

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

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

PAR
ALEXANDRA RAYMOND

L'INTÉGRATION SENSORIELLE SELON UNE APPROCHE DE RÉADAPTATION
AUPRÈS D'ENFANTS PRÉSENTANT UN TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE:
DOCUMENTER LA PRATIQUE D'ERGOTHÉRAPEUTES QUÉBÉCOIS

DÉCEMBRE 2014

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.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier certaines personnes qui m'ont aidée à la concrétisation de cet essai. Tout d'abord, je veux dire merci à mon directeur d'essai monsieur Pierre-Yves Therriault, professeur au Département d'ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour m'avoir supervisé tout au long de ce processus de recherche et pour m'avoir amené à progresser dans mes réflexions sur mon sujet. Je veux aussi dire merci à Noémie Cantin, professeure au département d'ergothérapie à Trois-Rivières, pour avoir validé mon questionnaire pour la cueillette des données. Je désire également exprimer ma reconnaissance aux ergothérapeutes qui m'ont permis d'entrer en contact avec les regroupements d'ergothérapeutes en déficience intellectuelle et en trouble du spectre autistique. Puis, je ne peux passer outre la participation des ergothérapeutes qui ont pris de leur précieux temps pour documenter leur utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès d'enfants présentant un trouble du spectre autistique. Finalement, je remercie grandement ma famille, mon copain ainsi que mes amies pour leurs encouragements et leur soutien.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	vii
RÉSUMÉ	viii
1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLÉMATIQUE	2
2.1 Le trouble du spectre autistique.....	2
2.2 Pratique en ergothérapie.....	5
2.3 L'intégration sensorielle	7
2.4. Objectif et question de recherche	12
3. CADRE CONCEPTUEL.....	13
4. MÉTHODE	15
4. 1. Devis	15
4.2. Participants	15
4.3. Méthode de recrutement.....	15
4.4. Collecte des données.....	16
4.5. Analyse des données	17
4.6. Considérations éthiques	18
5. RÉSULTATS	19
5.1. Résultats présentés selon le modèle canadien du processus de pratique	19
5.1.1. Agents du modèle	19
5.1.1.1. L'ergothérapeute.....	19
5.1.1.2. Le client	22
5.1.2. Contexte sociétal.....	22
5.1.3. Contexte de pratique	23
5.1.4. Schèmes de référence	24
5.1.5. Points d'actions du modèle	25
5.1.5.1. Initier et établir le contact.....	25
5.1.5.2. Établir les balises.....	25
5.1.5.3. Évaluer et analyser	26
5.1.5.4. Convenir des objectifs et du plan.....	26
5.1.5.5. Mettre en œuvre un plan.....	27
5.1.2.6. Faire le suivi/ Évaluer le résultat.....	28

5.1.5.7. Conclure et mettre fin.....	31
6. DISCUSSION ET CONCLUSION.....	33
6.1. Utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation	33
6.3. Forces et limites de l'essai.....	36
6.3. Implication pour la pratique de l'ergothérapie.....	37
RÉFÉRENCES.....	40
ANNEXE A LETTRE D'INFORMATION.....	44
ANNEXE B QUESTIONNAIRE EN LIGNE.....	47

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Moyens par lesquels les répondants ont développé leurs connaissances sur l'intégration sensorielle.....	22
Tableau 2.	Fréquence d'utilisation de l'intégration sensorielle en fonction des facteurs personnels des participants.....	25
Tableau 3.	Objectifs poursuivis lors de l'utilisation de ce type d'intervention auprès de la clientèle.....	27
Tableau 4.	Effets immédiats observés de ce type d'intervention.....	29
Tableau 5.	Effets à long terme observés de ce type d'intervention.....	30
Tableau 6.	Autres facteurs que l'intervention en intégration sensorielle selon une approche de réadaptation susceptibles d'expliquer les effets à court et long terme observés.....	31
Tableau 7.	Raisons menant à la cessation d'une intervention en intégration sensorielle selon une approche de réadaptation avant l'atteinte des objectifs thérapeutiques.....	32

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Modèle canadien du processus de pratique.....	13
Figure 2.	Répartition des participants en fonction de leur âge.....	19
Figure 3.	Répartition des participants en fonction de leur genre.....	20
Figure 4.	Répartition des participants en fonction de leur diplôme donnant accès à la pratique de l'ergothérapie.....	20
Figure 5.	Répartition des participants en fonction de leur expérience professionnelle auprès de la clientèle infantile présentant un TSA.....	21
Figure 6.	Répartition des participants en fonction de leur fréquence d'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès de la clientèle.....	24
Figure 7.	Cessation d'une intervention en intégration sensorielle avant l'atteinte des objectifs thérapeutiques.....	32

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASD	<i>Autism spectrum disorder</i>
TED	Trouble(s) envahissant(s) du développement
TSA	Trouble du spectre autistique
MCPP	Modèle canadien du processus de pratique

RÉSUMÉ

Problématique : Depuis les dernières années, le nombre d'enfants présentant un diagnostic de trouble du spectre autistique (TSA) est en hausse considérable. L'ergothérapie est l'un des services les plus souvent reçus par cette clientèle. Selon la littérature, l'intégration sensorielle est l'une des interventions les plus fréquemment utilisées auprès de ces jeunes. Toutefois, aucune étude récente ne porte sur cette pratique des ergothérapeutes québécois ni spécifiquement sur l'utilisation de cette intervention.

Objectif : L'objectif de cet essai est de documenter l'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès d'enfants présentant un TSA par des ergothérapeutes québécois.

Cadre conceptuel : Le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) a servi de cadre conceptuel.

Méthode : Afin de répondre à l'objectif, un questionnaire en ligne portant sur l'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès d'enfants présentant un TSA a été complété par des ergothérapeutes québécois.

Résultats : Des facteurs personnels de l'ergothérapeute et du client ainsi que des éléments du contexte sociétal et du contexte de pratique ayant une influence sur l'utilisation de ce type d'intervention ont été identifiés. La fréquence d'utilisation de ce schème de référence a été documentée ainsi que le processus de pratique lors de son utilisation.

Discussion/Conclusion : Un regard critique a été porté sur la pratique des ergothérapeutes québécois lors de l'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès d'enfants présentant un TSA. Des pistes de réflexion/amélioration ont été dégagées. Il serait intéressant qu'elles soient approfondies dans le futur pour l'intérêt de la clientèle et de la profession.

Mots clés : TSA, enfants, pratique québécoise, ergothérapie, intégration sensorielle, *autism spectrum disorder (ASD)*, *child*, *Quebec practice*, *occupational therapy*, *sensory integration*

1. INTRODUCTION

La prévalence du trouble du spectre autistique (TSA) augmente d'année en année. Les enfants diagnostiqués d'un TSA répondent à certains critères. Entre autres, ces enfants présentent un déficit persistant de la communication et des interactions sociales dans des contextes multiples. Ils présentent aussi des comportements, des intérêts et des activités à caractère restreint et répétitif. Ces symptômes entraînent des difficultés significatives dans leur fonctionnement social, occupationnel ou tout autre domaine important du fonctionnement quotidien. Autres que les critères diagnostiques, une déficience intellectuelle, un trouble du langage et des déficits moteurs sont fréquemment observés chez cette clientèle. De plus, de l'automutilation et des comportements difficiles ou perturbateurs peuvent se manifester (American Psychiatric Association, 2013a).

L'ergothérapie fait partie des services dont peuvent bénéficier les jeunes présentant un TSA afin de les aider par rapport aux nombreuses difficultés en lien avec ce diagnostic. Plus particulièrement, l'ergothérapie vise à rétablir les difficultés occupationnelles vécues. Tel qu'indiqué dans la littérature, l'intégration sensorielle est l'une des interventions les plus fréquemment utilisées pour y parvenir. Cependant, la pratique des ergothérapeutes québécois et, plus spécifiquement, l'utilisation faite de ce type d'intervention ne sont pas abordées dans aucune étude.

Le présent essai traite de l'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès de jeunes présentant un TSA par des ergothérapeutes québécois. D'abord, la problématique est abordée plus en profondeur. Ensuite, le cadre conceptuel et la méthode employée sont présentés puis les résultats obtenus dévoilés. Finalement, la discussion/conclusion fait état des constatations relevées dans cet essai, de ses forces et limites puis de l'implication pour la pratique en ergothérapie.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1 Le trouble du spectre autistique

Depuis les dernières années, le nombre d'enfants présentant un diagnostic de trouble envahissant du développement (TED) est en hausse considérable (Jancarik, 2010; Lazoff et al., 2010; Matson et Kozlowski, 2011). En effet, la prévalence des TED chez les enfants au Québec augmente en moyenne de 26 % chaque année (Noiseux, 2012). Cette augmentation serait en grande partie expliquée par des facteurs extérieurs soit l'élargissement des critères diagnostiques, la disponibilité et l'accès à des outils standardisés, une hausse des professionnels formés afin de procéder à l'évaluation ainsi qu'une plus grande sensibilisation aux signes des TED de la part du public et des professionnels (Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec, 2012).

Selon la classification du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003), les TED comprennent l'autisme, le syndrome d'Asperger, le syndrome de Rett, le trouble désintégratif de l'enfance et le trouble envahissant du développement non spécifié. Cependant, depuis mai 2013, les TED ont été redéfinis dans le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013a). Quatre des cinq troubles envahissants du développement soit l'autisme, le syndrome d'Asperger, le trouble désintégratif de l'enfance et le trouble envahissant du développement non spécifié ont été combinés pour devenir le trouble du spectre autistique. Le syndrome de Rett quant à lui devient un diagnostic à part, bien qu'il puisse coexister avec le TSA. De plus, le trouble de la communication sociale fait son apparition en tant que nouveau diagnostic. Cette taxinomie révisée constitue une nouvelle façon de diagnostiquer les personnes atteintes de troubles liés à l'autisme de façon plus exacte, sans toutefois entraîner de changement significatif sur la prévalence du trouble. En effet, c'est ce que suggèrent les résultats d'essais sur le terrain testant les critères du DSM-V dans des situations cliniques réelles (American Psychiatric Association, 2013b).

Le premier critère, auquel répond un individu diagnostiqué d'un TSA, correspond à un déficit persistant de la communication et des interactions sociales dans des contextes multiples se manifestant actuellement ou par le passé de trois façons; L'une des

manifestations est un déficit de la réciprocité sociale et émotionnelle. Cette manifestation peut être observée, par exemple, par une difficulté pouvant aller jusqu'à l'échec à débiter et à faire durer une conversation ainsi que par un faible partage des intérêts et des émotions. La seconde manifestation est un déficit dans les comportements de la communication non verbale. L'individu pourrait, par exemple, difficilement comprendre et appliquer les intonations, les gestes et les expressions faciales ou avoir un pauvre contact visuel avec autrui. Un déficit dans le développement, le maintien et la compréhension des relations avec les autres concordent avec la troisième manifestation. L'individu pourrait, par exemple, avoir de la difficulté à se faire des amis ou ne pas s'intéresser à ses pairs.

Le deuxième critère diagnostique correspond au caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts et des activités se manifestant actuellement ou dans le passé par au moins deux façons sur les quatre possibles; D'abord, cela peut se manifester par des mouvements moteurs stéréotypés et répétitifs tels que se bercer sans arrêt ou battre des mains. La façon dont ces personnes utilisent les objets peut également être répétitive et stéréotypée telle qu'aligner des objets ou ouvrir et fermer une porte. Enfin, leur langage peut aussi être stéréotypé et répétitif. Ceux-ci peuvent notamment faire de l'écholalie immédiate (répéter les mots d'une autre personne) ou différée (dire à répétition les paroles d'une chanson, d'une émission, etc.) ainsi qu'employer un langage excessivement formel, un pseudoaccent ou des mots inventés. Une seconde manifestation se traduit par de l'insistance sur la similitude, une adhérence inflexible à des routines ou par des rituels de comportements verbaux ou non verbaux. L'individu pourrait par exemple vivre de la détresse suite à un changement minime à son horaire, avoir de la difficulté avec les transitions, avoir des modes de pensée rigides ou éprouver le besoin de faire une chose toujours de la même façon. Des intérêts fixes et très limités qui sont anormaux soit par le niveau d'attention qui leur est portée ou par leur intensité constituent la troisième manifestation. Une très forte préoccupation pour une chose, une idée, une activité ou une personne, un attachement exagéré à un objet ou le fait de passer plusieurs heures par jour à faire la même activité pourraient en être des exemples. La quatrième manifestation correspond à une hypersensibilité ou une hyposensibilité en réponse à des

stimuli sensoriels ou à un intérêt inhabituel pour des aspects sensoriels de l'environnement. Un manque de réaction à des stimuli tactiles, l'évitement de certains bruits ou textures, le besoin constant de toucher ou sentir des objets ou encore une fascination visuelle pour la lumière et le mouvement pourraient par exemple être observés.

Le troisième critère est que les symptômes soient présents dès la période de la petite enfance. Par contre, il se peut qu'ils se ne manifestent pleinement qu'à partir du moment où les demandes sociales surpasseront les capacités limitées de la personne ou que les symptômes soient au fil du temps masqués par des stratégies d'apprentissage.

Afin de répondre au quatrième critère, les symptômes doivent causer des difficultés cliniquement significatives dans le fonctionnement social, occupationnel ou tout autre domaine important du fonctionnement quotidien.

Le dernier critère est que les perturbations ne soient pas mieux expliquées par une déficience intellectuelle (trouble du développement intellectuel) ou un retard global de développement. La sévérité du trouble du spectre autistique est déterminée en fonction de la sévérité des difficultés de communication sociale et des comportements limités et répétitifs. Ces deux domaines sont cotés séparément selon une échelle à trois niveaux (besoin de soutien, de soutien important ou de soutien très important) correspondant chacun à une description spécifique des symptômes. La sévérité est reconnue comme pouvant varier dans certains contextes et fluctuer à travers le temps. En plus de répondre à ces critères diagnostiques, les enfants présentant un TSA ont fréquemment une déficience intellectuelle ou un trouble du langage. Des déficits moteurs tels qu'une démarche anormale ou de la maladresse sont aussi souvent présents. De l'automutilation (par exemple se cogner la tête ou se mordre) peut être observée et des comportements difficiles ou perturbateurs sont plus susceptibles de se produire chez ces jeunes (American Psychiatric Association, 2013a).

Ainsi, considérant la hausse de la prévalence du TSA et les difficultés vécues en lien avec ce diagnostic, les intervenants (éducateurs spécialisés) et différents professionnels de la santé (ergothérapeutes, infirmiers, kinésiologues, nutritionnistes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychoéducateurs, psychologues, sexologues et travailleurs sociaux) sont appelés à travailler auprès de cette clientèle. Selon l'étude de McLennan, Huculak et Sheehan (2008), l'ergothérapie est l'un des services les plus couramment reçus auprès d'enfants présentant un TSA.

2.2 Pratique en ergothérapie

La définition de la profession qui suit se base sur celle de l'Association canadienne des ergothérapeutes ainsi que sur celle de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec. Le rôle de l'ergothérapeute consiste à favoriser l'autonomie des gens afin de leur permettre d'organiser et d'effectuer les occupations qu'ils considèrent comme importantes. Le terme occupation comprend l'ensemble de ce que les personnes peuvent réaliser dans leur vie de tous les jours. Selon la vision ergothérapique, l'accomplissement d'occupations significatives est primordial à la santé et au bien-être. Celles-ci permettent à l'individu de se définir et par le fait même de mieux comprendre comment il se perçoit. Dans le cas d'un enfant, ses occupations pourraient, entre autres, correspondre à prendre soin de soi (par exemple participer à se laver et à s'habiller, aller sur la toilette, s'alimenter, dormir), se divertir (par exemple par des loisirs) et se développer (par exemple par des jeux solitaires ou avec des pairs). L'ergothérapeute contribue aussi à ce que le client ait une qualité de vie satisfaisante. Il facilite le maintien dans le milieu de vie de la personne et son inclusion dans la société. Pour ce faire, l'ergothérapeute fait d'abord appel à l'évaluation afin de déterminer le fonctionnement actuel du client. Il s'intéresse aux impacts des problèmes de santé physique et de santé mentale ainsi qu'à ceux de l'environnement sur les occupations puis aux occupations mêmes afin d'avoir une vision globale de la situation. Il obtient ces informations par des entrevues, des observations, des mises en situation ou des tests. Suite à cette évaluation, il établit un plan d'intervention dans le but d'optimiser le fonctionnement du client dans les occupations qui coïncident avec ses besoins, et ce, en travaillant en collaboration et en partenariat avec celui-ci.

Diverses interventions ergothérapeutiques sont ainsi utilisées auprès des enfants présentant un TSA afin d'améliorer leur fonctionnement au quotidien. À ce sujet, la littérature comprend quelques études ayant pour but de documenter la pratique courante en ergothérapie auprès de personnes présentant un TSA. Dans l'étude de Watling, Deitz, Kanny et McLaughlin (1999), 72 des ergothérapeutes américains travaillant dans divers programmes identifiés par la *Autism Research Institute* ont complété un questionnaire sur leur pratique auprès de la clientèle. Les résultats suggèrent que les théories et les schèmes de références les plus utilisés sont l'intégration sensorielle (99 %), l'approche développementale (88 %) et l'approche comportementale (73 %). Les techniques d'intervention quant à elles incluaient l'intégration sensorielle (99 %) et le renforcement positif (93 %). Similairement, dans l'étude de Case-Smith et Miller (1999), 292 ergothérapeutes faisant partie de la *Sensory Integration Special Interest Section* ou de la *School System Special Interest Section* de la *American Occupational Therapy Association* de l'Est et du Midwest des États-Unis ont complété un questionnaire sur leur pratique. D'après les résultats, l'intégration sensorielle et la modification de l'environnement sont les plus fréquemment appliquées. Finalement, dans l'étude de Kadar, McDonald et Lentin (2012), 66 ergothérapeutes provenant de l'état de Victoria en Australie ont rempli un questionnaire afin de documenter leur pratique. Les résultats proposent que les théories, les évaluations et les interventions qui sont associées ou basées sur les approches de traitement sensoriel et d'intégration sensorielle sont fortement utilisées par les participants. Ainsi, en se basant sur ces études, l'intégration sensorielle est l'une des interventions les plus fréquemment utilisées en ergothérapie auprès de la clientèle. Toutefois, les études ont été conduites aux États-Unis et en Australie. De plus, l'étude de Watling, Deitz, Kanny et McLaughlin (1999) et celle de Case-Smith et Miller (1999) datent d'un certain nombre d'années et il se peut que les pratiques aient changé considérant l'évolution théorique et scientifique de l'ergothérapie. En effet, les années 1990 se traduisent par un désir de la profession de perfectionner, de mesurer et de mettre en pratique les concepts fondamentaux de l'occupation et du rendement occupationnel. La publication du Modèle personne-environnement-occupation (Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby et Letts, 1996), du Modèle du processus d'intervention dans le rendement occupationnel (Fearing, Law et Clark, 1997) et du Modèle canadien du rendement

occupationnel (ACE, 1997) sont des preuves de l'avancé de la profession durant cette période (C. Green, Lertvilai et Bribresco, 2001). Depuis, l'importance et la compréhension du concept de l'occupation en tant que fondement de la pratique de l'ergothérapie centrée sur le client ont continué d'évoluer. Les modèles existants sur l'occupation et la pratique ont été revus ainsi qu'améliorés et de nouveaux modèles, tels que le Modèle canadien du processus de pratique (Polatajko, Craik, Davis et Townsend, 2013), présentant l'occupation comme un fondement de la pratique de l'ergothérapie ont été créés (Cockburn, 2011). Un questionnement émerge donc à savoir si ces études sont représentatives de la pratique des ergothérapeutes québécois et si celles-ci portent un regard actuel sur la situation. De plus, ces études ne décrivent pas en détail à quoi correspond l'utilisation faite de l'intégration sensorielle par les participants.

2.3 L'intégration sensorielle

Durant les années 1960 et particulièrement durant les années 1970, la recherche est devenue un thème plus fort au sein de l'ergothérapie considérant l'importance grandissante de la pratique fondée sur les évidences scientifiques (Cockburn, 2001a; Cockburn, 2001b). D'ailleurs, une revue de la littérature réalisée à cette époque indiquait un besoin primordial pour les ergothérapeutes de développer des connaissances qui leur sont propres, par la recherche, s'ils voulaient survivre et, dans certains cas, obtenir de la reconnaissance en tant que profession (Hunter, 1976). Ainsi, au cours de cette période où le modèle médical était encore fortement ancré, des efforts majeurs ont été faits pour exposer, élargir et trouver des évidences dans le but de raffermir les fondements théoriques de la pratique (Cockburn, 2001b). La théorie de l'intégration sensorielle est l'une des premières théories générées en ergothérapie se soumettant à la rigueur nécessaire pour fournir des preuves sur la validation de ses construits (Roley, Mailloux, Miller-Kuhanek et Glennon, 2007).

La théorie de l'intégration sensorielle ainsi que les procédures d'évaluation et les stratégies d'interventions qui y sont associées ont commencé à être développées dans les années 1950 par A. Jean Ayres, ergothérapeute possédant une formation avancée en neuroscience et en psychologie de l'éducation (Ayres et Robbins, 2005, révisé par

Pediatric Therapy Network; Bundy, Lane et Muray, 2002). Ses travaux sont devenus plus connus lorsqu'elle a publié pour la première fois le livre *Sensory Integration and the Child* à la fin des années 1970 (Ayes et Robbins, 2005, révisé par Pediatric Therapy Network). Son objectif premier en développant cette théorie était d'expliquer la cause sous-jacente des problèmes sensorimoteurs et d'apprentissage chez certains enfants afin de déterminer le mode d'intervention optimal pour ceux-ci (Ayes, 1972, 1975, 1980). Cette dernière décrit l'intégration sensorielle comme étant « le processus neurologique qui organise les sensations du propre corps et de l'environnement puis qui permet d'utiliser le corps efficacement dans l'environnement » (Ayes, 1972, p.11, [traduction libre]). Dans *Sensory Integration: theory and practice* (Bundy, Lane et Muray, 2002), les auteurs présentent les trois postulats majeurs sur lesquels se base la théorie de Ayres. Le premier postulat, décrivant le fonctionnement de l'intégration sensorielle, est que l'apprentissage dépend de la capacité à intégrer et à traiter les sensations du mouvement et de l'environnement puis de les employer pour planifier et organiser le comportement. Le deuxième postulat, définissant le dysfonctionnement de l'intégration sensorielle, est que les individus qui ont une capacité limitée à traiter les informations sensorielles peuvent avoir de la difficulté à produire des actions appropriées ce qui peut interférer avec l'apprentissage et le comportement. Le troisième postulat, guidant les programmes d'intervention, est qu'une expérience sensorielle contrôlée qui induit une réponse adaptée lors d'une activité significative augmente la capacité à traiter les informations sensorielles et améliore par le fait même l'apprentissage et le comportement. En plus de s'appuyer sur ce dernier postulat, les programmes d'interventions tels que développés par Ayres répondent à des principes fondamentaux (Parham et coll., 2007). Ces principes ont été organisés en deux domaines soit la préparation structurale de l'intervention et le processus d'intervention. La préparation structurale de l'intervention inclut la conception environnementale telle que l'espace, les dispositions relatives à la sécurité, les opportunités d'exploration et les qualifications du thérapeute. Ainsi, la thérapie doit se dérouler dans un environnement sécuritaire où se trouvent des équipements fournissant des sensations vestibulaire, proprioceptive et tactile et où sont possibles des occasions de praxis. L'intervention est délivrée par un ergothérapeute ou un aide-ergothérapeute sous la supervision directe d'un ergothérapeute, un physiothérapeute ou un orthophoniste

qualifié. Le processus d'intervention comprend 10 éléments de base accompagnés d'une description du comportement et de l'attitude du thérapeute. Le premier élément est que l'intervention fournit des opportunités sensorielles. Pour ce faire, le thérapeute présente à l'enfant des opportunités diverses d'expériences sensorielles incluant des sensations tactile, vestibulaire et proprioceptive. L'intervention implique plus d'une modalité sensorielle. Le deuxième élément est que l'intervention fournit des défis dont les exigences sont adaptées à l'enfant, afin d'évoquer une réponse adaptative face à ceux-ci. Le troisième élément est que les activités faites durant l'intervention sont choisies en collaboration. Le thérapeute ne planifie pas des activités à l'avance indépendamment de l'enfant. Il le traite plutôt comme un collaborateur actif au processus thérapeutique en lui permettant d'avoir un certain contrôle sur le choix des activités. Le quatrième élément correspond au fait que l'auto-organisation de l'enfant est guidée. Le thérapeute supporte et guide l'auto-organisation du comportement de l'enfant afin qu'il fasse des choix et planifie lui-même son comportement dans la mesure où il en est capable. Il encourage l'enfant à développer des idées et des plans pour les activités. Le cinquième élément est que l'intervention sollicite un éveil optimal de l'enfant. Le thérapeute veille à ce que l'intervention soit propice à l'atteinte et au maintien d'un niveau d'éveil optimal chez l'enfant en apportant des changements à l'environnement ou à l'activité afin de supporter l'attention, l'engagement et le confort de ce dernier. Le sixième élément correspond à créer un contexte de jeu. Le thérapeute crée ce contexte en se basant sur la motivation intrinsèque de l'enfant et sur le plaisir qu'il démontre lors des activités. Le septième élément correspond à maximiser le succès de l'enfant. Le thérapeute présente ou modifie les activités afin que l'enfant vive un succès en faisant une partie ou en totalité une activité impliquant une réponse à un défi. Le huitième élément est d'assurer la sécurité physique. Le thérapeute veille à la sécurité physique de l'enfant par la mise en place de l'équipement thérapeutique et de protection ou par sa proximité physique et ses actions. Le neuvième élément correspond à aménager la salle pour que l'enfant s'engage dans les activités. Le thérapeute dispose la salle ainsi que le matériel qui s'y trouve de manière à motiver l'enfant à choisir et à s'engager dans une activité. Le dixième élément correspond à favoriser une alliance thérapeutique. Le thérapeute respecte les émotions de l'enfant,

transmet un regard positif à l'égard de ce dernier, semble avoir une connexion avec celui-ci et crée un climat de confiance ainsi que de sécurité émotionnelle.

Suite aux travaux de Ayres, d'autres formes d'intervention axées sur l'aspect sensoriel ont été créées et ont commencé à être utilisées par les ergothérapeutes. Une confusion conceptuelle existe à l'égard de ces autres formes d'intervention. De ce fait, il n'y a pas de consensus par rapport à l'emploi du terme intégration sensorielle lorsqu'il s'agit de ces autres formes d'interventions (Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé, 2010). Afin de protéger ainsi que préserver l'important travail fait par Ayres et permettre à celui-ci de continuer d'évoluer, Roley, Mailloux, Miller-Kuhanek et Glennon (2007) ont jugé important que l'intégration sensorielle telle que développée par cette dernière ne soit pas confondue avec ces autres formes d'intervention. C'est pourquoi ils ont créé un terme spécifique, soit l'intégration sensorielle de Ayres.

Parmi les formes d'intervention apparentées à l'intégration sensorielle de Ayres qui ont été développées, deux seront discutées dans le cadre de cet essai. Ce choix est fondé sur le fait qu'elles visent entre autres à rétablir le déficit du fonctionnement neurologique tout comme l'intégration sensorielle de Ayres. Yack, Aquilla et Sutton (2002) abordent les deux formes d'intervention retenues dans le livre *Building Bridges Through Sensory Integration*. La première forme d'intervention correspond aux régimes sensoriels. Un régime sensoriel est un programme d'activités planifiées et structurées conçu pour répondre aux besoins sensoriels spécifiques de l'enfant pouvant être implanté à la maison, à la garderie et à l'école. Cette approche développée par Wilbarger et Wilbarger (1991) a pour but de fournir la combinaison parfaite de stimuli sensoriels au jeune afin d'atteindre et de maintenir un niveau optimal d'excitation et de performance du système nerveux. En satisfaisant les besoins sensoriels du système nerveux, cela permet de prévenir une surcharge sensorielle et émotionnelle. Le fait d'être engagé dans des expériences sensorielles à un horaire régulier peut également aider l'enfant à se concentrer, participer et interagir. La capacité à traiter les sensations et à y répondre de façon appropriée peut aussi être renforcée par un régime sensoriel adapté. Les activités

sensorielles qui ont un impact le plus significatif sur le système nerveux et qui dure le plus longtemps sont celles fournissant une stimulation du sens vestibulaire, proprioceptif ou du toucher profond (Wilbarger, 1995). D'autres types d'activités peuvent être bénéfiques, mais leur impact n'est pas aussi important. Ces activités durent une plus courte période de temps et comprennent généralement des stimulations de la bouche, auditive, visuelle ou olfactive.

La deuxième forme d'intervention correspond à l'utilisation d'une ou plusieurs modalités d'intervention fournissant une expérience sensorielle contrôlée dans l'objectif de favoriser une réponse adaptée et fonctionnelle aux stimuli sensoriels. L'intervention ne répond toutefois pas à l'ensemble des principes fondamentaux de Ayres. Un exemple de ce type d'intervention serait d'employer le Protocole de Wilbarger (1991). Ce dernier consiste à utiliser une brosse chirurgicale spécifique afin de fournir lentement et de façon méthodologique des pressions profondes sur une grande partie de la surface de la peau. La personne reçoit ensuite des compressions douces sur les épaules, les coudes, les poignets, les doigts, les hanches, les genoux, les chevilles et le sternum. La routine complète devrait durer environ trois minutes et elle devrait être faite toutes les 90 minutes. Pour des fins de clarté, le terme intégration sensorielle selon une approche de réadaptation sera utilisé dans l'essai afin de désigner l'intégration sensorielle de Ayres ainsi que les deux autres formes d'interventions retenues.

Bien qu'abondamment utilisée, la théorie neurologique sur laquelle s'appuie la thérapie de l'intégration sensorielle de Ayres est controversée (Baranek, 2002). Plus particulièrement, les études portant sur la thérapie d'intégration sensorielle et sur les interventions apparentées axées sur l'aspect sensoriel auprès d'enfants présentant un TSA procurent des preuves limitées et variables que ces interventions parviennent à rétablir les problèmes sensoriels ou ont des bénéfices autres chez la clientèle (Leong et Carter, 2008; Odom et coll. 2010; Prior et coll. 2011). En effet, il n'est pas évident de se positionner sur l'efficacité de l'intégration sensorielle du au fait que la majeure partie des études à ce sujet manquent de rigueur méthodologique (sélection et description des participants, répartition aléatoire dans les différentes interventions, taille adéquate des échantillons, mesure des

résultats) et que les traitements ne sont pas suivis fidèlement (application opérationnelle de l'intervention) (Baranek, 2002; Dawson et Watling, 2000; Lang et coll., 2012; Parham et coll., 2007).

2.4. Objectif et question de recherche

Cet essai vise à documenter la pratique actuelle des ergothérapeutes québécois auprès d'enfants présentant un TSA. Plus spécifiquement, il a pour objectif de dresser un portrait de l'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation par ceux-ci auprès de la clientèle d'enfants présentant un TSA. Il cherche à répondre précisément à la question suivante: quelle est l'utilisation actuelle de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation par les ergothérapeutes québécois travaillant auprès d'enfants présentant un TSA?

3. CADRE CONCEPTUEL

Tel que mentionné précédemment, cet essai s'intéresse à la pratique des ergothérapeutes québécois auprès d'enfants présentant un TSA, plus précisément à leur utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation. Le Modèle canadien du processus de pratique (Polatajko, Craik, Davis et Townsend, 2013) qui est un modèle du processus de l'habilitation occupationnelle en ergothérapie fondée sur les analyses des données probantes et centrée sur le client a été utilisé afin de parvenir à l'atteinte de l'objectif. Il a guidé la création du questionnaire pour la cueillette des données et il a permis de structurer la présentation des résultats. Ce modèle est illustré ci-dessous à la Figure 1.

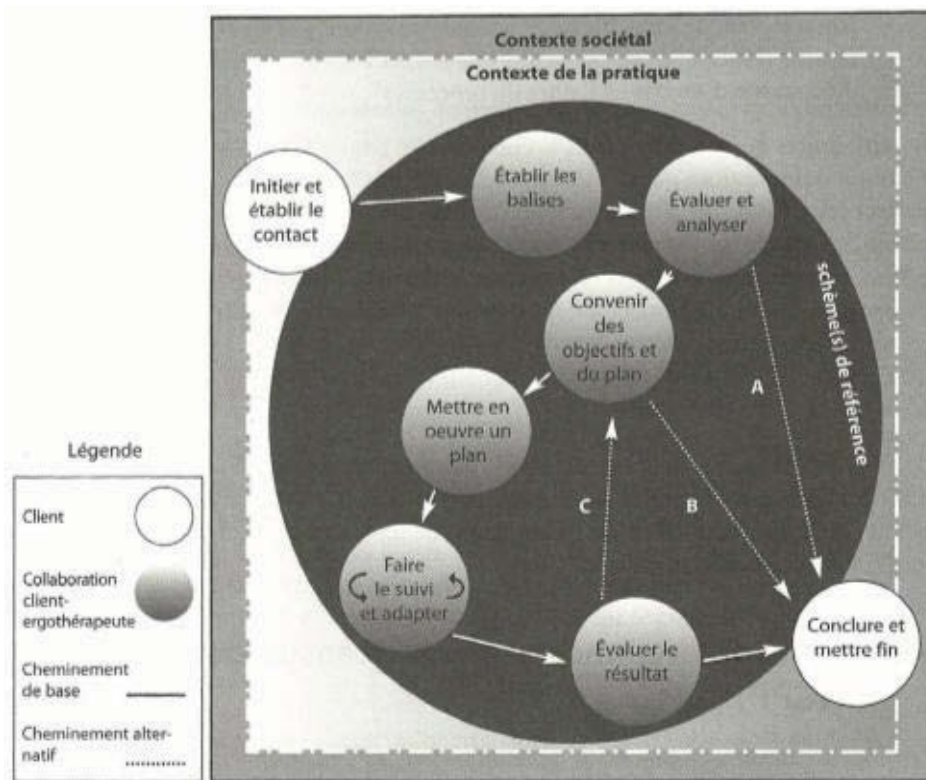


Figure 1. Modèle canadien du processus de pratique.

Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J., et Townsend, E. A. (2013). Figure 9.1 (MCP) Modèle canadien du processus de pratique. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko, *Habiliter à l'occupation- Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. p. 274 Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Le MCPP guide le thérapeute dans un processus de pratique, centré sur l'occupation, afin d'habiliter le client à un changement qui correspond à ses objectifs au plan de son rendement et de son engagement occupationnel. L'habilitation est la compétence primordiale et fondamentale en ergothérapie s'articulant autour d'une gamme d'habiletés clés pertinentes et entrelacées, soit adapter, revendiquer, collaborer, consulter, coordonner, concevoir/réaliser, éduquer, engager et expertise. L'habilitation est collaborative (Townsend et coll., 2013). Ainsi, un échange dynamique et réciproque a lieu entre les deux principaux agents du modèle, soit l'ergothérapeute et le client. Le processus de pratique est composé de quatre éléments distincts. Les trois premiers sont contextuels soit le contexte sociétal, le contexte de la pratique et le ou les schèmes de références. Le contexte sociétal comprenant des éléments culturels (par exemple les habitudes et rituels selon un groupe culturel, la culture au sein d'une profession et d'un milieu de travail), institutionnels (par exemple le système de soins de santé, les politiques et procédures d'un milieu de travail ou d'un milieu scolaire), physiques (par exemple les environnements naturels, les environnements construits, la technologie), sociaux (par exemple le soutien de la famille, des pairs et en milieu de travail, les ressources communautaires) et environnementaux. Ainsi, en tant que citoyens faisant chacun partie d'un contexte sociétal, l'ergothérapeute et le client ont des croyances, des attitudes, des valeurs et des capacités différentes. Le contexte de pratique quant à lui est compris à l'intérieur du contexte sociétal. Il fait référence à la relation client-thérapeute qui est influencée par les facteurs personnels et environnementaux propres à chacun, le code déontologique et éthique du professionnel ainsi que la vision du client de son rôle dans le processus de la pratique en ergothérapie. Pour ce qui est des schèmes de références, ils correspondent à des ensembles de théories, de construits et de concepts déterminant la perception, la compréhension ainsi que la manière dont sont abordés les difficultés et les défis occupationnels et qui guident les choix des ergothérapeutes durant tout le processus de pratique. Le quatrième élément en est un de processus. Il comprend huit points d'actions impliquant chacun une action à poser ou une décision à prendre. Les points d'actions sont les suivants : initier et établir le contact, établir les balises, évaluer et analyser, convenir des objectifs et du plan, mettre en œuvre un plan, faire le suivi, évaluer le résultat puis conclure et mettre fin.

4. MÉTHODE

4.1. Devis

Afin d'atteindre l'objectif de recherche, soit de documenter l'utilisation actuelle de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès d'enfants présentant un TSA par des ergothérapeutes québécois, un devis mixte a été retenu. Le devis mixte se définit comme un devis qui combine, dans la même étude, des approches de recherche et, plus spécifiquement, un langage, des concepts et des stratégies quantitatives et qualitatives (Fortin, 2010).

4.2. Participants

La population cible de cette étude est constituée d'ergothérapeutes travaillant auprès de la clientèle infantile présentant un TSA. Plus spécifiquement, un second critère d'inclusion des participants était qu'ils aient environ un an d'expérience, soit plus de 6 mois, auprès de la clientèle. Ce critère a été établi dans le but que les participants aient eu des expériences variées auprès de la clientèle afin de maximiser la représentativité de leur pratique. Aucun critère d'exclusion n'a été établi.

4.3. Méthode de recrutement

La méthode d'échantillonnage utilisée est un échantillonnage non probabiliste par réseau. En premier lieu, deux ergothérapeutes faisant partie de deux regroupements différents d'ergothérapeutes en déficience intellectuelle et en trouble autistique ont été contactées par téléphone. Celles-ci ont accepté de présenter brièvement aux autres ergothérapeutes de leur regroupement respectif le sujet de cet essai ainsi que les critères d'inclusion lors de l'une de leurs rencontres. Puis, elles ont demandé aux ergothérapeutes s'ils accepteraient que la chercheuse entre en contact avec eux afin de leur fournir plus de détails sur la recherche. Suite à ces présentations, l'un des regroupements a accepté de partager leur liste de courriels et l'autre a accepté que les informations leur soient transmises par courriel par l'intermédiaire de l'ergothérapeute leur ayant parlé de l'essai. Un courriel de recrutement mentionnant le but de la recherche et les critères d'inclusion des participants a été envoyé, accompagné en pièce jointe d'une lettre d'information

fournissant plus de détails sur la recherche (voir annexe A) afin que les ergothérapeutes puissent prendre une décision libre et éclairée sur leur participation. Advenant le cas où les ergothérapeutes désiraient participer, l'adresse internet à laquelle se trouvait le questionnaire en ligne ainsi que le mot de passe pour y avoir accès étaient également mentionnés dans le courriel de recrutement. Une première relance électronique a été faite aux ergothérapeutes du premier regroupement deux semaines avant la date de fin pour répondre au questionnaire et une seconde cinq jours avant. Les ergothérapeutes du deuxième regroupement ont reçu le courriel de recrutement plus tard que ceux du premier en raison de difficultés de communication entre l'ergothérapeute source et la chercheuse. Ceux-ci n'ont reçu qu'une seule relance électronique soit 5 jours avant la date de fin pour répondre au questionnaire. De plus, les ergothérapeutes des deux regroupements ont été invités à transmettre les informations sur la recherche et les coordonnées de la chercheuse s'ils connaissaient d'autres ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion. Au total, vingt participants ont accepté de participer à la recherche (n=20).

4.4. Collecte des données

L'outil de cueillette des données utilisé est un questionnaire en ligne accessible par un mot de passe. Celui-ci a été conçu par la chercheuse dans le but de documenter l'utilisation actuelle de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès de jeunes présentant un TSA par des ergothérapeutes québécois. Il a été créé en utilisant l'outil Banque Interactive de Questions (BIQ) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le questionnaire a été validé par le directeur d'essai et par une clinicienne. Ce dernier, qui est disponible en version Word à l'annexe B, se divise en cinq sections. Préalablement à la première section, les consignes à respecter sont présentées. Ce paragraphe comprend une description du but de la recherche et une clarification de la définition de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation. Des informations sont également fournies sur le temps nécessaire afin de répondre au questionnaire et sur le nombre de questions à remplir. La deuxième section du questionnaire permet d'en savoir davantage sur les caractéristiques du répondant (âge, genre, diplôme donnant accès à la pratique de l'ergothérapie et expérience professionnelle auprès de la clientèle). La troisième section du questionnaire informe des moyens par

lesquels le répondant a développé ses connaissances sur l'intégration sensorielle. La quatrième section du questionnaire documente l'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation. Le questionnaire a été programmé pour que les questions posées dans cette section varient en fonction de la réponse du répondant à la première question sur la fréquence d'utilisation. Selon cette fréquence (tous les jours, quelques fois par semaine, une fois par mois ou une fois par année), les ergothérapeutes devaient développer sur les circonstances d'utilisation et le(s) objectif(s) poursuivi(s). Il leur était également demandé de décrire une séance type, de mentionner les effets à court terme et à long terme observés ainsi que les facteurs autres que l'intervention pouvant expliquer ces effets et de préciser s'ils avaient déjà arrêté ce type d'intervention avant l'atteinte des objectifs thérapeutiques. Pour ce qui est des participants répondant ne jamais utiliser l'intégration sensorielle, il leur était demandé d'expliquer les circonstances faisant en sorte qu'ils ne l'utilisent pas. De plus, il était demandé à l'ensemble des participants de partager leur perception concernant l'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès de la clientèle ciblée par l'étude, ainsi que leur pensée par rapport à l'affirmation que l'efficacité de ce type d'intervention auprès de la clientèle est souvent remise en question dans la littérature scientifique. Finalement, dans la dernière section du questionnaire, les participants étaient invités à partager des commentaires supplémentaires sur le sujet s'ils en avaient. Certaines questions étaient à choix de réponses alors que d'autres étaient à développement. Les réponses aux questions à développement étaient programmées pour pouvoir contenir jusqu'à un maximum de 4000 caractères. Le questionnaire a été accessible en ligne durant une période d'environ un mois. Les participants pouvaient le compléter au moment et au temps de leur choix en dehors de leurs heures de travail.

4.5. Analyse des données

Les données recueillies par le questionnaire ont permis de documenter l'utilisation actuelle de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès de la clientèle par des ergothérapeutes québécois. Les données quantitatives, soit celles obtenues aux questions à choix de réponses, ont été analysées par pourcentage. L'analyse des données qualitatives, soit celles obtenues aux questions à développement, a été faite

conformément à une approche d'analyse de contenu (Bardin, 1977) afin de permettre de dégager les thèmes importants. Ainsi, une analyse des unités de sens (codification), une interprétation des codes et une synthèse des éléments ont été faites. Les thèmes étant ressortis à certaines questions ont été représentés de manière objective par pourcentage de participants les ayant mentionnés alors que d'autres ont été discutés de manière subjective.

4.6. Considérations éthiques

Le projet de recherche a été accepté le 26 mai 2014 par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CDERS-14-03-06.03). La participation des répondants à la recherche s'est faite sur une base volontaire et leur consentement a été obtenu par une question obligatoire du questionnaire en ligne. La confidentialité des participants a été préservée grâce au fait que les réponses au questionnaire étaient programmées pour être confidentielles. Ainsi, les réponses de chaque participant étaient identifiées par un code numérique, ce qui fait en sorte que leurs noms étaient inconnus par la chercheuse.

5. RÉSULTATS

Un total de 23 participants ont complété en partie ou en totalité le questionnaire en ligne. Sur ce nombre, les réponses de trois participants n'ont pas été retenues dans le cadre de la recherche puisqu'elles ne permettaient pas de répondre au but de l'étude soit de documenter l'utilisation actuelle de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès de la clientèle par des ergothérapeutes québécois. En effet, dans l'un des questionnaires, seule la question sur le consentement avait été complétée alors que dans deux autres, seules la question sur le consentement et celles sur les caractéristiques des participants l'étaient. Ainsi, les réponses de 20 participants ont été prises en compte. Les résultats, basés sur les réponses des participants, ont été classés en fonction du cadre conceptuel utilisé.

5.1. Résultats présentés selon le modèle canadien du processus de pratique

5.1.1. Agents du modèle

Tel que mentionné dans le cadre conceptuel, les deux principaux agents du modèle, soit l'ergothérapeute et le client, sont tous deux influencés par des facteurs personnels et environnementaux. Certains de ces facteurs sont présentés.

5.1.1.1. L'ergothérapeute

L'âge des ergothérapeutes ayant participé à l'étude est réparti entre trois catégories. La majorité d'entre eux, soit 60 %, sont âgés de moins de 30 ans. La catégorie entre 30 et 40 ans vient ensuite avec un pourcentage de 30 %. Puis, 10 % ont entre 40 et 50 ans. La Figure 2 illustre la répartition des participants en fonction de leur âge.

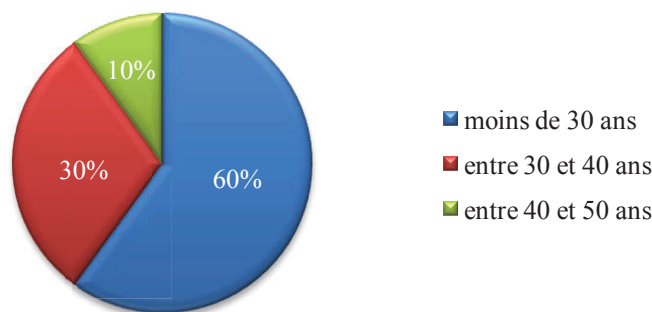


Figure 2. Répartition des participants en fonction de leur âge

La majorité des participants, soit 90 %, sont des femmes. Deux participants sont de sexe masculin. La Figure 3 offre un portrait de la répartition des participants en fonction de leur genre.

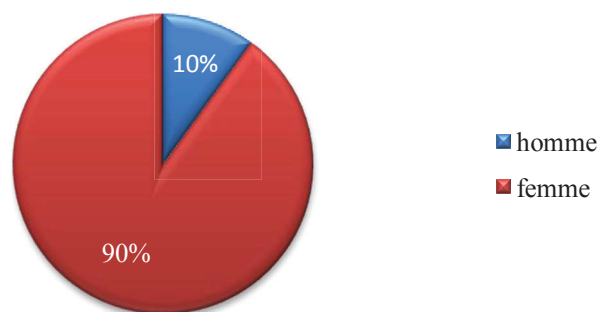


Figure 3. Répartition des participants en fonction de leur genre

Tel qu'illustré à la Figure 4, la maîtrise en ergothérapie est le diplôme donnant accès à la pratique de l'ergothérapie au plus grand nombre de participants, soit à 55 % d'entre eux, tandis que 45 % y ont accès grâce à un baccalauréat en ergothérapie.

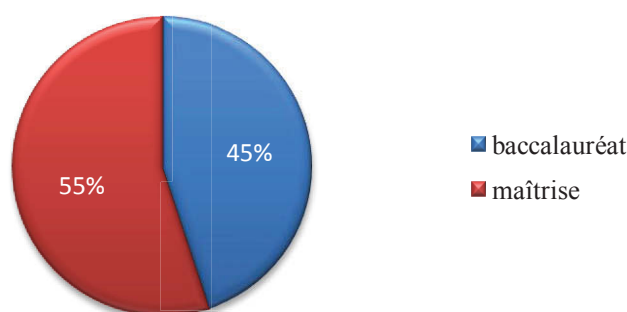


Figure 4. Répartition des participants en fonction de leur diplôme donnant accès à la pratique de l'ergothérapie

L'expérience professionnelle des participants auprès de la clientèle infantile présentant un TSA est séparée en trois catégories. Les catégories les plus représentées sont celles correspondant à moins de deux ans d'expérience et à plus de cinq ans d'expérience avec tous deux un pourcentage de 40 %. Une expérience entre deux et cinq ans correspond à 20 % des participants. Cette répartition est illustrée à la Figure 5.

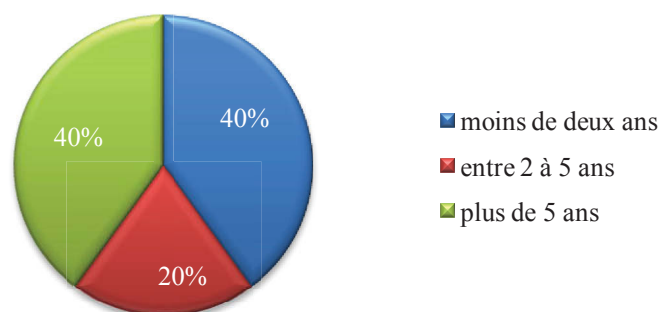


Figure 5. Répartition des participants en fonction de leur expérience professionnelle auprès de la clientèle infantile présentant un TSA

Les participants mentionnent de nombreux moyens par lesquels ils ont développé leurs connaissances sur l'intégration sensorielle. Celui qui revient le plus fréquemment, soit dans 95 % des cas, est la discussion avec des collègues. Ces discussions ont lieu au quotidien, lors de groupes de codéveloppement ou lors de regroupement d'ergothérapeutes en déficience intellectuelle et en trouble du spectre autistique. Divers types de formation en lien avec l'intégration sensorielle tels que des formations intensives sur l'intégration sensorielle ainsi que des activités de formation continue reconnues ont également contribué à l'élargissement du savoir de plusieurs, soit de 90 % des participants. La formation la plus suivie est la formation intensive de 50 heures intitulée « L'approche d'intégration sensorielle utilisée en réadaptation : impacts sur les habitudes de vie » présentée par Marie-Josée Tessier, ergothérapeute. Faire des lectures critiques est un moyen évoqué par 65 % des participants. Les lectures critiques correspondent à la lecture d'articles scientifiques ou de livres. Un participant a également mentionné la page Facebook se nommant *Sensory Integration Network* (<https://www.facebook.com/SensoryIntegrationNetwork>). La formation universitaire en ergothérapie est mentionnée par 60 % des participants. La supervision clinique est rapportée par 30 % pourcent des participants alors que 25 % soulignent le fait d'avoir eu un stage clinique dans un milieu utilisant cette approche. L'expérimentation auprès de clients ainsi que l'exploration des bases de sources documentaires sont toutes deux un moyen identifié par 10 % des participants. Un participant, 5 % de la population, aborde la visite d'un milieu clinique utilisant cette approche. Le Tableau 1 présente ces divers moyens.

L'un des participants souligne l'importance que l'ergothérapeute ait une bonne compréhension de l'intervention afin d'utiliser les modalités appropriées auprès de l'enfant.

Tableau 1. *Moyens par lesquels les participants ont développé leurs connaissances sur l'intégration sensorielle*

Moyens	Pourcentage
Discussion avec des collègues	95 %
Formations intensives sur l'intégration sensorielle et activités de formation continue reconnues	90 %
Lectures critiques	65 %
Formation universitaire en ergothérapie	60 %
Supervision clinique	30 %
Stage clinique	25 %
Expérimentation auprès des clients	10 %
Exploration des bases de sources documentaires	10 %
Visite de milieu clinique	5 %

5.1.1.2. *Le client*

Le client correspond à des enfants ayant un TSA. Leur âge est variable soit d'âge préscolaire ou d'âge scolaire. Plusieurs de ces jeunes présentent des difficultés de fonctionnement dans leurs occupations quotidiennes telles que l'alimentation, l'habillage, l'hygiène et le sommeil. Certains manifestent des troubles de comportement ou des comportements d'automutilation. Une partie d'entre eux ont des difficultés d'apprentissage ou des difficultés à être disponibles pour les différentes tâches attendues pour leur âge ou pour leur niveau de développement. Des difficultés oculomanuelles, d'intégration visuo-vestibulaire ou au plan de la conscience corporelle, un trouble de la coordination et de la dyspraxie sont aussi vécus par certains. L'ensemble de ces difficultés serait en partie expliqué par des particularités sensorielles. De plus, ces jeunes possèdent des intérêts ainsi que des motivations propres à chacun. La prise en compte de ceux-ci par l'ergothérapeute influence positivement la mise en œuvre du plan soit de l'intervention en intégration sensorielle. Malgré tout, le niveau de collaboration de chacun peut différer.

5.1.2. Contexte sociétal

L'enfant évolue dans divers milieux de vie tels la maison, la garderie ou l'école et son réseau social peut inclure différentes personnes notamment les membres de sa famille, l'éducateur spécialisé, l'éducateur de garde ou l'enseignante. La compréhension que ces divers

milieux de vie ont des difficultés vécues par l'enfant et la concertation entre ceux-ci ont un impact sur la mise en œuvre du plan soit de l'intervention en intégration sensorielle. En effet, pour que l'efficacité de l'intervention soit optimale et qu'elle se maintienne dans le temps, des participants disent que les milieux de vie de l'enfant doivent avoir une même compréhension de ses difficultés puis se concerter pour que les modalités sensorielles soient incluses dans son quotidien et qu'il puisse y avoir accès par lui-même. Toutefois, cela n'est pas toujours évident en fonction de l'implication et de la collaboration de chaque milieu ainsi que leur disponibilité considérant que certaines modalités sensorielles exigent beaucoup de temps à implanter. La disponibilité des parents peut aussi avoir une influence sur la fréquence des séances d'intervention.

5.1.3. Contexte de pratique

L'influence du contexte de pratique sur le processus de pratique ressort dans les résultats. L'un des participants rapporte ne pas utiliser l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation puisque l'offre de service de l'organisation pour laquelle il travaille ne lui permet pas d'offrir l'intensité nécessaire afin de faire un tel suivi. Pour ce qui est des autres participants, le format de prestation des services en ergothérapie décidé par l'organisation semble avoir un impact sur l'utilisation qu'ils font de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation. À l'appui, certains participants affirment ne pas faire de séance d'intégration sensorielle puisqu'ils ont un rôle de consultant. Ils font plutôt des recommandations aux différents milieux de vie afin qu'ils incluent un régime sensoriel ou des stratégies sensorielles dans le quotidien de l'enfant. Un autre participant mentionne qu'il n'est pas toujours possible d'appliquer l'intervention en intégration sensorielle à une fréquence optimale en raison des contraintes budgétaires de l'organisation. Également en raison des contraintes budgétaires de l'organisation, un participant dit faire des séances d'intégration sensorielle seulement avec les enfants ayant des difficultés sur le plan de l'alimentation et que la résolution des autres difficultés implique les milieux de vie avec l'aide de ses recommandations. Il arrive aussi que l'enfant change de programme puisqu'il a atteint l'âge maximal pour en faire partie, ce qui mène à une cessation du suivi en intégration sensorielle par manque d'ergothérapeute dans le nouveau programme. Le fait que les salles de thérapie ne sont pas toujours adaptées pour réaliser ce type d'intervention, surtout avec des enfants plus

vieux ou avec des troubles de comportement, peut aussi mener à la cessation d'une intervention en intégration sensorielle.

5.1.4. Schèmes de référence

La théorie de l'intégration sensorielle correspond au schème de référence sur lequel les participants s'appuient lorsqu'une intervention en intégration sensorielle selon une approche de réadaptation est envisagée. Il a été demandé aux participants de répondre à quelle fréquence ils utilisent l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès de la clientèle parmi un choix de cinq catégories. L'ensemble des participants a complété cette question. La catégorie qui revient le plus fréquemment, soit 55 % des cas, est quelques fois par semaine. Vient ensuite la catégorie une fois par mois avec un pourcentage de 20 %. Un pourcentage égal de participants, soit 10 %, ont répondu à la catégorie tous les jours et la catégorie une fois par année. Un seul participant, 5 % de la population, rapporte ne jamais utiliser cette approche. La Figure 6 illustre la répartition des participants en fonction de la fréquence d'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation. Le Tableau 2 présente la fréquence d'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation en fonction des facteurs personnels des participants.

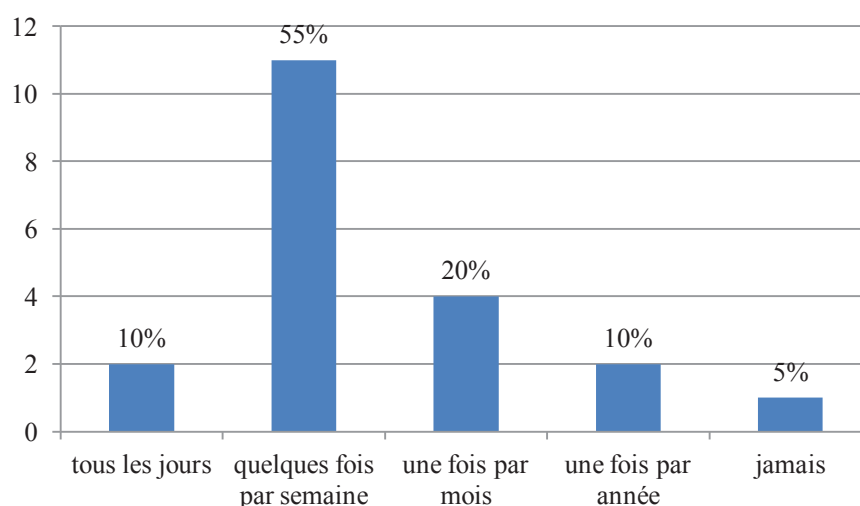


Figure 68. Répartition des participants en fonction de leur fréquence d'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès de la clientèle

Tableau 2. *Fréquence d'utilisation de l'intégration sensorielle en fonction des facteurs personnels des participants.*

Fréquence d'utilisation	Facteur d'âge			Facteur du genre		Facteur du diplôme		Facteur de l'expérience		
	Moins de 30 ans	Entre 30 et 40 ans	Entre 40 et 50 ans	Femme	Homme	B.Sc.	M.Sc.	Moins de 2 ans	Entre 2 et 5 ans	Plus de 5 ans
À tous les jours	8 %	≈ 17 %	0 %	11 %	0 %	11 %	9 %	≈ 13 %	25 %	0 %
Plusieurs fois/semaine	50 %	50 %	100 %	50 %	100 %	56 %	55 %	≈ 63 %	25 %	≈ 63%
Une fois/mois	25 %	≈ 17 %	0 %	22 %	0 %	11 %	27 %	≈ 13 %	25 %	≈ 13 %
Une fois/année	8 %	≈ 17 %	0 %	11 %	0 %	11 %	9 %	≈ 13 %	25 %	≈ 13%
Jamais	8 %	0 %	0 %	6 %	0 %	11 %	0 %	0 %	0 %	≈ 13%

Certains participants précisent combiner la théorie de l'intégration sensorielle à d'autres approches, par exemple, à une approche compensatoire.

5.1.5. Points d'actions du modèle

5.1.5.1. Initier et établir le contact

Bien que les réponses au questionnaire ne permettent pas de documenter spécifiquement ce point d'action, le contexte de pratique et le contexte sociétal à l'intérieur desquels la relation s'amorce ont été discutés précédemment.

5.1.5.2. Établir les balises

Théoriquement, c'est à ce point d'action que les difficultés occupationnelles du client sont identifiées. Huit participants ont documenté les difficultés vécues par les jeunes présentant un TSA qui sont des circonstances d'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation. Certaines sont occupationnelles alors que d'autres sont centrées sur les capacités. La difficulté la plus citée concerne le fonctionnement dans les occupations quotidiennes telles que l'alimentation, l'habillage, l'hygiène et le sommeil. La présence de troubles de comportement ou de comportements d'automutilation correspond à d'autres

difficultés pouvant être vécues par ces enfants. Des difficultés d'apprentissage ou des difficultés à être disponible pour les différentes tâches attendues pour leur âge ou pour leur niveau de développement touchent aussi certains d'entre eux. Des difficultés oculomanuelles, d'intégration visuo-vestibulaire ou au plan de la conscience corporelle, un trouble de la coordination et de la dyspraxie sont en plus mentionnés.

5.1.5.3. Évaluer et analyser

Tel que mentionné, les difficultés vécues par les enfants présentant un TSA étaient identifiées par les huit participants comme des circonstances d'utilisation de l'intégration sensorielle. Ceci dit, il est possible d'en conclure que des particularités sur le plan sensoriel correspondent pour les participants à une explication plausible de ces difficultés suite à une évaluation approfondie de ceux-ci.

5.1.5.4. Convenir des objectifs et du plan

Théoriquement, c'est à ce point d'action que l'ergothérapeute convient avec le client et les parties concernées des objectifs occupationnels et du plan. Douze des vingt participants ont documenté les objectifs poursuivis lors de l'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès de la clientèle. Certains objectifs sont centrés sur les capacités alors que d'autres sur les occupations. Le Tableau 3 présente pour chaque objectif le pourcentage, arrondi à l'unité près, d'ergothérapeutes l'ayant mentionné. L'objectif de favoriser le fonctionnement et la participation de l'enfant dans diverses occupations significatives était mentionné au sens large par certains participants, mais il regroupe également les objectifs occupationnels précis mentionnés par d'autres. Sur le plan de l'alimentation, les objectifs étaient que l'enfant mange une plus grande variété d'aliments et qu'il demeure assis à table durant les repas. Pour ce qui est de l'habillement, l'objectif était que l'enfant porte différents vêtements. Concernant l'hygiène, les objectifs étaient que l'enfant se lave et se brosse les dents. Il était aussi désiré que l'enfant dorme mieux. L'objectif de normaliser la réponse à certains stimuli inclut, entre autres, de diminuer les défenses tactiles et orales ou augmenter la sensibilité orale.

Tableau 3. *Objectifs poursuivis lors de l'utilisation de ce type d'intervention auprès de la clientèle*

Objectifs centrés sur les capacités	Pourcentage
Améliorer la disponibilité de l'enfant lors des apprentissages ou dans le but de favoriser sa participation et un fonctionnement optimal lors des différentes activités de sa vie quotidienne	75 %
Normaliser la réponse à certains stimuli	42 %
Augmenter la conscience corporelle	25 %
Améliorer le contrôle postural	17 %
Améliorer le bien-être et le confort de l'enfant dans son environnement	17 %
Favoriser une autorégulation sensorielle de la part de l'utilisateur	17 %
Normaliser le niveau d'agitation motrice	17 %
Améliorer la gestion de l'anxiété	8 %
Améliorer la motricité fine	8 %
Diminuer les comportements d'autostimulation	8 %
Diminuer les comportements d'automutilation	8 %
Objectifs centrés sur les occupations	Pourcentage
Favoriser le fonctionnement et la participation de l'enfant dans diverses occupations significatives	67 %

5.1.5.5. *Mettre en œuvre un plan*

Douze des vingt participants ont décrit une séance type d'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation en précisant la durée des séances, la fréquence, la durée de l'intervention et les modalités utilisées. Sur ce nombre, 58 % mentionnent faire des séances d'intégration sensorielle. La durée des séances est variable d'un répondant à l'autre, soit entre 20 et 60 minutes. Il en est de même pour la fréquence, soit généralement entre 3 fois par semaine et une fois par mois. La durée de l'intervention n'est pas précisée par chacun d'eux, mais elle varie de 6 à 12 semaines en se basant sur ceux qui l'ont mentionné. Certains agissent en co-intervention avec l'éducateur spécialisé, l'orthophoniste ou le psychologue de l'enfant. Pour ce qui est des modalités utilisées, elles comprennent différentes stimulations soit des sens proprioceptif et vestibulaire (par exemple des activités sur trampoline, suspensions, planches à roulettes et ballons d'exercices), du toucher (par exemple vibrations péribuccales et au niveau des membres, massages péribuccaux, pressions profondes au niveau des membres), du goûter (par exemple essais de goûts et textures aimés et non aimés par l'enfant), de la vue et de l'ouïe. Il n'est pas possible de savoir si les séances d'intervention faites par certains participants correspondent à de l'intégration sensorielle de Ayres, puisque la description de celles-ci ne permet pas de déterminer si l'ensemble des principes fondamentaux sont respectés. Toutefois, d'autres précisent ne pas faire d'intégration sensorielle, mais plutôt s'inspirer de cette approche ou de la combiner à d'autres. En plus des séances, une partie du travail peut être fait au

quotidien par la famille, la garderie, l'école et l'éducateur spécialisé du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement dans un contexte d'intervention comportementale intensive (jusqu'à 20 heures/semaine) dans le milieu naturel de l'enfant. Ceux-ci peuvent reprendre le type d'activités sensorielles utilisées par l'ergothérapeute ou bien faire d'autres modalités avec l'enfant qui sont complémentaires aux interventions de celui-ci. Aussi, dans certains milieux en raison de contraintes budgétaires, des séances sont offertes aux enfants ayant des difficultés à l'alimentation alors que les modalités d'interventions pour les autres particularités sensorielles vont davantage impliquer la famille, la garderie, l'école et l'éducateur spécialisé. Les autres participants, soit 42 %, rapportent ne pas faire de séances d'intégration sensorielle, mais plutôt avoir un rôle de consultant. Leurs recommandations sont appliquées en milieu scolaire par les enseignants, en milieu de garde par l'éducateur, à la maison par les parents ou au quotidien par l'éducateur spécialisé. Les recommandations comprennent l'utilisation de différentes modalités d'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation telles que des régimes sensoriels et des stratégies sensorielles (par exemple activités proprioceptives, brossage, port d'une veste lestée, pressions profondes). Des modalités s'appuyant sur une approche compensatoire (par exemple retirer les stimuli de l'environnement, faire prendre une pause à l'enfant dans un coin calme) ont également été mentionnées comme faisant partie des recommandations.

5.1.2.6. Faire le suivi/ Évaluer le résultat

Neuf des 20 participants ont documenté les effets immédiats observés de ce type d'intervention. Sur les neuf participants, huit ont énuméré divers effets alors qu'un a répondu qu'il n'y pas toujours d'effets immédiats et durables avec la clientèle des TSA. Le Tableau 4 présente pour chaque effet immédiat observé le pourcentage, arrondi à l'unité près, d'ergothérapeutes sur les huit l'ayant mentionné. Plus précisément, les ergothérapeutes mentionnent que l'effet calmant sur l'enfant est observé durant et suite à l'application des modalités telles que des pressions profondes, le port d'une veste lesté et des activités proprioceptives. Pour ce qui est de l'augmentation de la tolérance aux stimuli désagréables, un participant a donné comme exemple le fait d'être en mesure de poursuivre une tâche malgré la présence de bruit alors qu'un autre a mentionné le fait d'être moins dérangé par l'essai de

nouveaux aliments. Des exemples concrets concernant la diminution des comportements d'autostimulation ont également été fournis. Un enfant a arrêté de mettre des choses non comestibles à sa bouche suite à l'inclusion dans son horaire visuel de périodes d'activités orales motrices. Un autre a cessé de foncer dans ses amis et de leur faire des câlins trop forts depuis qu'il a à son horaire des activités proprioceptive et tactile profonde. L'adoption d'une meilleure posture quant à elle est observée, par exemple lorsque l'intervention est appliquée tout de suite avant une activité à table.

Tableau 4. *Effets immédiats observés de ce type d'intervention*

Effets immédiats observés	Pourcentage
Effet calmant sur l'enfant	88 %
Augmentation de la disponibilité de l'enfant aux apprentissages ou aux activités de la vie familiale	50 %
Augmentation de la tolérance aux stimuli désagréables	38 %
Diminution des comportements d'autostimulation	25 %
Amélioration du contact visuel	13 %
Augmentation de l'agitation lors de l'utilisation du matériel vestibulaire	13 %
Beaucoup de papillonnement entre les modalités	13 %
Diminution des comportements anxieux et de l'agressivité	13 %
L'enfant adopte une meilleure posture	13 %
Participation à l'activité	13 %

Ces neuf participants ont aussi documenté les effets à long terme observés de ce type d'intervention si applicable. Sur les neuf participants, sept ont énuméré divers effets. Un participant a répondu que des effets sont perceptibles à long terme sans toutefois les mentionner, mais que les interventions doivent en général être poursuivies dans le temps afin d'assurer la pérennité des acquis. Un autre dit n'avoir jamais observé d'effets à long terme. Le Tableau 5 présente pour chaque effet à long terme observé le pourcentage, arrondi à l'unité près, d'ergothérapeutes sur les sept l'ayant mentionné. L'un de ces effets de ce type d'intervention est qu'elle favorise la participation aux apprentissages et aux activités quotidiennes. Certains participants précisent que cela découle d'une appropriation par l'enfant et la famille des modalités sensorielles et d'une meilleure disponibilité. Pour ce qui est de l'amélioration du fonctionnement dans les occupations significatives, des répondants ont rapporté cet effet de façon générale alors que d'autres précisent les occupations touchées soit les activités de productivité ou de loisir à table, l'alimentation et l'hygiène. Notamment, il a été observé que certains enfants restent assis à table pour des périodes de plus en plus longues lors

d'activités ou des repas. D'autres sont moins craintifs par rapport à l'essai de nouveaux aliments et ils en mangent une plus grande variété. Les soins d'hygiène peuvent également mieux se dérouler chez certains. Ils peuvent par exemple accepter de se brosser les dents suite à l'application de vibrations et de pressions profondes sur les gencives durant plusieurs mois.

Tableau 5. *Effets à long terme observés de ce type d'intervention*

Effets à long terme	Pourcentage
Favorise la participation aux apprentissages et aux activités quotidiennes	57 %
Amélioration du fonctionnement dans les occupations significatives	57 %
Reconnaissance des situations problématiques au plan sensoriel et autorégulation par des moyens sensoriels	29 %
Diminution des comportements difficiles	14 %
Autorégulation des comportements perturbateurs	14 %

Ces neuf participants ont également documenté les facteurs autres que l'intervention en intégration sensorielle selon une approche de réadaptation susceptibles d'expliquer les effets à court et long termes observés. Le participant ayant mentionné n'avoir vu aucun effet à long terme précise que cela pourrait être dû aux nombreuses difficultés d'adhérence à ses recommandations plutôt qu'à l'intervention en tant que telle. Pour ce qui est des effets à court et long termes observés, les participants mentionnent de nombreux facteurs autres que l'intégration sensorielle susceptibles de les expliquer. Le Tableau 6 présente ces facteurs en fonction du pourcentage, arrondi à l'unité près, de participants sur les huit les ayant évoqués. L'utilisation d'autres interventions en plus de l'intégration sensorielle est le facteur qui est identifié le plus fréquemment, soit dans 89 % des cas. Ces interventions comprennent l'attribution à l'enfant d'un outil de communication mieux adapté à celui-ci, l'adaptation de l'environnement soit par le retrait des facteurs considérés négatifs ou par la mise en place de structure visuelle pour que l'enfant le comprenne mieux, l'utilisation d'un système d'émulation, l'utilisation d'une approche de modulation sensorielle intégrée au quotidien dans les différents milieux de vie et les interventions de type comportemental.

Tableau 6. *Autres facteurs que l'intervention en intégration sensorielle selon une approche de réadaptation susceptibles d'expliquer les effets à court et long terme observés*

Autres facteurs	Pourcentage
Utilisation d'autres interventions en plus de l'intégration sensorielle	89 %
Le développement normal de l'enfant	22 %
Apprentissage de l'enfant par expérimentation	11 %
Équilibre occupationnel	11 %
Équilibre attentionnel	11 %
Maturation naturelle du système nerveux	11 %
Maturation du cerveau	11 %
Maturation cognitive permettant à l'enfant de trouver des stratégies cognitives pour contrer les problèmes sensoriels	11 %
Meilleure anticipation lors d'activités connues	11 %
Meilleure compréhension des attentes par l'enfant	11 %
Meilleure compréhension des besoins de la part de l'enfant et de son entourage	11 %
Motivation interne de l'enfant	11 %
Niveau de sévérité de l'atteinte	11 %
Structure et constance dans les différents milieux de vie	11 %

5.1.5.7. *Conclure et mettre fin*

Neuf des 20 participants ont documenté s'ils ont déjà cessé une intervention en intégration sensorielle avant l'atteinte des objectifs thérapeutiques. Advenant le cas où la réponse était positive, les raisons de la cessation étaient demandées. Tel qu'illustré à la Figure 7, la majorité des répondants, soit 78 %, ont répondu positivement alors que 22 % ont répondu négativement. Le Tableau 7 quant à lui présente les différentes raisons menant à un arrêt d'une intervention en fonction du pourcentage, arrondi à l'unité près, d'ergothérapeutes sur le sept les ayant mentionnées. Des difficultés par la famille ou le milieu de vie à intégrer et à maintenir les stratégies sensorielles au quotidien malgré les recommandations sont notamment associées à un manque de collaboration, d'implication ou de disponibilité de leur part. En ce qui a trait à la raison que l'hypothèse sensorielle n'est pas la cause principale des difficultés ce qui fait en sorte que l'enfant nécessite plutôt une approche autre, l'exemple donné par l'un des ergothérapeutes est un enfant qui présente aussi des problèmes de comportements et d'opposition. Pour ce qui est de la raison que l'enfant est non collaborant aux interventions, celle-ci peut correspondre à un refus de participer, à un manque de collaboration ou à un manque de motivation. L'ergothérapeute mentionnant que les lieux physiques ne sont pas toujours adaptés pour réaliser ce type d'intervention précise que cette raison se présente surtout avec les enfants plus vieux ou avec un trouble de comportement.

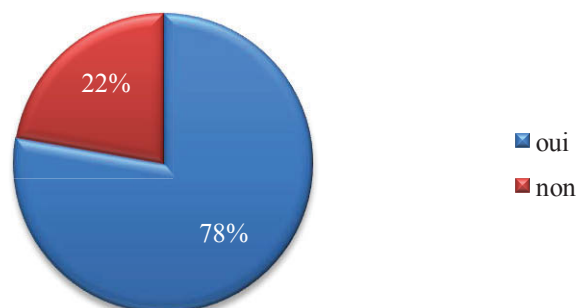


Figure 7. Cessation d'une intervention en intégration sensorielle avant l'atteinte des objectifs thérapeutiques

Tableau 7. Raisons menant à la cessation d'une intervention en intégration sensorielle selon une approche de réadaptation avant l'atteinte des objectifs thérapeutiques

Raisons	Pourcentage
Refus ou difficultés par la famille ou le milieu de vie à intégrer et à maintenir les stratégies sensorielles au quotidien malgré les recommandations	67 %
Hypothèse sensorielle invalidée ou qui n'est pas la cause principale des difficultés ce qui fait en sorte que l'enfant nécessite plutôt une autre approche	33 %
Enfant non collaborant aux interventions	22 %
Changement de programme puisque l'enfant a atteint l'âge maximal pour en faire partie, ce qui mène à une cessation du suivi par manque d'ergothérapeutes dans le nouveau programme	11 %
Intervention non efficace	11 %
Lieu physique non adapté pour ce genre d'intervention	11 %
Manque d'objectifs clairs nommés par la famille ou le milieu de vie	11 %
Refus par les parents d'entrer en contact ou d'avoir des échanges avec le personnel scolaire, ce qui rendait difficile l'interprétation de l'efficacité des interventions	11 %

6. DISCUSSION ET CONCLUSION

Cet essai visait à documenter l'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès d'enfants présentant un TSA par les ergothérapeutes québécois. Dans cette section de l'essai, les résultats obtenus suite à la complétion par des ergothérapeutes québécois d'un questionnaire sur le sujet ont été analysés afin de faire ressortir les éléments en lien avec la question de recherche.

6.1. Utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation

En se basant sur les résultats, l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation est utilisée auprès d'enfants présentant un TSA à tous les jours ou plusieurs fois par semaine par 65 % des participants. Ces données suggèrent que ce type d'intervention est fréquemment employé par les ergothérapeutes québécois auprès de la clientèle. Cette conclusion va dans le même sens que celles obtenues dans les études de Case-Smith et Miller (1999), Watling, Deitz, Kanny et McLaughlin (1999) ainsi que Kadar, McDonald et Lentin (2012) portant sur la pratique des ergothérapeutes auprès d'enfants présentant un TSA.

Une analyse de la fréquence d'utilisation de l'intervention en fonction de facteurs personnels (âge, genre, diplôme donnant accès à la pratique de l'ergothérapie et expérience auprès de la clientèle) suggère que ces derniers n'ont pas d'impact majeur sur la tendance par rapport à la fréquence d'utilisation. En effet, pour chacune des catégories des facteurs d'âge, de genre et du diplôme donnant accès à la pratique de l'ergothérapie, la majorité des participants utilisent fréquemment, soit à chaque jour ou plusieurs fois par semaine, l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation. Pour ce qui est du facteur expérience auprès de la clientèle, la majorité des participants de la catégorie deux ans et moins d'expérience et de la catégorie plus de cinq ans d'expérience utilisent fréquemment ce type d'intervention alors qu'il en est de même pour la moitié des participants de la catégorie entre deux et cinq ans. Il ressort toutefois que certains autres facteurs personnels de l'ergothérapeute et de l'enfant ont une influence sur le processus de pratique. Notamment, il a été mentionné par un participant qu'il est important que l'ergothérapeute ait une bonne compréhension de l'intervention afin de fournir les bonnes

modalités à l'enfant lors de l'utilisation de l'intégration sensorielle. Dans l'étude de Kadar, McDonald et Lentin (2012), les participants indiquent qu'ils aimeraient recevoir de la formation reliée à ou basée sur les interventions en intégration sensorielle plus que n'importe quel autre type de formation. Les auteurs mentionnent que cela peut refléter que plusieurs participants de l'étude veulent comprendre davantage comment gérer les problèmes reliés aux difficultés sensorielles. De ce fait, bien que les participants dans cet essai ont mentionné divers moyens par lesquels ils ont développé leur connaissance sur l'intégration sensorielle, il serait intéressant de savoir à quel niveau les participants évaluent leur compréhension de ce type d'intervention et s'ils jugeraient pertinent d'avoir plus de formation sur le sujet. Aussi, un participant souligne que le fait de prendre en compte les intérêts et motivations de l'enfant a un impact positif sur l'intervention. Ainsi, un partage entre les ergothérapeutes sur les moyens utilisés pour les identifier et les mettre en application serait intéressant.

L'influence du contexte social sur le processus de pratique ressort aussi dans les résultats. Sur les neuf participants ayant documenté s'ils ont déjà cessé une intervention en intégration sensorielle, 78 % ont répondu positivement. Le refus ou des difficultés par la famille ou le milieu de vie à intégrer et à maintenir les stratégies sensorielles au quotidien malgré les recommandations est une raison mentionnée par 67% d'entre eux. Cette donnée soulève un questionnement sur les raisons qui expliquent cette faible adhésion par les milieux de vie aux recommandations. Plusieurs hypothèses sont possibles telles qu'un manque de temps, une mauvaise compréhension des difficultés vécues par l'enfant et comment les recommandations pourraient l'aider ou bien un manque de connaissance sur comment les appliquer. Ces hypothèses vaudraient la peine d'être approfondies afin de pouvoir chercher ensuite des solutions pour y remédier.

Les résultats démontrent également l'influence du contexte de pratique sur le processus de pratique. Entre autres, le format de prestation de services en ergothérapie influence les possibilités d'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation. À l'appui, 42 % des participants ont un rôle de consultant, ce qui les limite à faire des recommandations aux milieux de vie d'inclure des régimes sensoriels ou des

stratégies sensorielles dans le quotidien de l'enfant. Toutefois, tel que discuté précédemment, les milieux de vie ont souvent de la difficulté à d'adhérer aux recommandations. Similairement, dans l'étude de Watling, Deitz, Kanny et McLaughlin (1999), les résultats indiquent que de nombreux ergothérapeutes fournissent des services de consultation. En lien avec cette constatation, les auteurs soulèvent un questionnement intéressant. Compte tenu des préoccupations croissantes en matière de ressources limitées et de maîtrise de coûts, les auteurs rapportent qu'il semble nécessaire de déterminer quel format de prestation de service est optimal pour les enfants atteints d'autisme en fonction de la situation. De même, ils mentionnent qu'il serait important d'examiner l'impact de la faible quantité de ressources et des différents formats de prestation de services sur les résultats obtenus auprès de la population.

De plus, par les résultats aux différents points d'action du processus de pratique du MCPP, il est possible de constater que les ergothérapeutes font une utilisation variée de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation. Effectivement, les difficultés identifiées chez les enfants menant à l'utilisation de ce type d'intervention, les objectifs poursuivis, le type d'intervention (durée des séances, fréquence, durée de l'intervention, modalités utilisées) et les effets observés diffèrent. Au sujet des modalités, certains participants ont rapporté utiliser des modalités qui n'avaient pas été incluses dans la définition de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation, soit l'adaptation de l'environnement et de l'activité ou le port d'une veste lestée. Toutefois, tel que discuté dans la problématique, il existe une confusion conceptuelle par rapport aux interventions axées sur l'aspect sensoriel et il n'y a pas de consensus concernant l'emploi du terme intégration sensorielle lorsqu'elles sont abordées. Dans leur article, Rodger, Ashburner, Cartmill et Bourke-Taylor (2010) apportent un point important, soit qu'il incombe que les ergothérapeutes soient spécifiques dans la terminologie employée pour décrire les interventions axées sur l'aspect sensoriel qu'ils utilisent. Il est nécessaire de différencier clairement les interventions sensorielles qui visent à faciliter l'apprentissage et l'exécution du travail par l'adaptation des tâches et de l'environnement ou l'amélioration de la capacité de l'enfant à l'autorégulation et les techniques sensorielles intensives comme le

protocole de Wilbarger ainsi que l'intégration sensorielle de Ayres visant à rétablir le dysfonctionnement du processus neurologique.

Aussi, il est possible de constater que certains résultats classés aux différents points d'action du processus se prêtaient moins au modèle. Comme présenté dans la section sur le cadre conceptuel, le MCPP est un modèle du processus de l'habilitation occupationnelle basée sur les analyses des données probantes et centrée sur le client. En principe, au point d'action «établir les balises», les difficultés identifiées chez le client sont des difficultés occupationnelles puis, au point d'action «convenir des objectifs et du plan», les objectifs d'intervention convenus sont des buts occupationnels. Toutefois, certains participants ont mentionné des difficultés et des objectifs d'intervention centrés sur les capacités. Le contexte historique au moment du développement de l'intégration sensorielle par Ayres dans la section sur la problématique mentionnait que celle-ci a été développée à une époque où le modèle médical était encore fortement ancré. Considérant l'évolution théorique et scientifique de l'ergothérapie depuis, il est important que l'utilisation de l'intégration sensorielle ne fasse pas revenir les ergothérapeutes en arrière, mais plutôt qu'elle actualise les couleurs de l'ergothérapie d'aujourd'hui. Pour ce faire, l'intégration sensorielle doit être utilisée pour répondre à des difficultés occupationnelles et viser des buts occupationnels.

6.3. Forces et limites de l'essai

Une force de cet essai est qu'il s'intéresse spécifiquement à l'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès des TSA par des ergothérapeutes québécois et qu'à la connaissance de la chercheuse, aucune étude n'aborde en particulier ce sujet. Ceci dit, en répondant à l'objectif de l'essai, des pistes de réflexion et d'amélioration ont été dégagées et il serait profitable pour la profession ainsi que pour la clientèle de les approfondir.

Pour ce qui des limites, l'une d'elles est la taille de l'échantillon. Celui-ci est composé de 20 participants et certains ont répondu qu'en partie au questionnaire. Un plus grand nombre de participants serait nécessaire afin de généraliser les résultats à la

pratique de l'ensemble des ergothérapeutes québécois travaillant auprès d'enfants présentant un TSA. De plus, il n'est pas possible de généraliser les résultats en raison de la représentativité de l'échantillon. Les participants ont été approchés par deux regroupements d'intérêt en déficience intellectuelle et en trouble du spectre autistique. Ces regroupements accueillent des ergothérapeutes de différentes régions administratives du Québec, mais ils ne couvrent pas l'ensemble des régions. Il est possible que la pratique des ergothérapeutes venant de ces autres régions soit différente. Aussi, la participation à l'essai s'est faite sur une base volontaire. Il se peut que la pratique des ergothérapeutes n'ayant pas participé à l'étude diverge de celle des participants.

Une seconde limite de l'étude est que la question portant sur la fréquence d'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation a pu être interprétée différemment par les participants. Il est possible que, pour certains participants, la fréquence d'utilisation corresponde à la fréquence à laquelle ils utilisent l'intervention dans leur pratique quotidienne alors que pour d'autres, elle correspond à la fréquence à laquelle l'intervention est utilisée en moyenne auprès d'un client. De plus, les ergothérapeutes n'utilisent pas nécessairement l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation en intervention directe auprès des enfants. Ils peuvent également faire des recommandations aux différents milieux de vie de l'enfant d'inclure des modalités sensorielles dans le quotidien. De ce fait, il n'est pas évident de déterminer si les participants se sont basés sur la fréquence d'émission de recommandations aux milieux de vie ou sur la fréquence d'applications des recommandations par les milieux de vie pour documenter leur fréquence d'utilisation.

6.3. Implication pour la pratique de l'ergothérapie

Le fait de documenter l'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès d'enfants présentant un TSA par des ergothérapeutes a permis de porter un regard critique sur la pratique et de dégager des pistes de réflexion et d'amélioration. D'ailleurs, quelques-unes ont été abordées dans le paragraphe de cette section. Aussi, le fait de connaître la pratique plus en détail permet d'ouvrir une porte sur la controverse au sujet de l'efficacité de l'intégration sensorielle. Rodger, Ashburner,

Cartmill et Bourke-Taylor (2010) mentionnent que la profession de l'ergothérapie fait face à des critiques externes par rapport à l'utilisation d'interventions, en particulier celles basées sur l'intégration sensorielle de Ayres, qui sont faiblement supportées par les évidences scientifiques. De ce fait, il serait intéressant de poursuivre les travaux vers la perception des ergothérapeutes québécois par rapport à l'efficacité de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation. Treize des participants de l'essai ont donné leur opinion sur l'affirmation que l'efficacité de l'intégration sensorielle est souvent remise en question dans la littérature. Certains d'entre eux manifestent le besoin d'avoir davantage d'études fiables portant sur le sujet puisque le nombre de recherches répondant à ce critère présentement n'est pas suffisant pour prouver l'efficacité ou non de cette intervention selon eux. De plus, plusieurs affirment que cette controverse découle du fait qu'il n'est pas évident de mesurer les effets de ce type d'intervention pour diverses raisons. D'abord, il est difficile de mesurer d'un point de vue neurologique les effets à long terme. Aussi, considérant qu'il faut ajuster les interventions en fonction du client à chaque rencontre, il n'est pas possible d'avoir un protocole de recherche préétabli, ce qui fait en sorte que les protocoles de recherche sont trop variables. Aussi, de nombreux facteurs autres que l'intégration sensorielle pouvant avoir une influence sur les effets observés ont été mentionnés. Le fait que ces enfants participent souvent à diverses interventions en même temps est un exemple. Ce faisant, il est ardu de déterminer laquelle des interventions a été efficace. Ils reçoivent également de nombreux services en orthophonie, en éducation spécialisée et en psychoéducation favorisant l'adoption de comportements appropriés et de meilleures réponses face à l'environnement. Également, plus l'enfant vieillit, plus son système nerveux devient mature et lui permet de mieux réagir à l'environnement. Malgré cela, certains sont tout de même convaincus que l'intégration sensorielle est efficace auprès de la clientèle puisqu'ils remarquent les effets de leurs séances d'intervention et de leurs recommandations sur le développement ainsi que le fonctionnement du jeune. D'autres sont plus septiques et font une utilisation prudente de ce type d'intervention.

Il serait intéressant d'aller approfondir davantage la perception des ergothérapeutes québécois sur l'efficacité de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation en distinguant bien chacune des formes d'intervention.

RÉFÉRENCES

- Agence d'Évaluation des Technologies et des modes d'intervention en santé. (2010). *Couvertures et vestes lestées: sécurité, efficacité et enjeux de leur utilisation dans différents cadres d'intervention*, 6 (Publication n°5). Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/ServicesSociaux/ETMIS2010_Vol6_No5.pdf
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013b). *Fact sheet: Autism spectrum disorders*. [pdf] Repéré à <http://www.psychiatry.org/autism>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (1997). *Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2014). *Ergothérapie: la profession*. Repéré à <https://www.coat.ca/default.asp?pageid=3824>.
- Ayres, A. J. (1972). *Southern California Sensory Integration Tests manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ayres, A. J. (1975). *Southern California Postrotary Nystagmus Test manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ayres, A. J. (1980). *Southern California Sensory Integration Tests manual: Revised 1980*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ayres, A. J. et Robbins, J. (2005). *Sensory integration and the child : understanding hidden sensory challenges* (25e anniversaire ed.; révisé par Pediatric Therapy Network). Los Angeles: WPS.
- Baranek, G. T. (2002). Efficacy of Sensory and Motor Interventions for Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(5), 397-422.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. France : PUF.
- Bundy, A. C., Lane, S. J. et Murray, E. A. (2002). *Sensory integration : theory and practice* (2^e ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

- Case-Smith, J., & Miller, H. (1999). Occupational therapy with children with pervasive developmental disorders. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 53(5), 506.
- Cockburn, L. (2001a). Les années professionnelles: l'ACE dans les années 1950 et 1960. *Actualités ergothérapeutiques, mai/juin*, 5-9.
- Cockburn, L. (2001b). L'ACE dans les années 1970: changement, développement et restructuration. *Actualités ergothérapeutiques, juillet-août*, 3-6.
- Cockburn, L. (2011). Réflexion sur l'évolution de l'ergothérapie au Canada au cours des dix dernières années. *Actualités ergothérapeutiques*, 13 (1), 6-9.
- Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec. (2012) *Les troubles du spectre de l'autisme- l'évaluation clinique: Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec*. Repéré à <http://www.autisme.qc.ca/assets/files/TSA/Diagnostic/Lignes-autisme-2012.pdf>
- Craik, J., Davis, J. et Polatajko, H. J. (2013). Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCCPP): déployer le contexte. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation: faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd.; traduit par N. Cantin, p. 269-290). Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE.
- Dawson, G., & Watling, R. (2000). Interventions To Facilitate Auditory, Visual, and Motor Integration in Autism: A Review of the Evidence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(5), 415-421.
- Fearing, V., Law, M. & Clark, J. (1999). An occupational performance process model: Fostering client and therapist alliances. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 64, 7-15.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal, Québec: Chenelière Éducation.
- Green, M. C., Lertvilai, M. et Bribriescio, K. (2001). Prospérer, à travers le changement: L'ACE de 1991 à 2001. *Actualités ergothérapeutiques, novembre/décembre*, 12- 19.
- Hunter, J. E. (1976). Research and occupational therapy. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 43(3), 121-125. doi: 10.1177/000841747604300306.
- Jancarik, A. (2010). *Recherche documentaire sur les taux de prévalence et le processus d'évaluation des troubles du spectre de l'autisme (TSA)*. Repéré sur le site de veille informationnelle de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie: http://www.asssm.veille.qc.ca/fichier.php/22/2010-10_Pr%20E9valence+et+%20E9valuations+TSA_mp.pdf

- Kadar, M., McDonald, R., & Lentin, P. (2012). Evidence-based practice in occupational therapy services for children with autism spectrum disorders in Victoria, Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(4), 284-293. doi: 10.1111/j.1440-1630.2012.01015.x
- Lang, R., O'Reilly, M., Healy, O., Rispoli, M., Lydon, H., Streusand, W., . . . Giesbers, S. (2012). Sensory Integration Therapy for Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Research in Autism Spectrum Disorders*(3), 1004-1018. doi: 10.1016/j.rasd.2012.01.006
- Law, M., Cooper, B.A., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. and Letts, L. (1996) The Person-Environment-Occupation Model: A trans-active approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9-23.
- Lazoff, T., Zhong, L., Piperni, T., et Fombonne, E. (2010). Prevalence of pervasive developmental disorders among children at the English Montreal School Board. *Canadian Journal Of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 55(11), 715-720.
- Leong, H. M., & Carter, M. Research on the Efficacy of Sensory Integration Therapy: Past, Present and Future. *Australasian Journal of Special Education*, 32(1), 83-99. doi: 10.1080/10300110701842653
- Matson, J. L., & Kozlowski, A. M. (2011). The increasing prevalence of autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 418-425. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2010.06.004>
- McLennan, J. D., Huculak, S., et Sheehan, D. (2008). Brief Report: Pilot Investigation of Service Receipt by Young Children with Autistic Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(6), 1192-1196. doi: 10.1007/s10803-007-0535-5
- Noiseux, M. (2012) Le trouble envahissant du développement (TED): l'augmentation de la prévalence poursuit son cours - données finales. *Périscope*, (28), Repéré à <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3304/Periscope-TED-Juin-2012.pdf>
- Odom, S. L., Collet-Klingenberg, L., Rogers, S. J., & Hatton, D. D. (2010). Evidence-Based Practices in Interventions for Children and Youth with Autism Spectrum Disorders. *Preventing School Failure*(4), 275-282. doi: 10.1080/10459881003785506
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2013). La profession. Repéré à <http://www.oeq.org/profession/profession.fr.html>

- Parham, L. D., Cohn, E. S., Spitzer, S., Koomar, J. A., Miller, L. J., Burke, J. P., et al. (2007). Fidelity in sensory integration intervention research. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 216–227.
- Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J., et Townsend, E. A. (2013). Figure 9.1 (MCP) Modèle canadien du processus de pratique. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation- Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. (2e éd.; traduit par N. Cantin, p.274). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Prior, M., Roberts, J. M. A., Rodger, S., Williams, K. et Sutherland, R. (2011). *A review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention of children with autism spectrum disorders*. Repéré sur le site du Australian Government Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs:
http://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/09_2012/review_of_the_research_report_2011_0.pdf
- Roley, S. S., Mailloux, Z., Miller-Kuhaneck, H., et Glennon, T. (2007). Understanding Ayres Sensory Integration. *OT Practice*, 12(17), 1-8.
- Townsend, E.A., Whitefor, G., Polatajko, H.J., Craik, J. et Hocking, C. (2008). Continuum de l'habilitation. Dans E.A. Townsend et H.J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation: faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd.; traduit par N. Cantin, p. 153). Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE.
- Townsend, E.A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwana, M., Landry, J. Stewart, D. et Brown, J. (2013). Habilitier: la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E.A. Townsend et H.J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation: faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd.; traduit par N. Cantin, p. 103-208). Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE.
- Watling, R., Deitz, J., Kanny, E. M., & McLaughlin, J. F. (1999). Current practice of occupational therapy for children with autism. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 53(5), 498.
- Wilbarger , P. et Wilbarger, J. (1991). *Sensory Defensiveness in Children ages 1-12: An Intervention Guide for Parents and Other Caretakers*. Santa Barbara. California: Aventi Educational Programs.
- Wilbarger, P. (1995). The Sensory Diet: Activity programs based on sensory processing theory. *Sensory Integration Special Interest Section Newsletter*, 18 (2).
- Yack, E., Aquilla, P. et Sutton, S. (2002). *Building bridges through sensory integration* (2^e éd.). Arlington, Texas: Future Horizons.

**ANNEXE A
LETTRE D'INFORMATION**



LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche L'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation pour des jeunes présentant un trouble du spectre autistique: documenter l'expérience d'ergothérapeutes québécois.

Alexandra Raymond
Candidate à la maîtrise
Département d'ergothérapie

Pierre-Yves Therriault
Directeur de l'essai
Département d'ergothérapie

Votre participation à la recherche, qui vise à documenter l'expérience d'ergothérapeutes québécois par rapport à l'utilisation ou non de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès de jeunes présentant un trouble du spectre autistique, serait grandement appréciée.

Objectif

L'objectif de ce projet de recherche est de documenter l'expérience d'ergothérapeutes québécois par rapport à l'utilisation ou non de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès de jeunes présentant un trouble du spectre autistique. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons de poser toutes les questions que vous souhaitez poser et vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à un questionnaire en ligne d'environ 15 à 30 minutes (dépendamment si vous utilisez cette approche ou non)

sur le sujet. Vous devez remplir le questionnaire en dehors de vos heures de travail. Le questionnaire en ligne sera accessible à partir du 30 mai 2014 et vous aurez jusqu'au 27 juin 2014 pour le remplir. Deux relances électroniques seront faites durant cette période.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 15 à 30 minutes, demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

Il n'y a pas d'avantages directs à participer à cette étude. Votre contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'expérience d'ergothérapeutes québécois par rapport à l'utilisation ou non de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation pour des jeunes présentant un trouble autistique est le seul bénéfice prévu à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par la fonction de l'outil en ligne sécurisé utilisé permettant que les réponses aux questionnaires soient confidentielles. Les résultats de la recherche, qui seront diffusés sous forme d'un essai, ne permettront pas d'identifier les participants.

Toutes les données recueillies et traitées dans le cadre de cette recherche (réponses au questionnaire, grilles d'analyse, calculs statistiques...) seront réunies dans un fichier électronique qui sera sauvegardé sur un ordinateur dans le local du directeur de l'essai. Les données seront conservées sur une période de 5 ans et par la suite détruites. Elles ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

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

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

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toutes questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Alexandra Raymond, candidate à la maîtrise à l'adresse courriel alexandra.raymond@uqtr.ca ou avec Pierre-Yves Therriault, directeur d'essai à l'adresse courriel Pierre-Yves.Therriault@uqtr.ca.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CDERS-14-03-06.03 a été émis le 26 mai 2014.

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

ANNEXE B QUESTIONNAIRE EN LIGNE

L'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès de jeunes présentant un trouble du spectre autistique: documenter l'expérience d'ergothérapeutes québécois.

CONSIGNES À RESPECTER

Questionnaire aux ergothérapeutes

Dans le cadre d'un essai, travail nécessaire à l'obtention du diplôme de maîtrise en ergothérapie à l'UQTR, le présent questionnaire a été développé dans le but de documenter l'expérience d'ergothérapeutes québécois sur l'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès de jeunes présentant un trouble du spectre autistique. Pour des fins de clarté, l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation est défini dans le questionnaire comme une intervention directe sur la personne et comprend l'intégration sensorielle de Ayres (ASI), les interventions en ergothérapie basées sur l'approche d'intégration sensorielle (OT-SI, ex: Lucy Miller), des stratégies basées sur la théorie de l'intégration sensorielle (ex: technique de brosse visant à normaliser la sensibilité) et les horaires sensorielles.

Ce questionnaire permettra de recueillir des informations nécessaires à la préparation de l'essai. Le temps requis pour y répondre est d'environ 30 minutes. Il est composé de 15 questions ouvertes ou à choix de réponses. La personne qui accepte de le compléter doit avoir lu la lettre d'informations et signé le formulaire de consentement avant de répondre au questionnaire.

J'ai pris connaissance des consignes et je désire répondre au questionnaire.

Section 1/5: Consentement

1.1- * Engagement de la chercheuse

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

Consentement du participant

Je confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *L'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation pour des jeunes présentant un trouble du spectre de l'autisme : document l'expérience d'ergothérapeutes québécois*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment

de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

- J'accepte librement de participer à ce projet de recherche.
- Je n'accepte pas de participer à ce projet de recherche.

Section 2/5 : Caractéristiques du répondant

2.1- Spécifiez votre âge ?

- moins de 30 ans
- entre 30 et 40 ans
- entre 40 et 50 ans
- plus de 50 ans

2.2- Spécifiez votre genre ?

- féminin
- masculin

2.3- Spécifiez votre diplôme donnant accès à la pratique de l'ergothérapie parmi les choix suivants:

- B.Sc.
- M.Sc.
- Autre (spécifiez)?

2.4- Spécifiez votre expérience professionnelle avec la clientèle infantile présentant un trouble du spectre autistique ?

- moins de 2 ans
- entre 2 et 5 ans
- plus de 5 ans

Section 3/5 : Connaissance du répondant sur l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation

3.1- Spécifiez par quel(s) moyen(s) vous avez développé vos connaissances sur l'intégration sensorielle parmi les choix suivants:

- durant votre formation en ergothérapie
- lors d'une formation intensive sur l'intégration sensorielle (formation de plus de 45 heures). Si tel est le cas, précisez l'année, le titre et le milieu de formation.
- à travers des activités de formation continue reconnue (formation de moins de 15 heures). Si tel est le cas, précisez l'année, le titre et le milieu de formation.
- supervision clinique

- discussion avec des collègues
- visites de milieux cliniques
- stages cliniques
- lectures critiques
- exploration des bases de sources documentaires au travail
- exploration de bases de sources documentaires à la maison
- autres (spécifiez)?

Section 4/5 : Utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation

4.1- À quelle fréquence utilisez-vous l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès de la clientèle ?

- tous les jours
- quelques fois par semaine
- 1 fois par mois
- 1 fois par année
- jamais

Questions aux participants ayant répondu «tous les jours, quelques fois par semaine ou 1 fois par mois ou une fois par année» à la question 6.

4.2- Quelles sont les circonstances pour lesquelles vous utilisez ce type d'intervention ?

4.3- Quel(s) objectif(s) poursuivez-vous lorsque vous utilisez ce type d'intervention ?

4.4- Pouvez-vous décrire une séance d'intégration sensorielle type ? (Précisez la durée des séances, la fréquence, la durée de l'intervention, les modalités utilisées, ...)

4.5- Si applicable, décrivez les effets immédiats observés de ce type d'intervention ?

4.6- Si applicable, décrivez les effets à long terme observés de ce type d'intervention ?

4.7- Selon vous, existe-t-il des facteurs autres que l'intervention en intégration sensorielle qui sont susceptibles d'expliquer ces effets?

4.8- Avez-vous déjà cessé une intervention en intégration sensorielle avant l'atteinte des objectifs thérapeutique ? Si oui, précisez les raisons.

4.9- Quelle est votre perception de l'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès de la clientèle ?

4.10- L'efficacité de ce type d'intervention auprès de cette clientèle est souvent remise en question dans la littérature scientifique. Que pensez-vous de cette affirmation ?

Questions aux participants ayant répondu «jamais» à la question 6.

4.2- Quelles sont les circonstances pour lesquelles vous n'utilisez pas cette approche auprès de la clientèle?

4.3- Quelle est votre perception de l'utilisation de l'intégration sensorielle selon une approche de réadaptation auprès de la clientèle ?

4.4- L'efficacité de ce type d'intervention auprès de cette clientèle est souvent remise en question dans la littérature scientifique. Que pensez-vous de cette affirmation ?

Section 5/5: Commentaires

5.1- Advenant le cas où vous désiriez partager des commentaires supplémentaires sur le sujet, veuillez les indiquer ici.
