	<p>avec l'enfant.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activité de transfert des connaissances pour parents et enseignants.
Utilisation de stratégies cognitives globale et spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance de l'approche par l'équipe école. • Les parents ne sont pas impliqués dans le processus et ne peuvent aider l'enfant à généraliser ses acquis dans d'autres contextes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Activité transfert de connaissance parents et enseignants. • Participation de l'enseignant à au moins 4 sessions d'intervention de 20 minutes. • Journal de bord de stratégies.
Analyse dynamique de la performance	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de familiarité des enseignants avec l'approche. 	<ul style="list-style-type: none"> • Activité de transfert des connaissances pour parents et enseignants.
Format des interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Nature ponctuelle et consultative des interventions. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer pour obtenir au minimum 8 sessions d'intervention. • Adopter un format hybride consultatif-directe.

Établir les balises en limitant les objectifs travaillés

L'un des principes les plus importants de CO-OP est que les objectifs doivent être choisis par l'enfant. Devoir modifier ce principe pour s'adapter au milieu scolaire pourrait être problématique quant à la motivation des enfants. Les ergothérapeutes consultées ont confirmé que ce principe demanderait un changement radical de mentalité dans la majorité des écoles où elles travaillent. Elles trouvaient intéressant l'idée de modifier le PACS (Mandich, Polatajko,

Miller, & Baum, 2004) pour offrir des choix à l'enfant tout en tenant compte de la réalité du milieu scolaire.

Activité transfert de connaissance

Suite aux discussions avec les ergothérapeutes consultées, il est suggéré que les enseignants, parents et autres personnes significatives soient intégrés et outillés le plus rapidement possible. Une formation serait donc donnée en début d'année quant au TAC, les signes à remarquer en classe et dans les autres activités scolaires, la façon d'aider les enfants TAC à avoir un cheminement scolaire réussi malgré les difficultés de coordination et, finalement, quant à l'approche CO-OP. Ainsi, si un enseignant a un enfant TAC dans sa classe, il sera plus à même de le remarquer et également d'avoir quelques stratégies à mettre en place afin d'intervenir avec celui-ci. La communication avec l'ergothérapeute sera également facilitée puisque le langage sera commun et l'enseignant pourra jouer une part plus active dans l'intervention. Cette façon de procéder en début d'année viendrait diminuer le nombre de rencontres requises pendant l'année puisque seulement des mises à jour sur les stratégies à utiliser avec l'enfant seraient nécessaires. Éventuellement, l'enseignant développant les compétences requises pour intervenir auprès des enfants ayant un TAC, la dépendance sur l'ergothérapeute devrait diminuer.

Journal de bord des stratégies et cahier de devoirs

Dans l'éventualité de faciliter le processus de communication entre les personnes significatives et l'ergothérapeute, un journal de bord des stratégies sera un outil ajouté à l'approche CO-OP. Celui-ci servira notamment à noter les différentes stratégies que l'enfant utilise dans son quotidien, ses forces ainsi que ses difficultés dans ses différents contextes de vie. Cette façon de procéder, permettra de promouvoir la généralisation des acquis dans tous les milieux de vie de l'enfant et permettra également que toutes les personnes impliquées auprès de l'enfant aient un langage commun et aient une même compréhension du fonctionnement de l'enfant. Le journal de bord des stratégies peut donner la possibilité également aux personnes significatives de poser leurs questions relatives à l'application de l'approche CO-OP et du fonctionnement de leur enfant pendant le processus. Le cahier de devoir quant à lui, sert essentiellement à favoriser la généralisation des apprentissages dans d'autres contextes que ceux des séances individuelles avec l'ergothérapeute. L'enfant devra mettre en pratique les stratégies cognitives et différents exercices que l'ergothérapeute notera dans le cahier de devoirs. Celui-ci permettra à l'ergothérapeute de faire un retour sur les acquis et le transfert des connaissances lors des séances individuelles et donne par la même occasion des indications sur les éléments à pratiquer à la maison avec l'aide des parents.

Une approche hybride consultative-directe

Les ergothérapeutes rencontrées ont confirmé que pour que l'approche CO-OP soit applicable au milieu scolaire québécois, le format d'intervention vers un format de type consultatif-direct serait essentiel. Ainsi, l'ergothérapeute deviendrait un mentor pour les enseignants afin qu'ils puissent aussi appliquer les principes de CO-OP et favoriser les apprentissages de l'enfant entre les sessions. L'enfant serait tout de même vu en rencontres individuelles avec l'ergothérapeute, 2 fois semaine pour 4 semaines, afin de s'assurer que celui-ci s'approprie la stratégie cognitive globale de CO-OP et continue de développer des stratégies cognitives spécifiques.

Les ergothérapeutes consultées ont toutes insistées sur le fait que les enseignants manquent de temps. Ainsi, au lieu des habituelles 10 sessions d'intervention, huit sessions seraient probablement plus acceptables. Aussi, de limiter la présence des enseignants à une fois semaine, et à 20 minutes par session, serait plus réaliste et ressemble au format consultatif déjà en place.

6 Discussion

L'objectif de cet essai était de proposer des recommandations visant d'adopter l'approche CO-OP pour le milieu scolaire québécois. Pour ce faire, une recension compréhensive de la littérature a été effectuée, ainsi que des entrevues semi-structurées avec des ergothérapeutes œuvrant dans ce milieu. Suite à l'analyse des résultats recueillis, plusieurs recommandations spécifiques ont été faites et seront maintenant discutés ici.

6.1 La clientèle, diagnostic et difficultés concomitantes

L'approche CO-OP cible une clientèle d'enfants atteints d'un TAC et âgés entre 5 et 12 ans. (Polatajko & Mandich, 2004; Taylor, Fayed & Mandich, 2007). Pour ce qui est de ce principe, aucune modification au protocole de l'approche CO-OP n'est nécessaire. Toutefois, pour que l'approche soit pertinente en milieu scolaire, il est primordial que les enfants qui pourraient bénéficier de cette approche soient dépistés de façon précoce. Pour ce faire, l'équipe école doit être en mesure d'identifier les enfants ayant des difficultés motrices caractéristiques du TAC.

Le dépistage précoce permettrait de pouvoir intervenir tôt dans le développement occupationnel de l'enfant afin de l'outiller et l'aider à apprendre comment apprendre à faire les activités motrices typiques de l'enfance. Ainsi,

les impacts secondaires du TAC pourraient possiblement être évités. Considérant le manque de ressources au niveau du personnel dans les écoles, la meilleure stratégie à adopter serait l'instauration d'ateliers de dépistage montés et dirigés par un ergothérapeute.

Par contre, il faut reconnaître qu'il existe une différence notable entre le fait d'émettre un diagnostic et de faire un dépistage. Lors de l'entrée à l'école, plusieurs enfants peuvent sembler avoir des caractéristiques propres au TAC, alors qu'il peut s'agir d'enfants qui sont sous stimulés ou atteints d'autres troubles. Il serait donc primordial d'appliquer l'atelier de dépistage en deux temps lors de la première année de fréquentation scolaire (maternelle). Une telle approche permettrait de dépister, dans un premier temps, tous les enfants qui présentent des difficultés au niveau du rendement occupationnel et de vérifier, dans un deuxième temps, si le rendement occupationnel est modifié par l'arrivée à l'école. Les enfants présentant des difficultés plus importantes caractéristiques du TAC seraient ainsi différenciés de ceux qui avaient seulement besoin de la stimulation du milieu scolaire pour se développer occupationnellement.

6.2 Les objectifs doivent être choisis par l'enfant

Ce principe devra être légèrement modifié afin d'adapter l'approche CO-OP au contexte scolaire québécois et de s'assurer que les objectifs choisis par

l'enfant respectent les contraintes qu'impose le milieu scolaire, notamment les assurances de l'école, les locaux disponibles et le matériel pouvant être utilisé. Toutefois, le principe de l'approche CO-OP visant à impliquer l'enfant activement dans la sélection des objectifs doit être préservé pour susciter sa motivation.

Alors, lorsque le thérapeute établira les balises de l'intervention, il sera important que le thérapeute explique ces contraintes à l'enfant. Si l'ergothérapeute choisit d'utiliser le *Paediatrics Activity Card Sort* (PACS; Mandich, Polatajko, Miller & Baum, 2004) pour établir les objectifs de l'intervention, celui-ci pourrait être modifié afin de restreindre les activités à celles pouvant être réalisées en milieu scolaire. L'enfant garde tout de même un rôle actif au niveau de la sélection des objectifs d'intervention et peut choisir des activités qui vont venir susciter sa motivation à participer.

Néanmoins, il sera important que les enseignants, et ergothérapeutes, comprennent bien les raisons pour lesquelles les enfants doivent pouvoir choisir leurs propres objectifs. Bien que ce point est susceptible de causer problème au niveau de l'adhérence de l'équipe école à travailler ensemble sur les objectifs de l'enfant, la formation qui sera offerte aux parents et enseignants favorisera une meilleure compréhension du raisonnement qui sous-tend ce principe.

6.3 Analyse dynamique de la performance

Le principe de l'analyse dynamique de la performance est primordial dans l'approche CO-OP. L'enfant doit être observé en train de faire l'activité qu'il a identifiée dans ses objectifs en début de processus. En milieu scolaire, l'analyse dynamique ne sera pas seulement faite par l'ergothérapeute, mais également par les enseignants en classe. L'équipe école ainsi que les personnes significatives apprendront quels éléments observer dans l'analyse dynamique de la performance lors des formations en début d'année aux moyens de notions théoriques et de mises en situation et lors du suivi avec l'ergothérapeute s'ils ont un enfant TAC dans leur classe.

6.4 Utilisation de stratégies cognitives globale et spécifiques

Avec la formation en début d'année, les personnes significatives seront plus à l'aise avec la stratégie globale « BUT, PLAN, FAIT, VÉRIFIÉ » (Polatajko & Mandich, 2004) et pourront même l'utiliser avec les autres enfants de la classe. Le rôle des personnes significatives sera d'accompagner l'enfant dans l'utilisation des stratégies spécifiques. Afin d'assurer un accompagnement optimal, un suivi rapproché sera favorisé avec l'ergothérapeute qui agira à titre de mentor avec l'application de l'approche CO-OP en conseillant, via le journal de bord des stratégies, les personnes significatives sur la meilleure façon de guider l'enfant atteint d'un TAC selon ses particularités.

6.5 La découverte guidée

Le but de la découverte guidée est de s'assurer que l'enfant soit en mesure de découvrir lui-même les stratégies qui lui permettront de résoudre ses problèmes dans le milieu scolaire, à la maison et dans la communauté. Parallèlement, cette méthode vient travailler l'estime personnelle et le sentiment d'efficacité de l'enfant en lui faisant prendre du contrôle sur la situation (Polatajko & Mandich, 2004). Dans la découverte guidée, le rôle des personnes significatives (équipe école, parents) est de guider l'enfant pour trouver des solutions. L'enfant ne doit pas être laissé seul dans la découverte et doit vivre des succès dans le processus. En milieu scolaire, la découverte guidée peut être appliquée dans tous les contextes, à même la classe lors des exercices, dans la cours de récréation pendant les périodes de jeux, lors du cours d'éducation physique, etc. Le principe de la découverte guidée peut également être utilisé avec tous les autres enfants de la classe, la personne significative doit seulement s'assurer que l'enfant atteint d'un TAC réussisse à identifier ses propres stratégies pour réussir l'activité.

Quatre énoncés doivent être respectés lorsque la découverte guidée est utilisée. 1) Il est nécessaire d'inculquer à l'enfant de faire une chose à la fois, il en va de même pour le thérapeute ou de la personne significative d'expliquer seulement une chose à la fois pour laisser la chance à l'enfant d'apprendre la bonne technique et de mettre toute son attention sur la tâche en cours. 2) La

personne significative doit questionner l'enfant sur le processus plutôt que de lui dire comment faire. 3) L'enfant doit être accompagné dans la tâche plutôt que d'ajuster les exigences. La réalisation de la tâche doit devenir claire et évidente pour l'enfant. 4) L'enfant atteint d'un TAC n'apprend pas visuellement par observations, alors le lien entre la stratégie cognitive utilisée et le résultat doit être le plus clair possible.

6.6 Rendre applicable les principes

L'approche CO-OP en milieu scolaire vise une augmentation de la collaboration entre les différents professionnels du milieu scolaire. Ainsi le climat devient plus favorable pour l'enfant afin de faire des acquis puisque tous les efforts seront dirigés vers les mêmes objectifs. Pour ce faire, l'établissement scolaire doit être sensibilisé à la philosophie de l'approche CO-OP, pour que tous les intervenants scolaires s'épaulent dans la mise en place des stratégies de l'enfant pour faciliter ses apprentissages. Plus les stratégies seront pratiquées dans différents contextes, plus l'enfant pourra faire des acquis.

Lors des interventions dans la classe, l'enfant est également plus intégré et participe à des activités qui favorisent le plaisir dans les apprentissages. La collaboration interprofessionnelle permet également de favoriser la généralisation et le transfert des acquis. Afin de faciliter l'application de l'approche CO-OP et de diminuer la charge de travail des personnes

significatives, les objectifs de l'enfant pourrait être répartis selon le domaine de compétence des personnes significatives, par exemple l'enseignant principal pourrait accompagner l'enfant dans l'objectif d'améliorer la lisibilité de l'écriture, alors que le professeur d'éducation physique pourrait travailler l'objectif relatif à l'acquisition de la course. Ainsi, les différentes personnes significatives pourraient s'entraider dans l'aide fournie à l'enfant.

6.7 Implication d'une personne significative

Dans l'approche CO-OP en milieu scolaire, les personnes significatives jouent un rôle majeur dans l'accompagnement de l'enfant dans ses apprentissages scolaires. Étant donné le format hybride consultatif-direct de l'intervention en ergothérapie en milieu scolaire, les personnes significatives (équipe école et parents) vont être formées par l'ergothérapeute lors des formations en début d'année pour appliquer les stratégies globales et spécifiques de l'approche CO-OP avec l'enfant TAC et être en mesure d'intervenir adéquatement avec celui-ci. Pour assurer le support nécessaire aux personnes significatives, un système de communication sera mis sur pieds afin de suivre les progrès de l'enfant TAC ainsi que pour permettre à l'ergothérapeute d'accompagner efficacement les personnes significatives dans l'application de l'approche CO-OP. Pour ce faire, il pourrait y avoir un journal des stratégies de l'enfant. Ainsi à chaque fois que l'enfant découvre une stratégie qui facilite ses apprentissages, soit l'ergothérapeute ou une des

personnes impliquées dans le processus pourrait rédiger des informations dans le journal pour ainsi uniformiser les interventions auprès de l'enfant et poser leur question si besoin il y a.

6.8 Format d'intervention

Considérant qu'actuellement, au Québec, la majorité des services d'ergothérapie desservis en milieu scolaire sont de type consultatif, le format d'intervention doit tenir compte de cette particularité. Premièrement, le temps de chaque rencontre avec l'ergothérapeute doit correspondre à l'horaire scolaire régulier en correspondant au temps accordé pour une période de cours régulière. De cette façon, l'enfant peut prendre part aux activités scolaires en suivant un horaire semblable aux autres enfants de son âge. Ensuite, étant donné que l'apport des personnes significatives est très important dans l'approche CO-OP en milieu scolaire, le nombre de rencontres avec l'ergothérapeute peut être réduit à huit. Cette modification suppose que si les personnes significatives sont plus impliquées, l'enfant aura plus d'opportunités pour mettre ses acquis en pratique et généraliser ceux-ci à d'autres contextes et activités. Il va de soit, que la mise en place d'un protocole d'étude pilote pour valider si les objectifs sont atteints en huit rencontres est essentielle. Pour s'assurer que l'approche ait de bonnes chances de donner des résultats positifs en huit rencontres, il est de mise que le système de communication entre l'ergothérapeute et les personnes significatives soit efficace pour que chaque

question puisse être répondue et que les personnes significatives soient bien accompagnées dans le processus.

7 Conclusion

Pour conclure, cette étude avait pour but de modifier le protocole initial de l'approche CO-OP afin de le rendre applicable en milieu scolaire avec les enfants atteints d'un TAC. Au travers du processus, il a été possible de déterminer que, dans la majorité des cas recensés, l'approche CO-OP peut être légèrement modifiée pour correspondre aux caractéristiques particulières de la clientèle cible et être tout de même efficace. Les informations obtenues lors de la revue compréhensive de littérature, justifiaient l'objectif de cette étude.

Des entrevues semi-structurées auprès de quatre ergothérapeutes ont permises de proposer et valider des modifications au protocole initial de l'approche CO-OP pour le rendre plus applicable au milieu scolaire. L'une des forces de l'étude est d'avoir eu l'opportunité d'obtenir des informations sur l'ergothérapie en milieu scolaire qui provenaient de plusieurs contextes d'ergothérapie scolaire (notamment des ergothérapeutes engagées par la commission scolaire, au sein du CSSS et d'une agence privée). Cette diversité a permis de s'assurer d'une plus grande applicabilité de l'approche CO-OP modifiée à différents contextes d'ergothérapie en milieu scolaire.

7.1 Limites

L'une des faiblesses de cet essai est notamment que l'ergothérapie en milieu scolaire est un domaine émergent au Québec, ce qui diminue potentiellement le bassin d'ergothérapeutes consulté pour cette étude. Une autre limite identifiée dans cette étude est que le succès de la majorité des recommandations repose sur l'implication de l'équipe école et du soutien de la direction.

7.2 Implications pour la pratique

L'élaboration d'un protocole clinique de l'approche CO-OP en milieu scolaire est un bon départ pour faire la promotion de l'ergothérapie en milieu scolaire. La recherche dans ce domaine, permettra notamment d'apporter des données probantes supportant la pratique de l'ergothérapie en milieu scolaire. Pour les clientèles pédiatriques, l'école est un milieu de vie important, être en mesure d'y intervenir adéquatement et de développer des approches convenant à ce type de milieu, favorisera la prévention des problèmes à long terme en permettant une intervention plus précoce et adaptée.

7.3 Recherche future

Il serait pertinent de pousser davantage l'application de l'approche CO-OP en milieu scolaire en menant une étude de cas multiples basée sur le

protocole modifié de l'approche dans un établissement scolaire pour observer si l'approche modifiée permet aux enfants atteints d'un TAC d'avoir un meilleur rendement occupationnel particulièrement dans les tâches scolaires. De vérifier également la généralisation des acquis et le transfert des connaissances qui est un élément primordial dans la réussite de l'approche en milieu scolaire. Ceci pourrait ouvrir la porte à l'application de l'approche CO-OP à plus grande échelle, par exemple dans des contextes particulièrement consultatifs où l'enfant ne peut se rendre facilement en clinique privée ou en centre de réadaptation.

Annexes

Annexe 1. Entrevues semi-structurées

1. Travaillez-vous fréquemment avec des enfants TAC dans votre pratique?
2. Les références pour travailler avec les enfants TAC viennent-elles de la commission scolaire ou d'une autre source?
3. Les enfants TAC rencontrés en milieu scolaire sont-ils dans des groupes réguliers?
4. Les enfants rencontrés ont-ils toujours un diagnostic ou vous fiez-vous généralement à votre analyse du fonctionnement?
5. Quelles évaluations sont utilisées lors de la prise en charge d'un enfant TAC en milieu scolaire? Sont-elles les mêmes que dans le protocole initial de COOP (PACS, COMP, PQRS, MABC) ?
6. Comment intervenez-vous avec les enfants présentant un TAC?
7. Comment l'élaboration des objectifs est menée avec l'enfant TAC? Est-ce que les objectifs sont ciblés vers les difficultés scolaires?
8. Est-ce que c'est faisable pour les enseignants de reprendre en classe, les éléments qui sont pratiqués en ergothérapie avec l'approche COOP?
9. Comment est-ce que le lien avec les parents est fait? Est-ce que ceux-ci se présentent à l'école pour assister à certaines rencontres, est-ce que l'enseignante assiste à certaines rencontres ou rencontre l'ergothérapeute en réunion pour se faire expliquer le fonctionnement de l'approche?

10. Comment est-ce que votre temps est réparti dans la semaine, est-ce que c'est possible de passer une heure avec seulement 1 enfant pendant 10 semaines?

11. L'approche COOP est-elle difficile à appliquer dans votre réalité scolaire?

Références

- ACE (2012) Services d'ergothérapie dans le milieu scolaire, [en ligne]
<http://www.caot.ca/default.asp?pageid=3610>, (consulté le 2012-05-10)
- ACE (2002) How occupational therapy makes a difference in the school system: A summary of the literature, ACE Publication, OT Now, [en ligne]
www.caot.ca/pdfs/otinschools.pdf, (consulté le 2012-04-13)
- Banks, R., Rodger, S., & Polatajko, H. J. (2008). Mastering handwriting: how children with developmental coordination disorder succeed with CO-OP. *OTJR: Occupation, Participation & Health*, 28(3), 100-109.
- Barnhart, R. C., Davenport, M. J., Epps, S. B., & Nordquist, V. M. (2003). Developmental coordination disorder. *Physical Therapy*, 83(8), 722-731.
- Bazyk S., Case-Smith, J. (2010). School-based occupational therapy. Dans J. Case-Smith, J.C. O'Brien (Éds). *Occupational therapy for children 6th ed.* p. 713-743. Missouri: Mosby Elsevier
- Bernie, C., & Rodger, S. (2004). Cognitive strategy use in school-aged children with developmental coordination disorder. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 24(4), 23-45.
- CanChild (2012) Related Disorders, McMaster University, [en ligne]
http://dcd.canchild.ca/en/EducationalMaterials/resources/dcd_developmental_coordination_disorder_home_school_community_booklet.pdf, (consulté le 2012-02-17)
- Cantell, M. & Kooistra, L. (2002) Long Term Outcomes of Developmental Coordination Disorder. Dans S-A. Cermak, D.Larkin (Eds) *Developmental Coordination disorder*, Albany (N-Y): Delmar-Thompson learning [enligne]
http://books.google.ca/books?id=b6FW5MRYoZUC&pg=PA340&lpg=PA340&dq=Kleiber,+1999%2BDevelopmental+coordination+disorder&source=bl&ots=VnxSu9mVyt&sig=Elg9d1yrKmME2VDm2Xv-XnqFM4U&hl=fr&sa=X&ei=o52_T63ELOP16AGn7rW6Cg&ved=0CFsQ6AEwAg#v=onepage&q=Kleiber&f=false, (consulté le 2012-05-03)
- Cloutier, R. (2005) L'apprentissage, Dans R. Cloutier, P., & P. Tap (Eds) *Psychologie de l'enfant*, 2^e ed. Gaëtan Morin éditeur, Chenelière éducation.

- CRDP InterVal (2012) *Déficience motrice* [en ligne]
http://www.centreinterval.qc.ca/fr/services/deficience_motrice/, (consulté le 2012-05-06)
- Dawson, D. R., Gaya, A., Hunt, A., Levine, B., Lemsky, C., & Polatajko, H. J. (2009). Using the Cognitive Orientation to Occupational Performance (CO-OP) with adults with executive dysfunction following traumatic brain injury. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(2), 115-127.
- Graham, F., Rodger, S., & Ziviani, J. (2009). Coaching parents to enable children's participation: an approach for working with parents and their children. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(1), 16-23. doi: 10.1111/j.1440-1630.2008.00736.x
- Green, D., Chambers, M.E., Sugden, D.A. (2008) Does subtype of developmental coordination disorder count : Is there a differential effect on outcome following intervention? *Human Movement Science*, 22 (583-595), Elsevier
- Law, M. et al.(2000) *La Mesure canadienne du rendement occupationnel* (3^e éd.)a Publisher Toronto : CAOT Publications ACE.[en ligne]
<http://orbis.uottawa.ca/record=b2402872~S0> (consulté le 2012-05-02)
- Masciotra, D. (2007) Le constructivisme en termes simples, *Vie pédagogique*, 143, 48-52, Texte intégral en ligne :
http://www.viepedagogique.gouv.qc.ca/numeros/143/vp143_48-52.pdf
- Mandich, A., Polatajko, H. J., Macnab, J. J., & Miller, L. (2001) Treatment of children with developmental coordination disorder: What evidence? Dans Missiuna C. (Ed.), *Developmental coordination disorder: Strategies for success* (pp. 125-143), New-York: The Haworth Press Inc.
- Mandich, A.D., Polatajko, H.J., Rodger, S. (2003) Rites of passage: Understanding participation of children with developmental coordination disorder. *Human Movement Science* 22 (583-595), Elsevier
- Mandich, A., Polatajko, H-J., Miller, L. & Baum, C. (2004) *PACS*, CAOT
- MELS, (2007) Prendre le virage de succès, l'école tout un programme, énoncé de politique éducative, [en ligne]
http://www.mels.gouv.qc.ca/reforme/pol_eco/ecole.htm, (consulté le 2012-04-02)
- MELS (2011) Lignes directrices pour l'intégration scolaire des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage, Texte

intégral en

ligne :http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications/publications/EPE/PS/Formation_jeunes/Adaptation_scolaire/LignesDirectricesIntScolElevs/Hand_1.pdf

- MELS, (2012) Loi sur l'instruction publique LRQ-chapitre 1-13.3, [en ligne] http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/l_13_3/l13_3.html, (consulté le 2012-01-24)
- Missiuna, C., Mandich, A. D., Polatajko, H. J., & Malloy-Miller, T. (2001). Cognition Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP): part I -- theoretical foundations. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 20(2/3), 69-81.
- Missiuna, C., DeMatteo, C., Hanna, S., Mandich, A., Law, M., Mahoney, W., & Scott, L. (2010). Exploring the use of cognitive intervention for children with acquired brain injury. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 30(3), 205-219. doi: 10.3109/01942631003761554
- Nelson, A., Copley, J., Flanigan, K., & Underwood, K. (2009). Occupational therapists prefer combining multiple intervention approaches for children with learning difficulties. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(1), 51-62. doi: 10.1111/j.1440-1630.2007.00712.x
- OEO (2004) Lignes directrices de pratique-Personnel de soutien, [en ligne] www.coto.org/pdf/french/P_G_Fr.pdf, (consulté le 2012-04-30)
- OEQ (2008) Secteurs d'activités [en ligne] www.oeq.org/profession/secteur-activite.fr.html, (consulté le 2012-05-04)
- Oetter, P., Provost, B., Williams, C-C. (1993). *Occupational/physical therapy Module*. Teams in early interventions. New Mexico, 3-37
- Phelan, S., Steinke, L., & Mandich, A. (2009). Exploring a cognitive intervention for children with pervasive developmental disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(1), 23-28.
- Polatajko, H. J., Mandich, A. D., Miller, L. T. & Macnab, J. J. (2001). Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP): Part II- The evidence. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 20, 83-106.
- Polatajko, H. J., Mandich, A. D., Missiuna, C., Miller, L. T., Macnab, J. J., Malloy-Miller, T., & Kinsella, E. A. (2001). Cognitive Orientation to Daily

- Occupational Performance (CO-OP): part III: the protocol in brief. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 20(2/3), 107-123.
- Polatajko, H.J., & Mandich, A. (2004) Enabling occupation in children : The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) approach. Ottawa, On: CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H.J., & Cantin, N. (2006) Developmental Coordination Disorder (Dyspraxia): An Overview of the State of the Art. *Seminars in Pediatric Neurology*, Elsevier
- Polatajko, H.J., Cantin, N. (2010) Exploring the Effectiveness of Occupational Therapy Interventions, Other Than the Sensory Integration Approach, With Children and Adolescents Experiencing Difficulty Processing and Integrating Sensory Information. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 415-429, DOI: 10.5014/ajot.2010.09072
- Rebergen, D. S., Bruinvels, D. J., Bezemer, P. D., Aj, & van Mechelen, W. (2009). Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 51(3), 305-312. doi: 10.1097/JOM.0b013e3181990d32
- Rodger, S., & Mandich, A. (2005). Getting the run around: accessing services for children with developmental co-ordination disorder. *Child: Care, Health & Development*, 31(4), 449-457.
- Rodger, S., Ireland, S., & Vun, M. (2008). Can Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) help children with Asperger's syndrome to master social and organisational goals? *British Journal of Occupational Therapy*, 71(1), 23-32.
- Rodger, S., & Brandenburg, J. (2009). Cognitive Orientation to (daily) Occupational Performance (CO-OP) with children with Asperger's syndrome who have motor-based occupational performance goals. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(1), 41-50. doi: 10.1111/j.1440-1630.2008.00739.x
- Rodger, S., & Liu, S. (2008). Cognitive Orientation to (daily) Occupational Performance: changes in strategy and session time use over the course of intervention. *OTJR: Occupation, Participation & Health*, 28(4), 168-179.

- Rodger, S., Pham, C., & Mitchell, S. (2009). Cognitive strategy use by children with Asperger's syndrome during intervention for motor-based goals. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(2), 103-111. doi: 10.1111/j.1440-1630.2007.00719.x
- Rodgers, S., & Polatajko, H. J. (2010) Cognitive Orientation for daily occupational performance : A uniquely occupation centred intervention for children. Dans S.Rodger (Ed), *Occupation centred practice for children : A practical guide for occupational therapists*. Oxford, UK: Wiley Blackwell
- RTI Action Network dans Bazyk S., Case-Smith, J. (2010). School-based occupational therapy. Dans J. Case-Smith, J.C. O'Brien (Éds). *Occupational therapy for children 6th ed.* p. 713-743. Missouri: Mosby Elsevier.
- Rodger, S., & Vishram, A. (2010). Mastering Social and Organization Goals: Strategy Use by Two Children with Asperger Syndrome during Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 30(4), 264-276.
- Taylor, S., Fayed, N., & Mandich, A. (2007). CO-OP intervention for young children with developmental coordination disorder. *OTJR: Occupation, Participation & Health*, 27(4), 124-130.
- Ward, A., & Rodger, S. (2004). The application of cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP) with children 5-7 years with developmental coordination disorder. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(6), 256-264.