

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

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

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

PAR
CLAUDE ALLARD-PIGEON

RÉPONDRE AUX BESOINS DES ENFANTS AYANT UN TROUBLE
D'ACQUISITION DE LA COORDINATION EN PRATIQUE PRIVÉE

18 DÉCEMBRE 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

Au cours de mon cheminement universitaire, j'ai développé un intérêt afin de démarrer une pratique privée en ergothérapie, et ce, auprès d'une clientèle enfant. De façon plus précise, la clientèle visée par cette pratique serait les enfants ayant un trouble d'acquisition de la coordination (TAC). Cette clientèle s'avère en être une de choix pour une pratique en privé puisque malheureusement, pour ce qui est des services publics offerts en ergothérapie pour les enfants ayant un TAC, c'est souvent ceux-ci qui subissent les premiers les conséquences des coupures budgétaires lorsque les services sont limités, et ce, malgré leurs besoins. D'où l'objectif de cet essai de développer un plan d'affaires visant le démarrage d'une clinique privée en ergothérapie qui répondra aux besoins particuliers des enfants ayant des difficultés motrices caractéristiques du TAC.

Mots clés : Trouble de l'acquisition de la coordination, TAC, enfant, pratique privée

Keywords : Developmental coordination disorder, DCD, children, private practice

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS	v
REMERCIEMENTS.....	vi
1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	3
3. CADRE THÉORIQUE.....	7
4. MÉTHODOLOGIE	12
4.1 PLAN D’AFFAIRES.....	12
4.1.1 <i>Présentation/CV.</i>	12
4.1.2 <i>Descriptions des services.</i>	12
4.1.3 <i>Mission.</i>	13
4.1.4 <i>L’étude de marché.</i>	13
4.1.5 <i>Forces et opportunités.</i>	15
4.1.6 <i>Projet.</i>	16
4.1.7 <i>Ressources humaines.</i>	16
4.1.8 <i>Mise en marché.</i>	16
4.1.9 <i>Dimension financière.</i>	17
5. RÉSULTATS	18
5.1 PLAN D’AFFAIRES.....	18
5.1.1 <i>Présentation/CV.</i>	18
5.1.2 <i>Description des services.</i>	18
5.1.3 <i>Mission.</i>	22
5.1.4 <i>Étude de marché.</i>	22
5.1.5 <i>Forces et opportunités.</i>	28
5.1.6 <i>Projet.</i>	29
5.1.7 <i>Ressources humaines.</i>	30
5.1.8 <i>Mise en marché.</i>	31
5.1.9 <i>Dimension financière.</i>	33
6. DISCUSSION	36
7. CONCLUSION.....	40
RÉFÉRENCES.....	42
ANNEXE 1.....	46
ANNEXE 2.....	47
ANNEXE 3.....	51
ANNEXE 4.....	53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Réponses au questionnaire maison	47
Tableau 2. Dimension financière	51

LISTE DES ABRÉVIATIONS

APA	American Psychiatric Association
AQED	Association québécoise pour les enfants dyspraxiques
CLD	Centres locaux de développement
CLE	Centres locaux d'emplois
CO-OP	Cognitive Orientation to daily Occupational Performance
CPE	Centre de la petite enfance
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CREDE	Centre Régional d'Ergothérapie pour le Développement de l'Enfant
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DCD	Developmental Coordination Disorder
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
EACD	European Academy of Childhood Disability
IRDPQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
TAC	Trouble d'acquisition de la coordination
TED	Trouble envahissant du développement

REMERCIEMENTS

Un énorme merci à Noémi Cantin qui a su me conseiller, mais surtout m'encourager et me motiver devant les nombreux défis à surmonter tout au long de ma rédaction.

1. INTRODUCTION

Depuis maintenant presque quatre ans, nous sommes étudiants au programme d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Dans quelques mois, nous entrerons sur le marché du travail comme ergothérapeute et devront décider dans quel contexte et auprès de quelle clientèle nous souhaiterons pratiquer. Les ergothérapeutes au Canada sont présents dans plusieurs milieux : centres hospitaliers, centres de réadaptation, écoles, commissions scolaires, centres jeunesse, ainsi qu'en clinique privée (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2012). Au cours de mon cheminement en ergothérapie, j'ai développé un intérêt afin de démarrer une pratique privée en ergothérapie se spécialisant auprès d'une clientèle enfant. Plus particulièrement, l'une des clientèles visées serait les enfants ayant des difficultés motrices caractéristiques du trouble d'acquisition de la coordination (TAC). Le démarrage d'une pratique privée en ergothérapie implique une variété d'étapes dont celle de rédiger un plan d'affaires (Réseau Entreprises Canada, 2012). D'ailleurs, ces étapes peuvent être plus difficiles à effectuer pour les ergothérapeutes en raison de l'absence de certains cours dans leur formation, comme des cours en gestion, qui leur permettraient d'acquérir les notions nécessaires au démarrage d'une pratique privée. De plus, pour démarrer une pratique privée auprès de la clientèle des enfants ayant un TAC, cela implique la connaissance des problématiques vécues par cette clientèle ainsi que la connaissance des pratiques existantes en ergothérapie pour répondre à leurs besoins spécifiques. L'objectif de cet essai sera donc, de développer un plan d'affaire visant le démarrage d'une clinique

privée en ergothérapie qui répondra aux besoins particuliers des enfants ayant des difficultés motrices caractéristiques du TAC. Pour ce faire, le TAC sera introduit dans la prochaine section afin de décrire la clientèle visée par cette pratique privée. Ensuite, les éléments essentiels d'un plan d'affaires seront présentés pour offrir le cadre théorique sur lequel le reste de l'essai sera construit. Finalement, en discussion, les défis propres aux cliniques privées d'ergothérapie seront explorés.

2. PROBLÉMATIQUE

Il est estimé que 5-6 % des enfants d'âge scolaire présentent des difficultés motrices caractéristiques du TAC (American Psychiatric Association [APA], 2000). Selon le *Diagnostic and Statistical Manual*, 4^e édition révisée (DSM-IV TR), le TAC est un trouble neurodéveloppemental se caractérisant par un rendement dans les activités quotidiennes nécessitant une coordination motrice en dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge chronologique de l'enfant et de son niveau intellectuel (APA, 2000). Cela peut se traduire par des retards importants dans les étapes du développement psychomoteur (ex : ramper, s'asseoir, marcher). Cela se caractérise également par le fait de laisser tomber des objets, par de la « maladresse », un mauvais rendement dans les activités sportives ou encore dans les activités scolaires telles l'écriture. Ces difficultés interfèrent de façon significative avec la réussite scolaire et les activités de la vie quotidienne. Toutefois, le TAC n'est pas dû à une affection médicale générale et ne répond pas aux critères d'un Trouble envahissant du développement (TED). De plus, s'il existe un retard mental, les difficultés motrices dépassent celles habituellement associées à celui-ci (APA, 2000).

Les difficultés motrices des enfants ayant un TAC interfèrent de façon significative avec les activités de la vie quotidienne, et ceci, dès le plus jeune âge. Ces enfants vivent déjà des problématiques lorsque vient le moment de participer à des activités dites typiques de l'enfance (Bouffard, Watkinson, Thompson, Causgrove Dunn,

& Romanow, 1996; Smyth & Anderson, 2000). Comme les résultats de certaines recherches l'ont démontré, la participation des enfants dans ces activités typiques de l'enfance influence non seulement la santé, mais aussi l'estime de soi et l'adaptation sociale (Kleiber, 1999; Larson, 2000). Au quotidien, les difficultés peuvent être, par exemple, de faire des boucles ou apprendre à écrire son nom. À la garderie, des difficultés peuvent se manifester lorsque l'enfant tente de colorier, de coller ou d'utiliser des ciseaux. Dans les loisirs, les difficultés peuvent être de monter sur une glissade, de lancer ou d'attraper une balle ou de participer à des jeux avec d'autres enfants. Si le TAC n'est pas identifié très tôt, ces enfants peuvent alors vivre du découragement face aux activités scolaires et de jeu (Missiuna, 2010). Ces difficultés peuvent ensuite avoir des effets significatifs sur le rendement scolaire, sur l'aspect psychosocial et même à plus long terme sur la vie professionnelle (Cantell, Smyth, & Ahonen, 1994; Hellgren, Gillberg, Gillberg, & Ennerrskog, 1993). Contrairement à certaines croyances sur le TAC qui suggèrent que l'incapacité disparaîtra au fur et à mesure que l'enfant se développera, des études longitudinales ont démontré que les troubles moteurs persistent jusqu'à l'âge adulte et que le TAC peut mener à des problématiques importantes à long terme incluant un risque élevé de difficultés sociale, émotionnelle, académique et psychiatrique (Rasmussen & Gillberg, 2000). Comme le TAC est un diagnostic médical reconnu, il est essentiel de le traiter comme un problème de santé et non seulement comme un problème au niveau du développement ou comme un problème scolaire par exemple.

Le TAC est toutefois un trouble encore méconnu à ce jour dans le réseau de la santé, et ce, malgré la rencontre qui a eu lieu en 1994, *The International Consensus Meeting on Children and Clumsiness*. Cette rencontre avait pour but de mettre en évidence les plus récentes données concernant cette incapacité et d'en arriver à un consensus international sur sa description, sa définition, son évaluation, son traitement et sur son appellation. D'ailleurs, avant cette rencontre consensus, plusieurs disciplines s'interrogeaient sur cette incapacité qui était alors identifiée sous différentes appellations telles que syndrome de l'enfant maladroit, dyspraxie, problèmes moteurs légers (Vaivre-Douret et coll., 2011). Bien que la situation s'améliore au Canada quant à la connaissance de ce qu'est le TAC, de nombreux médecins et professionnels de la santé ne connaissent pas le terme TAC et ne se sentent pas équipés pour poser un tel diagnostic (Missiuna, Gaines, & Soucie, 2006). Les ergothérapeutes ont un rôle primordial à jouer quant à l'établissement du diagnostic en faisant part de leurs observations au médecin (Missiuna, Rivard, & Pollock, 2011).

Malheureusement pour ce qui est des services publics offerts en ergothérapie pour les enfants ayant un TAC, c'est souvent ceux-ci qui subissent les premiers les conséquences des coupures budgétaires lorsque les services sont limités (Missiuna, 2010). De plus, si l'enfant fréquente déjà l'école, les listes d'attente sont beaucoup plus longues en centre de réadaptation pour qu'ils reçoivent des services. Les parents peuvent donc se retrouver devant des listes d'attente de 10 à 18 mois, l'équivalent d'une à deux années scolaires (Johal, 2002). Les services en privé peuvent alors devenir une option intéressante puisque les listes d'attentes sont généralement moins importantes, ce qui

facilite la prise en charge de l'enfant plus rapidement. L'objectif de cet essai est donc de développer un plan d'affaires visant le démarrage d'une clinique privée en ergothérapie qui répondra aux besoins particuliers des enfants ayant des difficultés motrices caractéristiques du TAC.

3. CADRE THÉORIQUE

Le démarrage d'une pratique privée en ergothérapie implique une variété d'étapes, dont l'établissement d'un plan d'affaires.

Selon Réseau Entreprise Canada (2012), le plan d'affaires est un document écrit qui décrit notre entreprise, ses objectifs et ses stratégies, le marché que nous visons, ainsi que nos prévisions financières. L'objectif du plan d'affaires est entre autres de simuler les activités de notre entreprise pour les deux à trois années suivant l'ouverture afin de savoir si notre projet sera profitable ou non. C'est un document également indispensable pour obtenir du financement auprès des gouvernements et des institutions financières. De plus, même si un plan d'affaires peut varier d'un autre plan d'affaires quant à la longueur et la portée, tous les plans d'affaires ont des éléments communs.

Les sections que pourrait inclure un plan d'affaires selon Réseau Entreprises Canada (2012) sont : le résumé; la stratégie d'affaires; la stratégie de marketing; le plan opérationnel; l'analyse des forces, des faiblesses, des possibilités et des menaces; le plan des ressources humaines; la stratégie de responsabilité sociale; la stratégie d'affaires électroniques et les prévisions financières et autres renseignements.

Par contre, après discussion auprès d'un expert (Denis Pigeon, président et chef de direction du restaurant Normandin), neuf différentes sections principales ont été

identifiées pour structurer le plan d'affaires. Ces sections ont été identifiées suite à l'analyse, avec l'expert, des différentes sections proposées par Réseau Entreprise Canada (2012) ainsi que selon son expérience.

Ces sections comprennent :

1. **La présentation/CV** : Pour convaincre, par exemple, les institutions financières à qui le plan d'affaires pourrait être présenté afin d'obtenir du financement, il est important de présenter qui nous sommes, ce que nous avons fait (études, emplois, formations), nos compétences et tous autres éléments qui nous démarquent de la compétition et qui viennent appuyer notre compétence pour offrir les services ainsi que la qualité des services offerts par la clinique.
2. **La description des services** : Cette section fait la description de ce que la clinique a à offrir comme services et approches afin de répondre aux besoins de la clientèle ciblée.
3. **La mission** : Selon le livre *Business in Clinical Practice : How to get there from here* (Hopkins-Rosseel & Roulston, 2007), la mission devrait être une représentation simple et claire du but de l'entreprise. Elle devrait communiquer la nature et les valeurs de l'entreprise. Elle devrait être écrite au présent et illustrer les buts principaux de notre pratique. La mission devrait contenir les éléments suivants : la population, le but principal des services, l'étendue des services, l'efficacité des services, le

rendement et la philosophie. D'un autre point de vue, selon Réseau Entreprises Canada (2012), la mission se veut être la raison d'être de l'entreprise et énonce la vision ainsi que les principaux objectifs de la clinique.

4. **L'étude de marché** : Elle comprend un ensemble de stratégies qui permet de mesurer, d'analyser et de comprendre les comportements, les appréciations, les besoins et les attentes d'une population définie (Réseau Entreprises Canada, 2012). Les données de l'étude de marché peuvent être obtenues de diverses façons (ex. un sondage ou un questionnaire, une entrevue avec des spécialistes du domaine ou avec des clients potentiels, une recherche de l'information sur Internet et dans des bases de données spécialisées) (Interforce Marketing, 2012). L'étude de marché permet de recueillir de l'information sur les besoins de la clientèle visée par une future pratique en privé, sur la demande pour les services que l'on veut offrir ainsi que sur la concurrence potentielle, et ce, en répondant à des questions (Réseau Entreprises Canada, 2012), telle que :
 - a. Qui sont nos clients?
 - b. Quelles sont les tendances actuelles dans notre secteur d'activités?
 - c. Qui sont nos concurrents? Quelles sont leurs forces et leurs faiblesses?

5. **Les forces et opportunités** : Cette section comprend les éléments qui distinguent la clinique des concurrents ainsi que les particularités qui en font une clinique de choix pour la clientèle ciblée.
6. **Le projet**, qui comprend :

La phase de démarrage : Elle correspond au lancement de la clinique. Durant cette période, l'offre de services progresse lentement et les profits sont minimes. L'objectif durant cette phase est de faire connaître les services aux clients et aux référents potentiels. Durant la phase de démarrage, de nombreuses dépenses sont souvent faites en publicité et pour d'autres produits de promotion afin de sensibiliser les clients et les référents aux services (Pettigrew, Gauvin, & Menvielle, 2007).

La phase de croissance : Elle se caractérise par une augmentation rapide de la quantité de clients. C'est en phase de croissance qu'on commence à apporter des modifications aux services offerts (Pettigrew, Gauvin, & Menvielle, 2007).

La phase de maturité : Elle se caractérise par le ralentissement de l'augmentation de la clientèle. Pour éviter la phase de déclin qui se veut, être la dernière phase du cycle de vie et qui se produit quand les profits commencent à diminuer, il faut revoir l'offre de services et innover (Pettigrew, Gauvin, & Menvielle, 2007).

7. **Les ressources humaines** : Cette section comprend la quantité d'employés et le choix du personnel qu'il est prévu d'avoir en fonction de l'évolution de la clinique au travers des années.
8. **La mise en marché** : Elle comprend entre autres les stratégies de marketing qui permettront de faire connaître la clinique et ses services aux clients et aux principaux référents visés. Cette section comprend aussi la description des prix des services.
9. **La dimension financière** : Cette section illustre l'aspect financier de la clinique au travers des années. Elle comprend le pro forma qui correspond aux revenus et aux dépenses de la clinique. Cette section comprend aussi le budget de caisse qui correspond aux prévisions des rentrées et des sorties de fonds (ex. remboursement d'emprunts, paiement d'impôts) de la clinique pour les cinq premières années de vie de celle-ci.

4. MÉTHODOLOGIE

4.1 Plan d'affaires

4.1.1 Présentation/CV. Cette section de l'essai a été construite à partir des éléments de ma formation qui selon moi démontrent mes compétences et mon expertise auprès de la clientèle visée par la clinique, soit les enfants ayant un TAC.

4.1.2 Descriptions des services. Pour un ergothérapeute voulant débiter sa pratique en privée, il peut être important de déterminer la meilleure pratique à avoir et donc, de s'appuyer sur les données probantes. Pour déterminer le type de services offerts, une recension compréhensive des écrits a donc été faite. Le but de celle-ci était de prendre connaissance des pratiques qui ont été démontrées comme étant les plus efficaces auprès des enfants ayant un TAC et ainsi déterminer la meilleure pratique à avoir.

Les études ont été recherchées au travers de différentes bases de données, dont CINAHL, Medline, PsychINFO, Scopus et Cochrane. Les études sélectionnées devaient être comprises entre 1994 et 2012. Les mots clés utilisés ont été : developmental coordination disorder (DCD), diagnosis, evaluation, treatment, intervention, approaches, occupational therapy. De plus, seuls les guides de pratique et les études de niveau 1 traitant des évaluations et interventions en ergothérapie auprès des enfants ayant un TAC

furent considérés pour cet essai. Les guides de pratiques sont des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données (Lohr & Field, 1992). De plus, l'élaboration d'un guide de pratique implique entre autres que les biais potentiels aient été pris en compte de façon adéquate, que la validité interne et externe soit assurée et qu'elles soient applicables en pratique. Pour ces raisons, on peut considérer le guide de pratique comme étant un bon outil pour permettre aux cliniciens de prendre connaissance rapidement des lignes directrices à suivre pour une problématique en particulier.

4.1.3 Mission. Pour construire la mission, la lecture du livre *Business in Clinical Practice : How to get there from here* (Hopkins-Rosseel & Roulston, 2007) ainsi que la consultation du site internet de Réseau Entreprise Canada ont été faites en premier lieu. De plus, les missions de différentes entreprises (ex. Restaurant Normandin) ainsi que celles des autres cliniques privées desservant la clientèle visée par la clinique, soit les enfants ayant un TAC, ont aussi été prises en considération afin de s'en inspirer.

4.1.4 L'étude de marché. Dans le cadre de cet essai, les moyens entrepris pour recueillir de l'information et ainsi, répondre aux trois principales questions furent la consultation d'expert, l'utilisation d'un questionnaire destiné à des ergothérapeutes œuvrant auprès de cette clientèle en clinique privée ainsi que de la recherche sur Internet.

a. Qui sont nos clients?

La clientèle a été déterminée après discussion avec un expert. La clientèle a été choisie entre autres en fonction des besoins et des problématiques vécus par celle-ci. Le nombre d'études concernant les problématiques et les interventions à faire auprès de la clientèle a aussi été un élément décisif dans le choix de la clientèle afin d'avoir une meilleure compréhension des besoins et des services pertinents à offrir.

b. Quelles sont les tendances actuelles dans le secteur d'activités?

Pour cerner les services actuellement offerts auprès de la clientèle TAC en clinique privée, une recherche sur le site Internet de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ, 2012) a été effectuée afin d'identifier les ergothérapeutes qui pratiquent en clinique privée dans la ville de Québec, lieu d'établissement prévu pour ma future clinique. Plus précisément, le but de cette recherche était de déterminer les ergothérapeutes qui pratiquent en clinique privée dans la ville de Québec auprès d'une clientèle enfant catégorisée comme ayant un trouble du développement moteur ou intellectuel par le site de l'OEQ. Par la suite, chacune des cliniques privées ciblées a été contactée par courriel où un questionnaire maison (voir Annexe 1) a été joint au message afin de recueillir de l'information sur les cliniques. Le but du questionnaire était premièrement de savoir si les enfants ayant un TAC faisaient partie de la clientèle ciblée par la clinique. Si c'était le cas, les ergothérapeutes devaient répondre aux questions suivantes : est-

ce que les enfants ont le diagnostic TAC, quel type de défi occupationnel les enfants rencontrent-ils, quels services sont offerts pour les enfants ayant un TAC, quel type d'interventions sont faites, quelle est la fréquence et durée moyenne des interventions et quel est le type d'approche utilisé. Des questions plus générales étaient aussi incluses dans la deuxième partie du questionnaire qui avait pour but d'identifier les clientèles principalement desservies par la clinique privée ainsi que les coûts moyens des services.

c. Qui sont nos compétiteurs?

La recherche faite sur le site de l'OEQ a aussi permis de cerner les compétiteurs potentiels. De plus, les infos recueillies via le questionnaire envoyé aux cliniques ainsi que les recherches sur les sites Internet des cliniques privées ont permis de cerner les forces et les faiblesses de chacune des cliniques identifiées comme étant un compétiteur potentiel.

4.1.5 Forces et opportunités. Pour déterminer les forces et les opportunités de la clinique, il a fallu identifier dans un premier temps les compétiteurs ainsi que leurs forces et leurs faiblesses. La recherche faite sur le site de l'OEQ a permis de cerner les compétiteurs potentiels. De plus, les infos recueillies via le questionnaire envoyé aux cliniques ainsi que les recherches sur les sites Internet des cliniques privées ont permis de cerner les forces et les faiblesses de chacune des cliniques privées identifiées comme étant un compétiteur potentiel. C'est le recueil de toutes ces informations qui a donc

permis d'identifier les avantages concurrentiels que pourrait avoir la clinique et de déterminer ce qui pourrait différencier la clinique de la concurrence.

4.1.6 Projet. Cette section de l'essai a été construite à partir de discussions avec un expert (Denis Pigeon, président et chef de direction du restaurant Normandin) afin d'imaginer un scénario réaliste par rapport à l'évolution de la clinique au cours de ses premières années de vie. L'information a été divisée selon les différentes phases par lesquelles évolue une entreprise, soit les phases de démarrage/introduction, de croissance et de maturité.

4.1.7 Ressources humaines. Cette section de l'essai a été construite à partir de discussions avec un expert (Denis Pigeon, président et chef de direction du restaurant Normandin) afin d'identifier quels types de ressources humaines seront nécessaires pour le bon fonctionnement de la clinique tout en se fiant à l'évolution et aux moyens financiers de celle-ci.

4.1.8 Mise en marché. Cette section de l'essai a été construite à partir de discussions avec un expert (Denis Pigeon, président et chef de direction du restaurant Normandin). Elle a aussi été établie en se basant sur les outils de communication abordés dans le livre *Le Marketing* (Pettigrew, Gauvin, & Menvielle, 2007) afin de cibler les meilleurs moyens pour effectuer la mise en marché de la clinique. Finalement,

la mise en marché a aussi été établie en s'inspirant des méthodes utilisées par les autres cliniques privées pour promouvoir les services de leur clinique (ex. site Internet).

4.1.9 Dimension financière. Cette section de l'essai a été construite grâce à l'aide d'un expert (Denis Pigeon, président et chef de direction d'entreprise du restaurant Normandin) qui a fait appel à ses experts comptables pour la construction d'un tableau (voir Annexe 3) illustrant l'aspect financier de la clinique. Ce tableau comprend le pro forma qui correspond aux revenus et aux dépenses de la clinique. Le tableau comprend aussi le budget de caisse qui correspond aux prévisions des rentrées et des sorties de fonds (ex. remboursement d'emprunts, paiement d'impôts, etc.) de la clinique pour les cinq premières années de vie de celle-ci.

5. RÉSULTATS

5.1 Plan d'affaires (voir Annexe 4 pour avoir un aperçu du plan d'affaires final)

5.1.1 Présentation/CV. Comme je suis en train de compléter ma formation à l'université, mes expériences sont plutôt limitées, mais il reste toutefois important d'énoncer les points de ma formation qui démontrent mes compétences. Durant ma formation, j'ai fait un stage de deux mois auprès de la clientèle enfant au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Trois-Rivières. J'ai été embauchée par la suite en tant que préposée en ergothérapie. Ce stage et cet emploi m'ont permis d'acquérir une expérience auprès de la clientèle enfant ayant différentes problématiques (TAC, retard de développement, TED, etc.). J'ai pu approfondir davantage mes connaissances sur le rôle de l'ergothérapeute auprès de la clientèle enfant grâce à des cours offerts par le programme de Maîtrise en ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ces cours abordaient en profondeur certaines problématiques vécues par la clientèle enfant, dont le TAC.

5.1.2 Description des services. Les enfants ayant un TAC forment un groupe hétérogène en raison des difficultés de coordination pouvant être très variées. Elles peuvent autant être au niveau de la motricité globale, de la motricité fine ou même des deux (Szklut & Breath, 2001; Dewey & Wilson, 2001; Polatajko, 1999). D'ailleurs, puisque ces enfants représentent un groupe hétérogène, il peut alors être difficile de faire

un choix sur ce qui est préférable de faire comme interventions auprès de cette clientèle. Les enfants ayant un TAC sont fréquemment référés vers des services d'ergothérapie durant leurs premières années scolaires. La majorité des enfants référés le sont pour des difficultés dans les activités de motricité fine demandant de la coordination (ex. écriture) ou de motricité globale, particulièrement dans les sports (Miller, Missiuna, Macnab, Malloy-Miller, & Polatajko, 2001).

Les approches typiquement utilisées auprès des enfants TAC se divisent en deux principales catégories, soit celles *orientées sur le déficit*, développées dans les années 1960 et 1970 (Kielhofner, 1997) et celles *orientées sur l'activité*, plus récemment utilisées et amenées par un changement de pensées dans la littérature scientifique (Mandich, Polatajko, Missiuna, & Miller, 2001). Selon les interventions considérées comme étant *orientées sur le déficit*, la performance motrice serait le résultat du fonctionnement des systèmes nerveux et musculosquelettiques (Mandich, Polatajko, Missiuna, & Miller, 2001; Kielhofner, 1997). Le but de l'intervention est alors de corriger les fonctions et les structures du corps ayant un déficit afin d'améliorer la performance motrice et donc, ultimement, la participation dans une occupation (Gentile, 1992; Henderson, 1986; Larkin & Hoare, 1992). Certaines approches telles que l'approche d'intégration sensorielle, l'approche sensori-motrice et l'approche neurodéveloppementale en sont des exemples. Pour ce qui est des interventions considérées comme étant *orientées sur l'activité*, on se centre alors sur la performance dans une tâche ou une activité ainsi que l'interaction entre la personne, la tâche et

l'environnement (Shumway-Cook, & Woollacott, 2001; Schmidt, 1988) et ce, dans le but d'améliorer la participation dans une occupation. Les approches telles que *l'enseignement direct des compétences* (direct skills teaching) et les *approches de type cognitives* (cognitive-based) en sont des exemples. Les résultats de la revue de la littérature effectuée par Polatajko et Cantin (2005) restent peu concluants en ce qui concerne la catégorie d'approches *orientées sur le déficit*. Par contre, les données de recherches appuient positivement la catégorie d'approches *orientées sur l'activité* et surtout en ce qui concerne l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP). D'ailleurs, depuis le début des années 1990, les approches cognitives, dont l'approche CO-OP, font l'état de recherches qui offrent des résultats prometteurs (Sugden, 2007). Selon les études, l'approche CO-OP offre des résultats positifs lorsque le format des séances d'intervention correspond à une séance de une heure par semaine étendue sur dix semaines ou deux séances de une heure par semaine étendue sur cinq semaines (Polatajko & Mandich, 2004).

En 2011, l'European Academy of Childhood Disability (EACD), une association académique de professionnels travaillant auprès d'enfants en situation de handicap à travers l'Europe, a émis un guide de pratique offrant des lignes directrices par rapport à la définition, le diagnostic, l'évaluation et l'intervention au sujet du TAC. Ce guide de pratique a été approuvé par les sociétés médicales et thérapeutiques de la Suisse et de l'Allemagne lors de deux conférences consensus (à Maulbronn en Allemagne le 26/27 mars 2010 et le 15/16 juillet 2010) supervisées par l'*Association of the Scientific*

Medical Societies. Les recommandations du guide de pratique spécifient, dans un premier temps, que considérant la définition du TAC par le DSM-IV TR, les enfants ayant un TAC devraient recevoir des interventions. De plus, il y a des évidences suffisantes pour suggérer que des interventions en ergothérapie et en physiothérapie sont bénéfiques pour un enfant ayant un TAC comparativement à la situation où l'enfant ne recevrait aucune intervention. Au niveau des interventions, l'EACD recommande d'utiliser *l'approche orientée sur l'activité* pour améliorer la participation dans les tâches motrices. L'EACD rapporte aussi qu'il y a un niveau d'évidence élevé par rapport aux bénéfices qu'apportent les interventions centrées sur le développement d'habiletés spécifiques (specific skill interventions) chez les enfants ayant un TAC. Ce type d'interventions travaille sur l'enseignement des activités de la vie quotidienne et sur d'autres habiletés qui stimulent l'enfant à participer que ce soit à la maison, à l'école, dans ses loisirs et dans les sports. Au niveau de *l'approche orientée sur l'activité*, il est aussi suggéré d'utiliser l'approche CO-OP en ergothérapie. En ce qui concerne *l'approche orientée sur le déficit*, l'EACD stipule que les interventions qui ont pour but d'améliorer les fonctions et les structures du corps peuvent être efficaces, mais qu'il semble qu'elles le sont moins que les *approches orientées sur l'activité* pour améliorer la participation dans les activités chez les enfants ayant un TAC. Finalement, l'EACD recommande aux professionnels d'éduquer et d'encadrer les parents et les enseignants afin de les encourager à avoir une attitude positive et de support ainsi que de reconnaître et de comprendre les problèmes spécifiques de l'enfant ayant un TAC. En faisant participer les parents et les enseignants, cela permet à l'enfant d'avoir davantage

d'opportunités pour améliorer ses habiletés motrices et sa participation dans les activités de la vie quotidienne.

5.1.3 Mission. La mission de la clinique est celle d'optimiser l'engagement occupationnel en offrant des services en ergothérapie en travaillant en collaboration avec l'enfant ayant un TAC, sa famille ainsi que toutes autres personnes faisant partie de son environnement social. Elle s'engage à offrir des services basés sur les plus récentes évidences scientifiques.

5.1.4   tude de marché

a. Qui sont les clients?

La clientèle visée par cette pratique est celle des enfants ayant TAC. Cette clientèle s'avère en être une de choix pour une pratique en privé puisque malheureusement, pour ce qui est des services publics offerts en ergothérapie pour les enfants ayant un TAC, c'est souvent ceux-ci qui subissent les premiers les conséquences des coupures budgétaires lorsque les services sont limités. De plus, le TAC est encore un trouble méconnu dans le réseau de la santé. Les problématiques de ces enfants ne sont bien souvent pas prioritaires malgré leurs problématiques bien réelles pouvant avoir des conséquences à long terme si aucune intervention n'est mise en place. Sans compter qu'il y a une demande grandissante auprès de la clientèle des enfants TAC puisqu'il est estimé que 5-6

% des enfants d'âge scolaire présentent des difficultés motrices caractéristiques du TAC (APA, 2000).

b. Quelles sont les tendances actuelles dans le secteur d'activités?

Malgré ce qu'apportent les données probantes, on peut tout de même se questionner à savoir ce qui est véritablement fait dans la pratique et surtout ce qui est fait par nos compétiteurs. Ceci nous permettant de savoir si ce sont véritablement les *approches orientées sur l'activité* qui sont utilisées, comme conseillées par les données probantes. Si ce n'est pas le cas, cet élément pourra être une force au niveau des services offerts par la clinique d'où l'intérêt d'aller questionner les différentes cliniques privées de la ville de Québec qui seront mes compétiteurs potentiels. Au total, cinq cliniques privées ont été sélectionnées sur le site de l'OEQ, soit la Clinique de réadaptation Hippo-Action inc., la clinique Enoya, la clinique Ergo-l'Escargot, la clinique Ergosum et finalement le Centre régional d'ergothérapie pour le développement de l'enfant (CREDE). Sur les cinq cliniques sélectionnées, quatre ont donné réponse au questionnaire. Le CREDE n'a pu faire suite au questionnaire en raison du manque de temps et faute de ressources humaines.

Pour ce qui est des informations recueillies via le questionnaire (voir Annexe 2), de façon générale, toutes les cliniques ont parmi leur clientèle les enfants ayant un TAC et ces enfants n'ont pas toujours un diagnostic lorsqu'ils sont vus par le

ou les ergothérapeutes de la clinique. C'est souvent l'ergothérapeute qui va poser l'hypothèse du diagnostic et qui aura à référer l'enfant susceptible d'avoir un TAC vers les ressources nécessaires par la suite (neuropédiatres, centre de réadaptation, etc.). De façon plus précise, pour la Clinique de réadaptation Hippo-Action inc., les approches utilisées auprès des enfants ayant un TAC sont l'intégration sensorielle et l'approche neurodéveloppementale qui sont des *approches centrées sur le déficit*. Pour la clinique Enoya, l'approche principalement utilisée auprès des enfants ayant un TAC est l'approche CO-OP, une *approche centrée sur l'activité*. Pour la clinique Ergo-L'Escargot, les thérapies sont bâties en combinant l'intégration sensorielle, l'approche CO-OP ainsi que différents programmes de thérapie connus en ergothérapie (ex. ABC BOUM, Callirobics, Write From The Start pour l'écriture) donc autant *l'approche centrée sur l'activité* que celle *centrée sur le déficit*. Finalement, pour la clinique Ergosum, les approches utilisées sont celles de l'intégration sensorielle, l'approche CO-OP ainsi que l'approche développementale ce qui correspond encore une fois autant à *l'approche centrée sur l'activité* que celle *centrée sur le déficit*.

c. *Qui sont nos compétiteurs?*

Selon les données de 2010 de l'OEQ, 80 % des ergothérapeutes travaillent dans le secteur public, principalement dans les établissements du réseau public de la santé et des services sociaux tandis que 20 % des ergothérapeutes travaillent dans

le secteur privé, et ce, pour toute clientèle confondue. Comme l'on dénombre cinq cliniques privées en enfance dans le secteur des régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches et étant donné qu'il y a, selon l'OEQ, un total de vingt-quatre cliniques privées dans la province de Québec qui desservent une clientèle enfant de 0-17 ans ayant un trouble du développement moteur ou intellectuel, on peut alors compter que 20 % des cliniques de la province de Québec se retrouvent dans les régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches confondues. On peut donc considérer que la compétition est forte d'où l'intérêt de déterminer les forces et les faiblesses de chacune des cliniques privées qui desservent la même région que celle que nous avons ciblée pour offrir nos services afin d'identifier comment nous distinguer. Les compétiteurs potentiels sont donc les cinq cliniques privées identifiées par le site de l'OEQ comme desservant une clientèle enfant comprise entre 0-17 ans catégorisée comme ayant un trouble du développement moteur ou intellectuel, soit la Clinique de réadaptation Hippo-Action inc., la clinique Enoya, la clinique Ergo-l'Escargot, la clinique Ergosum et finalement le CREDE. En ce qui concerne les forces et faiblesses de chacune des cliniques :

Pour la Clinique de réadaptation Hippo-Action inc., la principale force est d'offrir un service d'hippothérapie soit la thérapie assistée par le cheval, un service qui n'est pas offert dans les autres cliniques et donc, qui les distingue de la compétition. De plus le coût de l'évaluation est moins cher que les autres

cliniques. L'un des points plus négatifs reste l'utilisation d'une approche centrée sur le déficit qui, auprès des enfants ayant un TAC, n'a pas démontré son efficacité selon les études faites sur le sujet.

Pour la clinique Enoya, la principale force est d'offrir une multitude de services tels que des services d'ergothérapie, de physiothérapie, de psychologie, de neuropsychologie, de nutrition et d'éducation spécialisée, ce qui permet un travail multidisciplinaire et donc, de conjuguer les différentes expertises pour aider l'enfant dans sa problématique. Cette clinique travaille étroitement en équipe avec les services publics. Les fréquences de suivi dépendent alors du temps de prise en charge par ces services publics, ou des ressources financières du parent, ce qui a pour bénéfice qu'il n'y pas de rétention de clientèle et que les interventions sont orientées vers les ressources qui gravitent autour de l'enfant (parents, Centre de la petite enfance [CPE], écoles, médecins, etc.). D'ailleurs, au niveau des coûts, ils sont faits sur mesure donc toujours centrés sur les besoins des clients.

Pour la clinique Ergo-L'Escargot, la principale force est le côté plus « familial » de la clinique dirigée par deux ergothérapeutes qui sont avant tout des mamans; des mamans passionnées par les enfants et leur développement. De plus, la clinique met l'emphasis sur des services offerts en milieu de vie (à la maison, à l'école et au CPE). Étant dans un environnement connu, la période d'adaptation

en début d'évaluation se trouve ainsi minimisée. Offrir des services en milieu de vie permet aussi au thérapeute d'adapter ses recommandations et exercices en fonction de la réalité que vit la famille. Mais surtout, une telle « clinique mobile » évite au parent toute logistique d'un déplacement à l'extérieur avec des enfants. Pour ce qui est des points plus négatifs, les coûts d'évaluation de cette clinique sont plus élevés qu'ailleurs.

Pour la clinique Ergosum, les principales forces concernent les services offerts : des services en ergothérapie, en orthophonie et en orthopédagogie. Ces services ne sont pas offerts dans les autres cliniques privées. En plus des services cliniques, Ergosum offre aussi un service de formations et de conférences afin d'aider les parents et les intervenants à mieux répondre aux besoins des enfants. Le service clinique d'Ergosum se fait aussi en milieu de vie, bien qu'un service en clinique est aussi disponible.

Finalement pour la clinique CREDE, les forces concernent entre autres leur équipe de 9 ergothérapeutes. CREDE offre des services dans des locaux originaux hors du commun et on a leur disposition des équipements à la fine pointe de la technologie. Les services sont personnalisés, offerts en clinique, à l'école, au CPE ou à la maison. La clinique dessert la Rive-Sud et la Rive-Nord de Québec. CREDE a établi un partenariat avec d'autres professionnels (orthophoniste, psychologues, orthopédagogues) pour offrir un service complet et

simplifier la vie aux parents, et ce, en plus d'avoir une physiothérapeute en complément de leurs services. La clinique est ouverte la semaine, mais aussi durant les fins de semaine. Des formations, des groupes d'été, des conférences sont aussi offerts.

5.1.5 Forces et opportunités. Il a été établi que la clinique se distinguera des autres cliniques privées par le choix de sa clientèle, étant la seule exclusivement destinée aux enfants ayant un TAC, ainsi que par les connaissances et l'expertise que les professionnels y travaillant acquerront sur les enfants ayant un TAC. De plus, elle compte se distinguer en garantissant d'offrir des services de qualités basées sur les plus récentes données probantes. En offrant durant la première année des services exclusifs aux enfants ayant un TAC, cela permettra d'acquérir une expertise spécifique, en plus de permettre à cette clientèle, souvent mise de côté par les milieux, d'avoir des services assurés.

De plus, comme énoncé précédemment, les services publics offerts en ergothérapie pour les enfants ayant un TAC sont souvent ceux qui subissent les premiers les conséquences des coupures budgétaires lorsque les services sont limités (Missiuna, 2010), sans compter les listes d'attente beaucoup plus longues en centre de réadaptation pour que ces enfants reçoivent des services. Les services en privé sont alors une option intéressante, ce qui offre une opportunité pour la clinique d'avoir sa place.

De plus, la clinique vise une approche en milieu de vie, ce qui permettra à la clinique d'accommoder les parents en leur évitant de se déplacer, tout en offrant un contexte idéal pour l'enfant d'apprendre dans son environnement habituel.

5.1.6 Projet. Phase d'introduction/démarrage La première année sera donc consacrée à se créer une clientèle ainsi qu'à faire connaître la clinique. Durant cette première année, les services d'ergothérapie seront offerts en milieu de vie (maison, école, CPE) seulement. Le secteur desservi sera celui de la région de la Capitale-Nationale puisque la majorité des cliniques privées (3/5) sont situées sur la Rive-Sud de Québec et desservent donc, la région de Chaudière-Appalaches. De plus, le territoire de la Capitale-Nationale est moins grand à couvrir que celui de Chaudière-Appalaches, ce qui vient appuyer le choix du secteur à desservir considérant les déplacements à effectuer dans les milieux de vie de l'enfant.

Phase de croissance Dès la deuxième année, la clinique offrira des services en milieu clinique, et ce, tout en continuant d'offrir des services en milieu de vie. La clinique pourra alors se situer sur la Rive-Nord de Québec et étendre ses services en milieu de vie sur la Rive-Sud de Québec, soit au territoire de Chaudière-Appalaches. Pour ce faire, la location d'un local sera faite afin d'offrir les services d'ergothérapie dans un lieu physique. La clinique offrira des services d'évaluation en plus des services d'intervention permettant le dépistage des enfants ayant un TAC. Elle vise aussi à élargir sa clientèle entre autres aux enfants ayant un retard de développement. La clinique

projetée en plus d'offrir d'autres types de services tels que des formations et des conférences aux parents et/ou aux autres intervenants.

Phase de maturité Une fois les services et la clientèle établis, la clinique projetée de s'agrandir en s'associant à d'autres professionnels qui offriront des services connexes ce qui nécessitera de nouveaux locaux ou même une deuxième clinique permettant ainsi d'élargir l'offre de services ainsi que le territoire d'offre de services.

5.1.7 Ressources humaines. Après discussion avec un expert, il a été établi que durant la première année de vie de la clinique, il y aura un seul ergothérapeute chargé principalement de faire la promotion de la clinique et des services. Dès que possible, l'ergothérapeute aura aussi la responsabilité de débiter les interventions auprès des enfants ayant un TAC, et ce, sans oublier l'administration de la clinique. À ce moment, la clinique utilisera les services de secrétariat en frais partagés qui aura pour tâche de prendre les appels et de fixer les rendez-vous à l'agenda, ce qui ne peut être fait par le thérapeute lorsque celui-ci est sur la route ou en intervention. Les services de secrétariat à frais partagé seront aussi utilisés lors de la deuxième année. C'est à la troisième année qu'une secrétaire administrative à temps plein sera engagée. D'autres professionnels externes pourront être nécessaires au besoin et selon l'évolution de la clinique tels qu'un comptable, un fiscaliste.

À la deuxième année, avec l'ajout de l'offre de services en milieu clinique, la clinique devra joindre à son équipe un autre ergothérapeute. À ce moment, un des ergothérapeutes pourra alors donner les services en milieu de vie et l'autre en milieu clinique. Comme l'offre de services devrait augmenter encore lors de la troisième année, un troisième ergothérapeute sera de nouveau ajouté à l'équipe.

À plus long terme, il est prévu de s'associer à d'autres professionnels et collaborateurs qui offriront des services connexes (ex. médecin, physiothérapeute, psychoéducateur, intervenant social) afin d'augmenter l'offre de services. À ce moment, il faudra prévoir les locaux et le site en fonction d'une clinique spécialisée et multidisciplinaire.

5.1.8 Mise en marché. La promotion de la clinique sera principalement faite auprès des pédiatres, neuropédiatres et auprès des autres spécialistes médicaux équivalents ainsi qu'auprès du centre de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ). Ce choix est expliqué par le fait qu'ils peuvent être des référents potentiels pour la clinique. L'évaluation d'un médecin, souvent un spécialiste en neuropédiatrie ou pédiatre, est nécessaire pour émettre le diagnostic. Ce spécialiste éliminera les autres causes possibles telles que les causes neurologiques (déficience motrice cérébrale, atteinte lésionnelle, ataxie), génétiques (syndrome de Sotos, syndrome de Turner ou autres), sensorielles ou métaboliques (Fox & Lent, 1996). Par la suite, une fois le diagnostic de TAC émis, les enfants peuvent être référés en centre de réadaptation en

déficiences physiques (CRDP Chaudière-Appalaches, IRDPQ) (SOSDyspraxie, 2012). De la promotion sera aussi faite auprès d'organismes offrant des services aux enfants ayant un TAC tel que l'Association Québécoise pour les Enfants Dyspraxiques (AQED).

Le livre *Le Marketing* (Pettigrew, Gauvin, & Menvielle, 2007) a permis d'identifier certaines stratégies pour effectuer la mise en marché. Pour faire la promotion de la clinique, les stratégies seront premièrement de discuter avec les principaux référents visés et de leur distribuer des dépliants décrivant les points importants à connaître sur la clinique et les services offerts. La première année sera consacrée à se créer une clientèle ainsi qu'à faire connaître la clinique. Les efforts pour augmenter la clientèle seront poursuivis au courant de la deuxième année afin d'offrir des services en milieu clinique en plus des services en milieu de vie. D'ailleurs les déplacements pour offrir les services en milieu de vie sont une occasion de se faire de la publicité en affichant sur le véhicule le nom de la clinique et les services d'ergothérapie que celle-ci offre. De plus, comme Internet est une source d'information de plus en plus utilisée par la population afin de se renseigner et de chercher des services, un site Internet et une page Facebook seront construits pour promouvoir la clinique et les services offerts.

Un autre élément qui est à considérer dans la mise en marché est le prix des services. Selon l'information recueillie auprès des concurrents, le prix moyen pour une séance de thérapie est de 90 \$/h, tarif qui sera aussi celui de la clinique. Un bloc de dix rencontres, soit d'une séance d'une heure par semaine ou de deux séances d'une heure

par semaine sera aussi offert aux enfants ayant un TAC puisque, selon les études, l'approche CO-OP offre des résultats positifs lorsque le format des séances d'intervention correspond à une séance de une heure par semaine étendue sur dix semaines ou deux séances de une heure par semaine étendue sur cinq semaines (Polatajko & Mandich, 2004). Ces blocs de dix rencontres seront donc offerts à 900 \$. Il est toutefois prévu que les prix des services augmentent suite à la prise d'expérience et d'expertise. Lors de la troisième année, le prix sera donc de 95 \$/h pour finalement atteindre 100 \$/h à la quatrième année.

5.1.9 Dimension financière. Les experts comptables ont permis de développer un tableau (voir Annexe 3) illustrant l'aspect financier de la clinique.

Le pro forma

Les revenus :

Puisqu'il est prévu qu'un client soit suivi pendant dix semaines et qu'il rapporte 900 \$ à la fin de ces dix semaines et sachant qu'il est visé d'avoir en moyenne quatre clients/jour, ce qui fait 20 clients/semaine, ces 20 clients rapportent donc au bout des dix semaines de traitement 18 000 \$. De plus, comptant qu'il y a environ 50 semaines dans une année (5x10 semaines), au bout d'un an, en maintenant le rythme de 20 clients/semaine (qui sont les mêmes sur dix semaines), ils rapportent 90 000 \$. Ce qui totalise un nombre de 100 clients différents à la fin de l'année.

Pour être réaliste puisque la clinique sera en phase de démarrage et qu'il peut être difficile d'atteindre quatre clients/jour au départ, 70 clients différents seront donc visés à la fin de la première année au lieu de 100 clients. Ce qui donnera un revenu de 63 000 \$ après la première année. Pour la deuxième année, l'objectif sera de 133 clients, d'où le deuxième ergothérapeute à l'emploi, ce qui donnera un revenu de 120 000 \$. À la troisième année, le tarif augmentera à 95 \$/h et l'objectif sera de 263 clients, d'où le troisième ergothérapeute à l'emploi, ce qui donnera des revenus de 250 000 \$. À la quatrième année, le tarif augmentera à 100 \$/h et l'objectif sera de 320 clients, ce qui donnera des revenus de 320 000 \$. Finalement, à cinquième année, l'objectif sera de 400 clients, ce qui donnera des revenus de 400 000 \$ avec un tarif de toujours 100 \$/h et avec trois ergothérapeutes à l'emploi.

Les dépenses :

Les dépenses correspondront aux salaires des employés (direction, ergothérapeutes, secrétaire), aux charges sociales (régime de rentes, assurance maladie, etc.), à la publicité, aux frais de papeterie et d'impression, aux frais de cotisation pour être membre de l'OEQ, aux frais de déplacement, aux frais de télécommunications (cellulaire), aux assurances, aux charges locatives à partir de la deuxième année (location d'un local), aux frais d'honoraires professionnels (comptable), aux frais bancaires (chèques, etc.) et aux intérêts de 6 % sur les emprunts qui seront effectués.

Le budget de caisse

Le budget de caisse comprendra dans un premier temps les liquidités du début, qui correspond au montant d'argent qu'il y a dans le compte de banque en début d'année. Il comprendra aussi les bénéfices produits avant impôts en lien avec les revenus et les dépenses, décrits précédemment, produits durant l'année. Le budget de caisse comprendra aussi les montants d'emprunts effectués et leur remboursement. Un emprunt (marge de crédit de 10 000 \$ à payer sur cinq ans) sera fait à la première année pour subvenir aux dépenses qu'occasionnera le démarrage de la clinique. Un autre emprunt de 60 000 \$, à payer sur sept ans, sera effectué à la deuxième année pour couvrir entre autres les charges locatives. Finalement, le budget de caisse comprend les montants à verser chaque année pour payer les impôts. Ce qui donnera au final les liquidités de la fin soit le montant restant à la fin de l'année dans le compte de banque suite aux bénéfices produits et aux remboursements effectués.

Si lors des premières années, il y a un déficit, et ce, malgré le financement de la part des institutions financières (marge de crédit et emprunt), il est prévu d'aller chercher du financement auprès du gouvernement ou d'autres organismes tels que les centres locaux d'emplois (CLE), les centres locaux de développement (CLD) et les organismes accrédités par les CLD pour soutenir l'entrepreneuriat.

6. DISCUSSION

La pratique privée peut devenir une option intéressante lorsque les services viennent à manquer ou que les ressources au public deviennent insuffisantes, comme ce qui en est le cas avec les enfants ayant un TAC. Par contre, il existe certains obstacles au développement de la pratique privée pour les ergothérapeutes. Dans leur formation, les ergothérapeutes n'ont pas toujours l'opportunité d'acquérir les notions nécessaires pour le démarrage d'une pratique en privé, et ce, malgré le nombre augmentant sans cesse d'ergothérapeutes travaillant en clinique privée (Harms & Law, 2001). Pour les ergothérapeutes travaillant dans des établissements de soins ou des établissements à base communautaire, préparer une étude de marché ou un plan d'affaires n'est pas chose fréquente (Harms & Law, 2001). Par contre, il en est autrement pour ceux travaillant en clinique privée, d'où la nécessité de savoir comment les faire. C'est d'ailleurs ma méconnaissance des notions nécessaires au démarrage d'une pratique privée qui m'a amenée à faire appel à un expert pour m'aider à construire mon plan d'affaires.

Selon Sloggett, Kim & Cameron (2003), afin d'acquérir des compétences pour exercer dans ce domaine, les étudiants devraient avoir la possibilité de faire des stages en clinique privée. Toutefois, le nombre de stages offerts en clinique privée demeure restreint, et ce, malgré certains avantages pour la profession, pour le clinicien et pour le milieu clinique. Les raisons citées pour lesquelles les ergothérapeutes en clinique privée ne prenaient pas d'étudiants en stage, selon un sondage fait de la part de Bride &

Hawkes (1990), étaient d'être trop occupés pour certains, de ne pas avoir assez de travail pour d'autres, en raison des nombreuses responsabilités, en raison des coûts attribués aux services et en raison d'un horaire imprévisible.

En plus du manque d'opportunités au cours de la formation en ergothérapie pour acquérir les notions nécessaires au démarrage d'une pratique en privée, des défis propres à la pratique privée sont aussi à considérer en tant qu'ergothérapeute lorsque l'on veut avoir sa clinique privée. Les défis consistent entre autres au maintien de la compétence professionnelle ainsi qu'à l'implantation d'une pratique basée sur les données probantes.

Selon l'Australian Association of Occupational Therapist, la façon de maintenir une compétence professionnelle se définirait par la façon dont nous évaluons notre pratique et la façon dont nous maintenons et améliorons nos habiletés professionnelles et nos connaissances en fonction de cette évaluation. Selon l'étude de Courtney & Farnworth (2003), les barrières majeures au maintien d'une compétence professionnelle en pratique privée concernent l'isolement, le temps et le financement. L'isolement fait référence au manque de contact avec les pairs. Comme le contact avec les pairs favorise le partage et l'échange d'informations, c'est un moyen utile pour se garder à jour et donc, améliorer et augmenter ses connaissances. Cet isolement ne permettrait pas non plus l'appui des pairs, ce qui peut être un besoin lorsqu'un questionnement est soulevé et que l'avis d'un pair est alors requis. Par le fait même, selon la perception de plusieurs

cliniciens, la pratique dans le secteur public favoriserait l'exposition aux données probantes davantage que la pratique privée.

Le temps serait une autre barrière à la compétence professionnelle (Courtney & Farnworth, 2003). En pratique privée, du temps doit être attribué entre autres aux tâches administratives, ce qui a un impact sur le temps disponible. Ce même temps peut être utilisé pour participer à des formations ou pour faire de la recherche de données probantes dans le secteur public.

Finalement, le financement serait une autre barrière à la compétence professionnelle (Courtney & Farnworth, 2003). Cet aspect est lié à celui du temps puisqu'il concerne entre autres la perte de temps facturable. Pour participer à des activités de formation ou pour rechercher des données probantes, cela serait du temps perdu pour les revenus de la clinique privée. Le financement comprend aussi le coût des activités de formation qui n'est pas toujours possible d'inclure dans le budget de la clinique, surtout en période de démarrage.

De façon similaire, l'étude de Barrett & Paterson (2009) suggère que les barrières à l'implantation d'une pratique basée sur les données probantes sont l'isolement et le haut niveau de responsabilités. Conséquemment, la pratique basée sur les données probantes est perçue comme étant un poids supplémentaire aux demandes administratives, au temps et, finalement, à l'argent.

Ces différents défis identifiés représentent des éléments importants à considérer dans le démarrage d'une pratique privée, surtout lorsque l'un des objectifs de la clinique est celui de toujours s'engager à offrir des services basés sur les plus récentes évidences scientifiques. Barrett & Paterson (2009) ont toutefois identifié certaines solutions et stratégies pour contrer le défi que peut impliquer l'implantation d'une pratique basée sur les données probantes. Les auteurs classent les stratégies pour faciliter le changement en deux catégories, soit les facteurs internes et les facteurs externes. Les facteurs internes comprennent, dans un premier temps, nos propres valeurs. Au lieu de considérer la pratique basée sur les données probantes comme étant une perte de temps et d'argent, nous pourrions plutôt la considérer comme faisant partie du processus de soins d'un client qui a pour but d'offrir la meilleure pratique en ergothérapie. Les facteurs internes incluent aussi la peur entourant l'utilisation des données probantes. Cette peur concerne la crainte des cliniciens de ne pas avoir les habiletés et les compétences pour la recherche de données probantes et pour être critique face aux articles et à l'application des résultats dans la pratique. Un autre facteur interne concerne la résistance à partager les informations avec les concurrents. En travaillant ensemble, il serait possible de diminuer les problèmes tels que le manque de temps et la crainte par rapport au manque de compétences, et ce, en se partageant le travail de recherche ou en ayant des groupes de discussions. Les facteurs externes, quant à eux, concernent le partenariat avec des étudiants, d'avoir accès à une liste de ressources pertinentes et, finalement, le paiement d'une personne externe pour effectuer les recherches sur les bases de données, pour évaluer les articles trouvés et pour les résumer.

7. CONCLUSION

Au cours de mon cheminement en ergothérapie, j'ai développé un intérêt afin de démarrer une pratique privée se spécialisant auprès d'une clientèle enfant. Cet essai m'a permis de concrétiser ce désir d'avoir, dans ma future pratique, ma propre clinique privée.

Ce projet de développer un plan d'affaires visant le démarrage d'une clinique privée en ergothérapie qui répondra aux besoins particuliers des enfants ayant des difficultés motrices caractéristiques du TAC permet d'avoir une nouvelle avenue pour résoudre la problématique entourant les enfants ayant un TAC. Cette clientèle qui, malgré ses besoins spécifiques, doit faire face au manque de services et/ou aux longues listes d'attentes et n'a souvent pas accès aux services dont ils ont besoin.

Sans les apprentissages faits sur les différents éléments que comprend le démarrage d'une pratique privée, dont le plan d'affaires, et sans l'aide d'experts, ce projet aurait été difficilement réalisable. Pour cette raison, il pourrait être pertinent que durant la formation en ergothérapie, il soit possible d'en apprendre davantage sur les éléments que comprend le démarrage d'une pratique privée ou encore, que les étudiants puissent réaliser des stages en clinique privée qui risque d'en intéresser plusieurs.

La pratique privée amène toutefois son lot de défis à considérer, tels que le maintien des compétences professionnelles et l'implantation d'une pratique basée sur les données probantes. Il sera intéressant de réévaluer au travers des années suivant l'ouverture de la clinique si les besoins des enfants ayant un TAC peuvent être comblés par la clinique privée et si les défis énoncés ont été rencontrés et si certaines des solutions identifiées ont été réellement mises en place.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Ed., Text Revision). Washington, DC: Author.
- Barrett, D. & Paterson, M. (2009). *Evidence based practice in private practice occupational therapy: Perceptions, barriers and solution*. Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Bouffard, M., Watkinson, E. J., Thompson, L. P., Dunn, J. L. C., & Romanow, S. K. E. (1996). A test of the activity deficit hypothesis with children with movement difficulties. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 13(1), 61-73.
- Bridle, M., & Hawkes, B. (1990). A survey of Canadian occupational therapy private practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(3), 160-166.
- Cantell, M. H., Smyth, M. M., & Ahonen, T. P. (1994). Clumsiness in adolescence: Educational, motor, and social outcomes of motor delay detected at 5 years. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 11(2), 115-129.
- Courtney, M., & Farnworth, L. (2003). Professional competence for private practitioners in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50(4), 234-243.
- Dewey, D., & Wilson, B. N. (2001). Developmental coordination disorder: what is it? *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 20(2-3), 5-27.
- Fox, A. M., & Lent, B. (1996). Clumsy children. Primer on developmental coordination disorder. *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien*, 42, 1965-1971.
- Gentile, A. M. (1992). The nature of skill acquisition: Therapeutic implications for children with movement disorders. *Medicine and Sport Science*, 36, 31-40.
- Harms, S., & Law, M. (2001). Issues in bidding for contracts for occupational therapy services. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(3), 157-163.
- Hellgren, L., Gillberg, C., Gillberg, I. C., & Enerskog, I. (1993). Children with deficits in attention, motor control and perception (DAMP) almost grown up: General health at 16 years. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 35(10), 881-892. doi: 10.1111/j.1469-8749.1993.tb11565.x.

- Henderson, S. E. (1986). Problems of motor development: Some practical issues. Dans B. K. Keogh (Ed.), *Advances in special education* (Vol. 5) (pp. 187-218). Greenwich, CT: JAI Press.
- Hopkins-Rosseel, D., & Roulston, B. (2007). *Business in Clinical Practice : How to get there from here*. Ottawa : CAOT Publication ACE.
- Interforce Marketing (2012). *Étude de marché*. Consulté à partir du site : <http://www.interforcemarketing.com/>.
- Johal, H. (2002). *Primary care: Early identification of DCD*. Consulté à partir du site : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=3744>.
- Kielhofner, G. (1997) *Conceptual Foundations of Occupational Therapy* (ed 2). Philadelphia, PA : FA Davis Company.
- Kleiber, D. A. (1999). *Leisure experiences and human development: A dialectical interpretation*. New York, NY US: Basic Books.
- Larkin, D., & Hoare, D. (1992). The movement approach: A window to understanding the clumsy child. Dans J. J. Summers (Ed.), *Approaches to the study of motor control and learning* (pp. 413-439). Amsterdam: Elsevier Science.
- Larson, E. A. (2000). The orchestration of occupation: the dance of mothers. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(3), 269-280.
- Lohr, K.N., & Field, M.J. (1992). A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. Dans M.J. Field, & K.N. Lohr (Éds), *Guidelines for clinical practice. From development to use*. Washington D.C. : National Academy Press.
- Mandich, A. D., Polatajko, H. J., Missiuna, C., & Miller, L. T. (2001). Cognitive strategies and motor performance in children with developmental coordination disorder. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 20(2-3), 125-143.
- Miller, L. T., Missiuna, C. A., Macnab, J. J., Malloy-Miller, T., & Polatajko, H. J. (2001). Clinical description of children with developmental coordination disorder. *Canadian Journal Of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergothérapie*, 68(1), 5-15.
- Missiuna, C. (2010). *Poor handwriting is only a symptom: Children with Developmental Coordination Disorder*. Consulté à partir du site : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=3742>.

- Missiuna, C., Gaines, R., & Soucie, H. (2006). Why every office needs a tennis ball: a new approach to assessing the clumsy child. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 175(5), 471-473.
- Missiuna, C., Rivard, L., Pollock, N. (2011). *Les enfants présentant un trouble de l'acquisition de la coordination : Stratégies pour mieux réussir à la maison, en classe et dans la communauté*. Consulté à partir du site : <http://dcd.canchild.ca/en/EducationalMaterials/home.asp>.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2012). Consulté à partir du site : <http://www.oeq.org/index.fr.html>.
- Pettigrew, D., Gauvin, S., & Menvielle, W. (2007). *Le Marketing*. Québec : Les Éditions de la Chenelière.
- Polatajko, H.J. (1999). Developmental coordination disorder (DCD): alias the clumsy child syndrome. Dans K. Whitmore, H. Hart, & G. Willems (Éds), *A Neurodevelopmental Approach to Specific Learning Disorders* (pp. 119-133). High Holborn, London : Mac Keith Press.
- Polatajko, H. J., & Cantin, N. (2005). Developmental coordination disorder (dyspraxia): an overview of the state of the art. *Seminars in Pediatric Neurology*, 12(4), 250-258.
- 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.
- Rasmussen, P., & Gillberg, C. (2000). Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: A controlled, longitudinal, community-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1424-1431. doi: 10.1097/00004583-200011000-00017.
- Réseau Entreprises Canada (2012). *Démarrage d'une entreprise*. Consulté à partir du site : <http://bsa.canadabusiness.ca/125/>.
- Réseau Entreprises Canada (2012). *La rédaction de votre plan d'affaire*. Consulté à partir du site : http://www.canadabusiness.ca/fra/page/2753/#toc-_r_sum_.
- Schmidt, R.A. (1988). *Motor Control and learning: A Behavioural Emphasis*. Champaign, IL : Human Kinetics Publishers.
- Services Québec - Entreprises (2012). Consulté à partir du site : <http://www2.gouv.qc.ca/entreprises/portail/quebec/creer?lang=fr&g=creer>.

- Shumway-Cook , A., & Woollacott, M.H. (2001). *Motor Control: Theory and Practical Applications* (ed 2). Baltimore, MD : Lippincott Williams & Wilkins.
- Sloggett, K., Kim, N., & Cameron, D. (2003). Private practice: benefits, barriers and strategies of providing fieldwork placements. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70(1), 42-50.
- Smyth, M. M., & Anderson, H. I. (2000). Coping with clumsiness in the school playground: Social and physical play in children with coordination impairments. *British Journal of Developmental Psychology*, 18(3), 389-413. doi: 10.1348/026151000165760.
- SOS Dyspraxie (2012). Consulté à partir du site : http://www.sosdyspraxie.com/sos-dyspraxie_012.htm.
- Sugden, D. (2007). Current approaches to intervention in children with developmental coordination disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(6), 467-471.
- Szkut, S.E., Breath, D.M. (2001). Learning disabilities. Dans D.A. Umphred (Éd), *Neurological Rehabilitation* (pp. 308-350). St Louis, MO : Mosby Inc.
- Vaivre-Douret, L., Lalanne, C., Ingster-Moati, I., Boddaert, N., Cabrol, D., Dufier, J.-L., . . . Falissard, B. (2011). Subtypes of developmental coordination disorder: Research on their nature and etiology. *Developmental Neuropsychology*, 36(5), 614-643. doi: 10.1080/87565641.2011.560696.

ANNEXE 1**Questionnaire maison aux cliniques privées****En lien avec le trouble de l'acquisition de la coordination :**

Est-ce que les enfants TAC font partie de la clientèle visée par votre clinique ?

Si oui,

Est-ce que ces enfants ont un diagnostic TAC d'émis ?

Quel type de défi occupationnel ces enfants vivent-ils ?

Quels services sont offerts à cette clientèle ?

Quel type d'interventions sont faites auprès de cette clientèle ?

Quelle est la fréquence moyenne des interventions ?

Quel type d'approche est utilisé auprès de cette clientèle (ex. approche CO-OP) ?

De façon générale :

Quelles sont les clientèles principales visées par votre clinique (âge, trouble, diagnostic)?

Quels sont les coûts moyens pour une évaluation ainsi que pour une intervention ?

ANNEXE 2

Tableau 1
Réponses au questionnaire maison

Questions	Hipo-Action	Enoya	Ergo-Escargot	Ergosum
En lien avec le trouble de l'acquisition de la coordination				
Est-ce que les enfants TAC font partie de la clientèle visée par votre clinique?	Oui	Oui	Oui	Oui
Est-ce que les enfants ont un diagnostic TAC d'émis?	Pas toujours, dépend de l'âge	Les neuropédiatres nous les réfèrent avant d'émettre le dx, pour expertise clinique. Il nous arrive aussi d'évaluer un enfant sans suspicion de dyspraxie puis de le référer chez le neuropédiatre suite à notre évaluation pour suspicion de dyspraxie de notre part. Il arrive aussi que le dx soit établi et qu'on nous sollicite pour une prise en charge en attendant la mise en place des services à	Non. Nous voyons les enfants dont les parents, les éducateurs ou les enseignants ont des inquiétudes quant à leur développement. Nous sommes souvent les premiers intervenants rencontrés par ces enfants. Suite à notre évaluation, nous les référons au Centre de Réadaptation en Déficience Physique (CRDP) et demandons aux parents de revoir leur pédiatre pour écarter ou confirmer un diagnostic de	Les enfants n'ont pas nécessairement reçu un diagnostic TAC officiellement par un médecin. Pour plusieurs je suis la personne qui pose l'hypothèse de diagnostic, puis je les réfère au médecin.

		l'IRD PQ (services publics).	dyspraxie. Lorsque les enfants ont le diagnostic, ils sont automatiquement acceptés dans le réseau public et nous les voyons rarement à notre clinique.	
Quel type de défi occupationnel ces enfants vivent-ils?	Réalisations des AVQ, difficulté dans l'acquisition des déplacements, maladresse motrice, difficulté dans la réalisation de leur jeu.	Principalement dans les activités d'habillage, dans les activités productives (scolaire) et les activités de loisir (surtout sport - physio).	Difficulté à l'habillage (mettre l'habit de neige pour sortir à la récréation). Difficulté scolaire, voir échec scolaire. Troubles de l'écriture nuisant alors à toutes les matières scolaires. Difficulté au niveau social car maladroit, surtout dans les jeux moteurs.	Manque d'autonomie : habillage, hygiène, propreté au repas, ouvrir son cadenas pour accéder à son casier ... Difficultés d'apprentissage Difficultés en éducation physique Intérêts peu variés et dépendance envers l'adulte pour jouer ou s'occuper.
Quels services sont offerts à cette clientèle?	Ergothérapie		En privée, ils ont accès à tous les services qu'ils désirent	Ergothérapie Orthophonie
Quel type d'interventions sont faites auprès des cette clientèle?	Hippothérapie/thérapie assistée par le cheval	Évaluation et traitement (surtout approche CO-OP, mais pas uniquement). Nous pouvons aussi nous déplacer dans les divers milieux de vie de	Nous faisons des thérapies individuelles toujours en milieu de vie. Donc nous les voyons à la maison ou à l'école. Les séances durent 50 à 60 minutes.	Évaluation, soutien aux parents, recommandations/collaboration avec le personnel scolaire, thérapie en clinique, thérapie en milieu de vie.

		l'enfant.		
Quelle est la fréquence moyenne des interventions?	1 séance d'1h par semaine	Le temps de la prise en charge par les services publics, selon les ressources financières des parents. NOUS NE FAISON JAMAIS DE RÉTENTION DE CLIENTÈLE, c'est notre réputation de travailler étroitement en équipe avec les services publics.	Nous voyons les enfants selon la fréquence décidée par l'ergo et les parents (limite de leur assureur). Cela peut être 1x/mois avec des exercices à la maison jusqu'à 2 fois par semaine s'ils le peuvent. Généralement, nous voyons les enfants 1x par semaine ou par 2 semaines.	1 fois par semaine Dans un monde idéal, 3 fois par semaine.
Quel type d'approche est utilisé auprès de cette clientèle?	Intégration sensorielle et neurodéveloppementale.	CO-OP, mais aussi réadaptation générale.	Souvent nous bâtissons nos thérapies en combinant l'approche d'intégration sensorielle, l'approche COOP et les différents programmes de thérapie connus en ergo (par exemple ABC BOUM, Callirobics, Write From the Start pour l'écriture).	Intégration sensorielle, CO-OP, développemental.

De façon générale				
Quelles sont les clientèles principales visées par votre clinique?	2-30 ans. Déficience physique (DMC, paralysie, retard global de développement), déficience intellectuelle, TED	0-18 ans (majoritairement 0-12 ans), toutes difficultés confondues. Nous avons des services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, de psychologie, de neuropsychologie, de nutrition, d'orthopédagogie et d'éducation spécialisée. Nous travaillons régulièrement en équipe multidisciplinaire.	0-12 ans. Beaucoup de TED/autiste, car ils ont peu de services du CRDI. Beaucoup de troubles d'apprentissage non spécifiés (incluant les dyspraxiques légers non diagnostiqués).	2-10/12 ans Retard du développement, autisme, dyspraxie, troubles ou difficultés d'apprentissage, retard ou trouble du langage, troubles sensoriels avec ou sans difficulté du comportement ou des capacités attentionnelles.
Quels sont les coûts moyens pour une évaluation ainsi qu'une intervention?	90 \$/h 320 \$ pour une évaluation détaillée	Nous faisons toujours du « sur-mesure », il est donc impossible de citer un coût moyen.	Évaluation : 440 \$. Thérapie : 90 \$.	Évaluation : 350 \$ Bloc de 12 rencontres : un peu plus de 1000 \$ Les enfants TAC sont des jeunes qui ont souvent besoin de services à plus long terme, mais je les réfère au public. Certains jeunes restent longtemps à la clinique par choix des parents.

ANNEXE 3

Tableau 2
Dimension financière

Ergotopia**Pro Forma**

	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril
Revenus	5 250	5 250	5 250	5 250	5 250	5 250	5 250	5 250
Dépenses								
Salaire de la direction	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500
Salaires des employés	0	0	0	0	0	0	0	0
Salaire secrétariat	400	400	500	400	400	500	400	400
Charges sociales	348	348	360	348	348	360	348	348
Publicité et promotions	225	100	100	100	100	100	100	100
Papeterie et impression	100	100	100	100	100	100	100	100
Cotisations et associations	600	0	0	0	0	0	0	0
Frais de déplacements	850	850	850	850	850	850	850	850
Télécommunications	100	100	100	100	100	100	100	100
Assurances	75	75	75	75	75	75	75	75
Charges locatives	0	0	0	0	0	0	0	0
Honoraires professionnels	500	0	0	150	0	0	150	0
Frais bancaires	15	15	15	15	15	15	15	15
Intérêts sur emprunt (6 %)		50	50	50	50	50	50	50
Total des dépenses	5 713	4 538	4 650	4 688	4 538	4 650	4 688	4 538
Bénéfice avant impôts	(463)	712	600	562	712	600	562	712
Impôts exigibles	(93)	142	120	112	142	120	112	142
Bénéfice net	(370)	570	480	450	570	480	450	570

Budget de caisse

Liquidités au début	0	(463)	99	549	961	1 523	1 973	2 385
Bénéfice avant impôts	(463)	712	600	562	712	600	562	712
Emprunt (10 K - 5 ans)	10 000							
Remboursement d'emprunt		(150)	(150)	(150)	(150)	(150)	(150)	(150)
Emprunt (60 K - 7 ans)								
Remboursement d'emprunt								
Acquisition d'immobilisations	(10 000)							
Impôts								
Liquidités à la fin	(463)	99	549	961	1 523	1 973	2 385	2 947

Mai	Juin	Juillet	Août	Total Année 1	Total Année 2	Total Année 3	Total Année 4	Total Année 5
5 250	5 250	5 250	5 250	63 000 (70 clients)	120 000 (133 clients)	250 000 (263 clients)	320 000 (320 clients)	400 000 (400 clients)
2 500	2 500	2 500	2 500	30 000	30 000	35 000	40 000	45 000
0	0	0	0	0	30 000	60 000	60 000	60 000
500	400	400	500	5 200	5 200	25 000	30 000	30 000
360	348	348	360	4 224	9 128	16 800	18 200	18 900
100	100	100	100	1 325	1 325	1 325	1 325	1 325
100	100	100	100	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200
0	0	0	0	600	600	600	600	600
850	850	850	850	10 200	10 200	10 200	10 200	10 200
100	100	100	100	1 200	1 800	1 800	1 800	1 800
75	75	75	75	900	1 500	1 500	1 500	1 500
0	0	0	0	0	15 000	15 000	15 000	15 000
0	150	0	0	950	1 500	1 500	1 500	1 500
15	15	15	15	180	180	180	180	180
50	50	50	50	550	4 000	3 000	2 500	2 000
4 650	4 688	4 538	4 650	56 529	111 633	173 105	184 005	189 205
600	562	712	600	6 471	8 367	76 895	135 995	210 795
120	112	142	120	1 294	1 673	15 379	27 199	42 159
480	450	570	480	5 177	6 694	61 516	108 796	168 636
2 947	3 397	3 809	4 371	0	4 821	4 632	72 651	213 475
600	562	712	600	6 471	8 367	76 895	135 995	210 795
(150)	(150)	(150)	(150)	10 000 (1 650)	(2 000)	(2 000)	(2 000)	(2 000)
					60 000 (7 850)	(8 550)	(8 550)	(8 550)
				(10 000)	(60 000)			
					1 294	1 673	15 379	27 199
3 397	3 809	4 371	4 821	4 821	4 632	72 651	213 475	440 919

ANNEXE 4

Plan d'affaires

ERGOTOPIA

Plan d'affaires

Préparé par Claude Allard-Pigeon

Table des matières

Présentation/CV	2
Description services	2
Mission	3
Forces et opportunités	3
Projet	4
Démarrage	4
Croissance	5
Maturité	5
Ressources humaines	5
Analyse du marché	6
Les services d'ergothérapie en général	6
Les services d'ergothérapie spécialisés auprès de la clientèle TAC	6
Concurrences	6
Mise en marché	8
Prix	9
Dimension financière	9
Le pro forma	12
Les revenus	12
Les dépenses	12
Le budget de caisse	13

Présentation/CV

Mon nom est Claude Allard-Pigeon, je suis étudiante à l'Université du Québec à Trois-Rivières et je termine ma Maîtrise en ergothérapie.

Au cours de mon cheminement, j'ai développé un intérêt pour la pratique privée et je souhaite démarrer une clinique privée spécialisée auprès d'une clientèle enfant. Plus particulièrement, l'une des clientèles visées par cette clinique est les enfants ayant des difficultés motrices caractéristiques du trouble d'acquisition de la coordination (TAC).

Durant ma formation, j'ai fait un stage de 2 mois auprès de la clientèle enfant au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Trois-Rivières. J'ai été embauchée par la suite en tant que préposée en ergothérapie. Ce stage et cet emploi m'ont permis d'acquérir une expérience auprès de la clientèle enfant ayant différentes problématiques (TAC, retard de développement, Trouble envahissant du développement (TED), etc.).

J'ai pu approfondir davantage mes connaissances sur le rôle de l'ergothérapeute auprès de la clientèle enfant grâce à des cours spécialisés offerts par le programme de Maîtrise en ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ces cours abordaient en profondeur certaines problématiques vécues par la clientèle enfant, dont le TAC.

Description des services

Ergotopia est une clinique pédiatrique privée qui offre des services en ergothérapie. Les services s'adressent aux enfants ayant un TAC provenant de la région de la Capitale-Nationale. Les interventions sont basées sur l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP), une approche centrée sur l'activité, qui vise principalement à améliorer la tâche étant problématique. L'approche CO-OP fait l'état

de recherches offrant des résultats prometteurs depuis le début des années 1990 auprès des enfants ayant un TAC.

Ergotopia offre donc des services personnalisés selon les besoins de l'enfant ainsi que selon son environnement physique et social.

Ergotopia est une clinique de type « mobile » puisque les services sont offerts dans le milieu de vie de l'enfant soit à la maison, à l'école ou au Centre de la petite enfance (CPE). Ergotopia projette d'offrir des services en milieu clinique en plus des services dans le milieu de vie.

Mission

La mission est celle d'optimiser l'engagement occupationnel des enfants ayant un TAC en offrant des services en ergothérapie qui se feront en collaboration avec l'enfant, sa famille ainsi que toutes autres personnes faisant partie de son environnement social.

Elle a pour objectif de toujours s'engager à offrir des services basés sur les plus récentes évidences scientifiques.

Étude de marché

Les services d'ergothérapie en général :

Selon l'OEQ (2010), les besoins en ergothérapie sont nombreux et la demande est en forte croissance puisque le Québec connaît actuellement une pénurie d'ergothérapeutes. 80% des ergothérapeutes au Québec travailleraient dans le secteur public et 20% dans le secteur privé.

Les services d'ergothérapie spécialisés auprès de la clientèle TAC :

Dans le secteur des régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches, on dénombre 5 cliniques privées en enfance. Compte tenu, selon l'OEQ, qu'il y a un total de 24 cliniques privées dans la province de Québec qui dessert une clientèle enfant de 0-17 ans ayant un trouble du développement moteur ou intellectuel, on peut alors compter que 20% des cliniques se retrouvent dans les régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches.

Concurrence :

Les principaux concurrents sont ces 5 cliniques privées des régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches qui offrent aussi des services d'ergothérapie aux enfants ayant un TAC, soit la Clinique de réadaptation Hippo-Action inc., la clinique Enoya, la clinique Ergo-l'Escargot, la clinique Ergosum et finalement le Centre régional d'ergothérapie pour le développement de l'enfant (CREDE).

Pour la Clinique de réadaptation Hippo-Action inc., la principale force est d'offrir un service d'hippothérapie soit la thérapie assistée par le cheval, un service qui n'est pas offert dans les autres cliniques et donc, qui les distingue de la compétition. De plus le coût de l'évaluation est moins cher que les autres cliniques soient de 320 \$. L'un des points plus négatifs reste l'utilisation d'une approche centrée sur le déficit qui auprès des enfants ayant un TAC n'a pas démontré son efficacité selon les études faites sur le sujet.

Pour la clinique Enoya, la principale force est d'offrir une multitude de services tels que des services d'ergothérapie, de physiothérapie, de psychologie, de neuropsychologie, de nutrition et d'éducation spécialisée, ce qui permet un travail multidisciplinaire et donc, de conjuguer les différentes expertises pour aider l'enfant dans sa problématique. Cette clinique travaille étroitement en équipe avec les services publics. Les fréquences de suivi dépendent alors du temps de prise en charge par ces services publics, ou des ressources financières du parent, ce qui a pour bénéfice qu'il n'y pas de rétention de clientèle et que

les interventions sont orientées vers les ressources qui gravitent autour de l'enfant (parents, Centre de la petite enfance [CPE], écoles, médecins, etc.). D'ailleurs, au niveau des coûts, ils sont faits sur mesure donc toujours centrés sur les besoins des clients.

Pour la clinique Ergo-L'Escargot, la principale force est le côté plus « familial » de la clinique dirigée par deux ergothérapeutes qui sont avant tout des mamans, des mamans passionnées par les enfants et leur développement. De plus, la clinique met l'emphasis sur leurs services qui sont offerts en milieu de vie (à la maison, à l'école et au CPE) ce qui permet de minimiser, étant dans un environnement connu, la période d'adaptation en début d'évaluation. Offrir des services en milieu de vie, permet aussi au thérapeute d'adapter ses recommandations et exercices en fonction de la réalité que vit la famille. Mais surtout, la « clinique mobile » évite au parent toute logistique d'un déplacement à l'extérieur avec des enfants. Pour ce qui est des points plus négatifs, les coûts d'évaluation de cette clinique sont plus élevés qu'ailleurs, soit de 440 \$.

Pour la clinique Ergosum, les principales forces concernent les services offerts soit des services en ergothérapie ainsi qu'en orthophonie et en orthopédagogie, services qui ne sont pas offerts dans les autres cliniques privées. De plus ERGOSUM offre deux catégories de services, dont un service de formations et de conférences, afin d'aider les parents et les intervenants à mieux répondre aux besoins des enfants et bien sûr un service clinique. La clinique Ergosum offre généralement un service en milieu de vie, mais un service en clinique est aussi disponible.

Finalement pour la clinique CREDE, les forces concernent entre autres leur équipe de 9 ergothérapeutes. CREDE offre des services dans des locaux originaux hors du commun et on a leur disposition des équipements à la fine pointe de la technologie. Les services sont personnalisés, offerts en clinique, à l'école, au CPE ou à la maison. La clinique dessert la Rive-Sud et la Rive-Nord de Québec. CREDE a établi un partenariat avec d'autres professionnels (orthophoniste, psychologues, orthopédagogues) pour offrir un

service complet et simplifier la vie aux parents, et ce, en plus d'avoir une physiothérapeute en complément de leurs services. La clinique est ouverte la semaine, mais aussi durant les fins de semaine. Des formations, des groupes d'été, des conférences sont aussi offerts.

Forces et opportunités

Ergotopia se distingue par les connaissances acquises sur la clientèle des enfants ayant un TAC ce qui en a fait une clientèle de choix pour la clinique. De plus, elle offre des services de qualités basées sur les plus récentes données probantes sans compter que la détermination et l'ambition sont au cœur de ce projet.

L'approche en milieu de vie durant la première année permet à Ergotopia d'offrir des services faits sur mesure dans les milieux de l'enfant. Ce type de services permet aussi aux parents d'éviter les déplacements et ainsi de les accommoder.

Une autre force de la clinique Ergotopia est qu'elle offre durant la première année des services exclusifs aux enfants ayant un TAC, permettant d'acquérir une expertise spécifique, en plus de permettre à cette clientèle, souvent insuffisamment desservie par les services publics, d'avoir un meilleur accès aux services.

Il y a justement une demande grandissante auprès de la clientèle des enfants TAC, et ce, depuis 1994, moment où les plus récentes données concernant cette incapacité ont été mises en évidence. De plus, il est estimé que 5-6 % des enfants d'âge scolaire présentent des difficultés motrices caractéristiques du TAC (American Psychiatric Association [APA], 2000).

Malheureusement pour ce qui est des services offerts en ergothérapie pour les enfants ayant un TAC, c'est souvent ceux-ci qui subissent les premiers les conséquences des coupures budgétaires lorsque les services sont limités (ACE, 2010). De plus, si l'enfant fréquente déjà l'école, les listes d'attente sont beaucoup plus longues en centre de réadaptation pour qu'ils reçoivent des services. Les parents peuvent donc se retrouver devant des listes d'attente de 10 à 18 mois, l'équivalent d'une à deux années scolaires (ACE, 2010). Les services en privé peuvent alors devenir une option intéressante, les listes d'attentes étant moins importantes, facilitant ainsi la prise en charge de l'enfant plus rapidement.

Projet

C'est dans le cadre de ma Maîtrise en ergothérapie que j'ai décidé de bâtir un plan d'affaires pour ouvrir une clinique privée en ergothérapie du nom d'Ergotopia. Ce projet est donc en phase de démarrage.

Démarrage

La première année sera consacrée à se créer une clientèle ainsi qu'à faire connaître la clinique. De plus, les services d'ergothérapie seront offerts en milieu de vie seulement (maison, école, CPE). Le secteur desservi par la clinique Ergotopia sera celui de la région de la Capitale-Nationale. La majorité des cliniques privées (3/5) sont situées sur la Rive-Sud de Québec et desservent donc, la région de Chaudière-Appalaches. De plus, le territoire de la Capitale-Nationale est moins grand à couvrir que celui de Chaudière-Appalaches, ce qui vient appuyer le choix du secteur à desservir considérant les déplacements à effectuer dans les milieux de vie de l'enfant. Pour ce qui est de l'emplacement de la clinique lors de la deuxième année, la clinique pourrait alors se situer sur la Rive-Nord de Québec et étendre les services en milieu de vie sur la Rive-Sud de Québec, soit au territoire de Chaudière-Appalaches.

Croissance

Dès la deuxième année, Ergotopia offrira donc des services en milieu clinique, et ce, tout en continuant d'offrir des services en milieu de vie. Pour ce faire, la location d'un local sera faite afin d'offrir les services d'ergothérapie.

À plus long terme, Ergotopia vise aussi à élargir sa clientèle entre autres aux enfants ayant un retard de développement. Ergotopia projette en plus d'offrir d'autres types de services tels que des formations et des conférences aux parents et/ou aux autres intervenants.

Maturité

Une fois les services et la clientèle établis, Ergotopia projette de s'agrandir en s'associant à d'autres professionnels qui offriront des services connexes ce qui nécessitera des locaux voir une deuxième clinique et ce qui permettra au final d'élargir l'offre de services ainsi que le territoire d'offre de services.

Ressources humaines

Dès le départ, la clinique Ergotopia utilisera les services de secrétariat en frais partagés qui aura pour tâche de prendre les appels et de fixer les rendez-vous à l'agenda ce qui ne peut être fait par le thérapeute lorsque celui-ci est sur la route ou en intervention. Pour la troisième année, nous procéderons à l'engagement d'une secrétaire administrative à temps plein. Bien entendu, d'autres professionnels externes seront nécessaires au besoin et selon l'évolution de la clinique tels qu'un comptable, un fiscaliste, etc.

À la deuxième année, avec l'offre de service en milieu clinique, Ergotopia ajoutera à son équipe un autre ergothérapeute. À ce moment, un des ergothérapeutes pourra alors donner les services en milieu de vie et l'autre en milieu clinique.

J'entrevois à plus long terme, la possibilité de m'associer à d'autres professionnels, collaborateurs qui offriront des services connexes (médecin, physiothérapie, psychoéducateur, intervenant social, etc.) afin d'améliorer l'offre de services pour une plus grande clientèle à desservir. À ce moment, il faudra prévoir les locaux et le site en fonction d'une clinique spécialisée et multidisciplinaire.

Mise en marché

Dès le départ, je me concentrerai sur la mise en marché des services offerts par Ergotopia afin de faire connaître Ergotopia aux principaux référents visés.

Le dépistage initial des enfants ayant un TAC peut se faire en milieu scolaire par le professeur, par le médecin de famille ou par une infirmière. Par la suite, une évaluation globale est effectuée par un ergothérapeute et/ou un psychologue et le diagnostic est émis par le neuropédiatre ou autre spécialiste médical équivalent. À Québec, les enfants TAC sont généralement référés en centre de réadaptation (CRDP Chaudière-Appalaches, IRDPQ). La promotion sera principalement faite auprès des neuropédiatres et/ou auprès des autres spécialistes médicales équivalentes ainsi qu'auprès du centre de réadaptation de Québec (IRDPQ). De la promotion sera aussi faite auprès d'organismes offrant des services aux enfants ayant un TAC tel que l'Association Québécoise pour les enfants Dyspraxiques (AQED). Pour faire la promotion de la clinique, les stratégies sont premièrement de discuter avec les principaux référents visés et de leur distribuer des dépliants décrivant les points importants à connaître sur la clinique et les services offerts.

La première année sera consacrée à se créer une clientèle ainsi qu'à faire connaître la clinique. Les efforts pour augmenter la clientèle seront poursuivis au courant de la

deuxième année afin d'offrir des services en milieu clinique en plus des services en milieu de vie.

D'ailleurs les déplacements pour offrir les services en milieu de vie sont une occasion de se faire de la publicité en affichant sur le véhicule le nom d'Ergotopia et les services d'ergothérapie que la clinique offre. De plus, comme Internet est une source d'information de plus en plus utilisée par la population afin de se renseigner et de chercher des services, un site internet sera construit pour promouvoir la clinique et les services offerts.

Le prix :

Selon l'information recueillie auprès des compétiteurs, le prix moyen pour une séance de thérapie est de 90 \$/h. Tarif qui sera aussi celui de la clinique Ergotopia.

Un bloc de 10 rencontres, soit de 1 séance de 1 h par semaine ou de 2 séances de 1 h par semaine seront aussi offerts aux enfants ayant un TAC puisque, selon les études, l'approche CO-OP offre des résultats positifs lorsque le format des séances d'intervention correspond à 1 séance de 1 h par semaine étendue sur 10 semaines ou deux séances de 1 h par semaine étendue sur 5 semaines (Polatajko & Mandich, 2004). Ces blocs de 10 rencontres seront donc offerts à 900 \$.

Il est toutefois prévu que les prix des services augmentent suite à la prise d'expérience et d'expertise. Lors de la troisième année, le prix sera donc de 95 \$/h pour finalement atteindre 100 \$/h à la quatrième année.

Dimension financière

Le pro forma

Les revenus :

Puisqu'un client est suivi pendant 10 semaines et qu'il rapporte donc 900 \$ à la fin de ces 10 semaines et sachant qu'il est réaliste d'avoir en moyenne 4 clients/jour, ce qui fait 20 clients/semaine, c'est 20 clients rapportent donc au bout des 10 semaines de traitement 18 000 \$. De plus, comptant qu'il y a environ 50 semaines dans une année (5x10 semaines), au bout d'un an, en maintenant le rythme de 20 clients/semaine (qui sont les mêmes sur 10 semaines), ils rapportent 90 000 \$. Ce qui totalise un nombre de 100 clients différents à la fin de l'année.

Pour être réaliste puisque Ergotopia est en phase de démarrage et qu'il peut être difficile d'atteindre 4 clients/jour au départ, 70 clients différents sont donc visés à la fin de la première année au lieu de 100 clients. Ce qui donnera un revenu de 63 000 \$ après la première année. Pour la deuxième année, l'objectif est de 133 clients, d'où le deuxième ergothérapeute à l'emploi, ce qui donnera un revenu de 120 000 \$. À la troisième année, le tarif augmente à 95 \$/h et l'objectif est de 263 clients, ce qui donnera des revenus de 120 000 \$. À la quatrième année, le tarif augmente à 100 \$/h et l'objectif est de 320 clients, d'où le troisième ergothérapeute à l'emploi, ce qui donnera des revenus de 320 000 \$. Finalement, à cinquième année, l'objectif est de 400 clients, ce qui donnera des revenus de 400 000 \$ avec un tarif de toujours 100 \$/h et avec 3 ergothérapeutes à l'emploi.

Les dépenses :

Les dépenses correspondent aux salaires des employés (direction, ergothérapeutes, secrétaire), aux charges sociales (régime de rentes, assurance maladie, etc.), à la publicité, aux frais de papeterie et d'impression, aux frais de cotisation pour être membre de l'ordre, aux frais de déplacement, aux frais de télécommunications

(cellulaire), aux assurances, aux charges locatives à partir de la deuxième année (location d'un local), aux frais d'honoraires professionnels (comptable), aux frais bancaires (chèques, etc.) et aux intérêts de 6 % sur les emprunts qui seront effectués.

Le budget de caisse

Le budget de caisse comprend dans un premier temps les liquidités du début, qui correspond au montant d'argent qu'il y a dans le compte de banque au début de l'année. Il comprend aussi les bénéfices produits avant impôts en lien avec les revenus et les dépenses, décrit précédemment, produits durant l'année. Le budget de caisse comprend aussi les montants d'emprunts effectués et leur remboursement. Un emprunt (marge de crédit de 10 000 \$ à payer sur 5 ans) sera fait à la première année pour subvenir aux dépenses qu'occasionnera le démarrage d'Ergotopia. Un autre emprunt de 60 000 \$, à payer sur 7 ans, sera effectué à la deuxième année pour couvrir entre autres les charges locatives. Finalement, le budget de caisse comprend les montants à verser chaque année pour payer les impôts. Ce qui donne au final les liquidités de la fin soit le montant restant à la fin de l'année dans le compte de banque suite aux bénéfices produits et aux remboursements effectués.

Si lors des premières années, il y a un déficit, et ce, malgré le financement de la part des institutions financières (marge de crédit et emprunt), il est prévu d'aller chercher du financement auprès du gouvernement ou d'autres organismes tels que les centres locaux d'emploi (CLE), les centres locaux de développement (CLD) et les organismes accrédités par les CLD pour soutenir l'entrepreneuriat.