

Autism spectrum disorders: How can occupational therapists support schools?

Troubles du spectre de l'autisme: Comment les ergothérapeutes peuvent-ils soutenir les écoles?

(Early online – before editing by CJOT)

Traduction de l'article original en anglais (PREPRINT, before CJOT editing):

Grandisson, M., Rajotte, É., Godin, J., Chrétien-Vincent, M., Milot, É. et Desmarais, C. (2019, early online). Autism Spectrum Disorders: How can Occupational Therapists support Schools? *Canadian Journal of Occupational Therapy*.

<https://journals.sagepub.com/eprint/ZMVPKGXMZMVZCCPZZK88/full>

Abstract

Background. Children with autism spectrum disorder (ASD) face multiple occupational challenges in their school and school staff need additional support to foster their participation.

Purpose. The aim of this study is to identify how Response To Intervention could be used by occupational therapists to support school staff members who work with children with ASD.

Method. In a descriptive qualitative study, three discussion groups were carried with occupational therapists and school stakeholders in Quebec (Canada) to identify the main concerns regarding children with ASD participation in school activities, as well as the actions to consider when attempting to increase school-related abilities. **Findings.** School staff members are primarily concerned with frequent outbursts and limited autonomy, along with low motivation and anxiety in children with ASD in diverse school activities and contexts. The actions identified provide guidelines for school and occupational therapist selection, in the process to follow, collaborative practices, and support required. **Implications.** A practice model is presented for occupational therapists who seek to develop school capacity to support the participation of children with ASD.

Abrégé

Description. Les enfants avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA) rencontrent de multiples défis occupationnels dans leur milieu scolaire. Les intervenants scolaires qui les accueillent ont besoin de soutien supplémentaire pour favoriser la participation de ces enfants. **But.** Le but de cette étude est d'identifier comment la Réponse à l'Intervention pourrait être utilisée par l'ergothérapeute pour soutenir les intervenants scolaires travaillant auprès des enfants avec un TSA. **Méthodologie.** Par une étude qualitative descriptive, trois groupes de discussion avec des ergothérapeutes et des intervenants scolaires de la région de Québec (Canada) ont permis d'identifier les principales préoccupations des intervenants concernant la participation des enfants avec un TSA aux activités scolaires et les actions pouvant être privilégiées pour développer les capacités des milieux scolaires. **Résultats.** Les intervenants scolaires sont particulièrement préoccupés par les crises fréquentes, l'autonomie limitée, de même que la faible motivation et l'anxiété des enfants dans plusieurs activités. Les actions identifiées peuvent guider dans le choix des ergothérapeutes et des écoles, dans la démarche à suivre, les pratiques collaboratives et le soutien requis. **Conséquences.** Un modèle de pratique est présenté pour guider les ergothérapeutes désirant contribuer à développer les capacités des milieux scolaires à soutenir la participation des enfants présentant un TSA.

Introduction

La participation des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) dans les activités scolaires représente un défi de taille alors qu'ils constituent plus du tiers des élèves ayant des incapacités dans les écoles du Québec et que cette proportion augmente année après année (Ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur, 2015; Ministère de la santé et des services sociaux, 2017). Ces enfants vivent des difficultés liées à la communication et aux interactions sociales et présentent des comportements et intérêts restreints (American Psychiatric Association, 2013; Jasmin et al., 2009). Ces contraintes personnelles limitent de façon significative leur participation aux activités de la vie quotidienne, dont celles se réalisant en contexte scolaire (American Psychiatric Association, 2013; Canadian Association of Occupational Therapists, 2015; Ismael, 2016; Jasmin et al., 2009). Ces élèves vivent souvent de l'anxiété à l'école comme ils ont de la difficulté à comprendre les consignes, à gérer les transitions et les changements (Able, Sreckovic, Schultz, Garwood et Sherman, 2015; Lindsay, Proulx, Thomson et Scott, 2013). De plus, ils auraient tendance à jouer seul et à rencontrer des difficultés dans les travaux de groupe (Lindsay et al., 2013). Certains enseignants auraient du mal à faire participer ces élèves aux cours, puisqu'ils ont souvent des intérêts spécifiques et peuvent se fâcher lorsqu'on leur demande de faire autre chose (Lindsay et al., 2013). Un manque de formations et de soutien aux enseignants est aussi rapporté (Corkum, Bryson, Smith, Giffen, Hume et Power, 2014; Lindsay et al., 2013).

Bien que différents acteurs soutiennent leur participation en milieu scolaire, certains facteurs exercent une forte pression sur leurs pratiques et leur collaboration, tels que la forte hausse de la prévalence du TSA, l'augmentation des listes d'attente pour recevoir des services de professionnels et le fait de travailler dans des réseaux distincts (Ministère de la santé et des

services sociaux, 2017). Conséquemment, les enseignants accueillant ces enfants vivent généralement un niveau de stress plus élevé que leurs collègues (Cappe, Smock, et Boujut, 2016; Corkum et al., 2014). Leurs perceptions de leur stress et du soutien social qu'ils reçoivent seraient d'ailleurs associées à leur épuisement professionnel (Boujut, Popa-Roch, Palomares, Dean, et Cappe, 2017; Cappe, Bolduc, Poirier, Popa-Roch, et Boujut, 2017). De plus, leurs connaissances sur le TSA et leur faible sentiment de compétence à utiliser des stratégies adaptées auraient un impact important sur leur propre bien-être, mais aussi sur la réussite éducative de ces élèves (Boujut et al., 2017; Cappe et al., 2016). Ainsi, il apparaît pertinent de se questionner sur les manières d'optimiser le soutien de l'ergothérapeute à ces enseignants.

Puisqu'il détient une bonne compréhension des facteurs personnels, environnementaux ou liés aux exigences des activités pouvant faciliter ou nuire à la participation des enfants dans leur milieu scolaire, l'ergothérapeute est bien outillé pour soutenir les enseignants intervenant auprès des enfants ayant des besoins particuliers (Clark et Polichino, 2013; Hui, Snider, et Couture, 2016; Missiuna et al., 2017; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2016; Rens et Joosten, 2014; Villeneuve et Shulha, 2012). Afin de mieux comprendre l'offre de services actuelle en ergothérapie pour les enfants d'âge scolaire présentant un TSA, l'équipe de recherche a réalisé une analyse des demandes de services dans trois programmes du réseau de la santé dans la région de la Capitale-Nationale (Québec, Canada) en 2016-2017. Cette démarche a permis de constater une grande variété dans les motifs de référence en ergothérapie. Notons que 62% ($n = 40$) ciblaient d'emblée des composantes pouvant affecter la performance dans des occupations : sensorielle ($n = 21$; 52%), motrice ($n = 18$; 44%), affective ($n = 2$; 4%). Les demandes associées au fonctionnement scolaire représentaient plus du tiers des demandes ($n = 23$; 35%) et incluaient surtout du soutien associé aux préalables moteurs, à l'écriture, à

l'autorégulation des comportements et à l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et dans les routines de classe. Aussi, les ergothérapeutes étaient à l'occasion interpellés en raison de défis vécus dans le transport scolaire, à l'alimentation, lors des transitions, dans le jeu, dans les activités du service de garde et les cours des spécialistes (p. ex. : éducation physique). La démarche de l'équipe de recherche a aussi permis de faire ressortir que les demandes associées au fonctionnement scolaire étaient prises en charge en moyenne près d'un an après leur émission. Ainsi, lorsqu'un ergothérapeute se rend dans une école, le besoin a souvent changé, l'enfant peut être dans une nouvelle classe et sa situation peut s'être détériorée. Il est alors appelé à proposer rapidement des recommandations à l'enseignant ou au technicien en éducation spécialisée pour régler le problème rencontré. Il connaît alors très peu l'intervenant scolaire et sa pédagogie, la culture de l'école et les routines de la classe.

Cette intervention ponctuelle par un ergothérapeute qui connaît peu le milieu va à l'encontre des données reconnues par la recherche qui soutiennent l'importance de développer des relations égalitaires avec les enseignants, d'assurer une présence continue dans l'école et d'intervenir précocement (Clark et Polichino, 2013; Missiuna et al., 2015; Wilson et Harris, 2017). L'efficacité des interventions directes en ergothérapie en milieu éducatif est d'ailleurs optimisée lorsque les recommandations prennent en compte tout le groupe classe plutôt qu'un seul enfant (Bazyk et Cahill, 2014; Clark et Polichino, 2013; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2016). Les interventions impliquant beaucoup de collaboration avec les intervenants scolaires, telles que le *coaching* et la consultation collaborative, seraient aussi fort pertinentes pour développer les capacités des milieux à soutenir la participation des enfants ayant des besoins particuliers et rehausser le sentiment de compétence des enseignants (Hui et al., 2016; Villeneuve, 2009; Villeneuve et Shulha, 2012; Wilson et Harris, 2017). De plus, les modèles de

pratiques en paliers d'intervention, fondés sur l'approche de Réponse à l'Intervention (RàI), sont de plus en plus recommandés (Bazyk et al., 2012; Chu, 2017; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2016). Au Canada, des intervenants de différentes disciplines sont progressivement encouragés à utiliser la RàI dans les écoles (Bissonnette, 2013; McIntosh et al., 2011). Dans une approche de RàI, l'intervention des professionnels vise d'abord à soutenir et outiller le personnel scolaire pour qu'il utilise des stratégies reconnues et favorables à la création de milieux éducatifs qui facilitent la participation de tous les enfants (Bazyk et al., 2012; Susan Bazyk et Cahill, 2014; Cahill, McGuire, Krumdick, et Lee, 2014; Clark et Polichino, 2013; Lévesque, 2017). Cette approche propose de réaliser des interventions en fonction de trois paliers tel qu'illustré à la Figure 1 (Bazyk et al., 2012; Clark et Polichino, 2013; Lévesque, 2017). Au palier 1, des actions universelles sont effectuées pour favoriser la participation de tous les élèves et détecter rapidement ceux ayant des difficultés à participer pleinement aux activités de leur milieu scolaire. Au palier 2, les actions ciblent les élèves présentant des difficultés. Elles peuvent prendre la forme d'interventions de groupe ou du soutien à la différenciation de l'enseignement. Une assistance intensive et individualisée aux besoins d'un enfant est proposée au palier 3 seulement lorsque les actions aux paliers 1 et 2 ne suffisent pas.

- Insérer Figure 1 -

Le développement d'un modèle de pratique basé sur la RàI adapté aux intervenants scolaires qui travaillent avec ces enfants et aux contextes de pratique des ergothérapeutes du Québec (Canada) apparaît hautement pertinent. En effet, la pression sur les ergothérapeutes en raison des listes d'attentes pour les enfants avec un TSA est grande, le niveau de stress des intervenants scolaires accueillant ces enfants est élevé et les pratiques reconnues en ergothérapie pour favoriser le fonctionnement scolaire des enfants ayant des besoins particuliers demeurent à

intégrer davantage. Le développement récent de deux modèles de pratique pour les ergothérapeutes qui désirent intervenir dans une approche par paliers (comme la RàI) est inspirante pour ce projet. Premièrement, *Partenaires pour le changement* a été développé dans la visée principale de mieux répondre aux besoins des enfants avec un trouble développemental de la coordination en Ontario (Missiuna et al., 2012). Ce modèle de pratique utilise une approche RàI pour offrir des services en se concentrant sur l'établissement de relations favorables et le transfert de connaissance dans le contexte scolaire pour favoriser la participation de tous, incluant ceux qui présentent des défis sur le plan moteur. Deuxièmement, *Every moment counts* (Bazyk, s. d.) est implanté aux États-Unis et vise à promouvoir la santé mentale des jeunes par des interventions en paliers à l'école ou dans des contextes communautaires. Alors que ces modèles de pratique sont certainement inspirants et utiles, ils ne semblent pas suffisants pour répondre à l'étendue et à la diversité des besoins des écoles qui accueillent les enfants avec un TSA pour favoriser leur participation optimale dans toutes les activités significatives du milieu scolaire.

Les résultats présentés dans cet article sont liés à la première phase d'une recherche qualitative de type exploratoire dont le but est de développer un modèle de pratique RàI prenant en compte les besoins spécifiques des intervenants accueillant les enfants présentant un TSA et les contextes de pratique en ergothérapie au Québec. Les objectifs de cette étude étaient de (a) comprendre les préoccupations d'intervenants scolaires en lien avec la participation des enfants présentant un TSA et (b) circonscrire les actions recommandées pour l'implantation d'un tel modèle de pratique.

Méthodologie

L'étude est ancrée dans un paradigme pragmatique (Creswell, 2014; Patton, 2015) : elle visait à obtenir des résultats qui seraient utiles pour développer un modèle de pratique permettant de mieux répondre aux besoins des intervenants scolaires accueillant les enfants présentant un TSA tout en respectant les réalités des milieux cliniques et scolaires au Québec. Un devis qualitatif descriptif (Fortin et Gagnon, 2016) a été sélectionné puisqu'il permettait de bien comprendre les préoccupations des intervenants et d'identifier des actions à mettre en place dans le modèle de pratique. Bien qu'un paradigme pragmatique soit plus souvent combiné à un devis mixte, il appelle surtout à choisir des méthodes qui permettent d'atteindre les objectifs et de trouver des solutions aux problèmes ciblés (Creswell, 2014). L'approbation éthique a été obtenue du comité d'éthique sectoriel de la recherche en réadaptation et intégration sociale du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Participants et Recrutement

Des intervenants scolaires et des ergothérapeutes travaillant auprès des enfants avec un TSA ont été recrutés. Pour les intervenants scolaires, un échantillon de type quota-sampling (Patton, 2015) a permis d'intégrer les perspectives de différents membres des équipes-écoles. Les intervenants des écoles dans lesquelles il est plus probable que le modèle de pratique soit implanté ont été invités (c.-à-d. les cinq écoles de la commission scolaire partenaire pour lesquelles il y a eu le plus de demandes de services en ergothérapie pour les enfants avec un TSA en 2016-2017). Quatorze intervenants scolaires ont été recrutés par l'entremise d'un courriel envoyé à chacune des directions d'écoles par la conseillère aux services éducatifs qui collaboraient avec l'équipe de recherche. Deux groupes ont été formés avec ces 14 intervenants : (a) huit intervenants travaillant dans des écoles où les enfants présentant un TSA

sont tous intégrés dans des classes ordinaires et (b) six intervenants travaillant dans des écoles où ces enfants fréquentent soit des classes spécialisées, soit des classes ordinaires. Parmi ces 14 intervenants, il y avait six enseignants (43%), quatre professionnels (29% : deux psychoéducateurs et deux orthophonistes), trois techniciens en éducation spécialisée (21%) et un éducateur en service de garde (7%). La moitié des intervenants scolaires ($n = 7$) étaient impliqués en classes ordinaires seulement, 36% ($n = 5$) en classes spécialisées uniquement, et 14% ($n = 2$) en classes ordinaires et spécialisées. Ils travaillaient auprès des élèves du préscolaire au 3^e cycle du primaire et cumulaient en moyenne six années d'expérience auprès d'enfants avec un TSA (intervalle : 0 à 18 ans).

Ensuite, dix ergothérapeutes travaillant auprès de la clientèle avec un TSA ont été recrutés pour former un troisième groupe grâce à un courriel envoyé aux membres du regroupement des ergothérapeutes en déficience intellectuelle et TSA de la ville de Québec et des environs (Québec, Canada) après que le projet leur ait été présenté brièvement lors d'une rencontre. Ils avaient en moyenne 13 années d'expérience auprès d'enfants avec un TSA (intervalle : 2 à 28 ans) et travaillaient dans quatre types de milieux : centre de réadaptation ($n = 4$), centre hospitalier ($n = 2$), clinique privée ($n = 3$) et milieu scolaire ($n = 2$).

Collecte des Données

Trois groupes de discussion ont été réalisés afin d'examiner les préoccupations des intervenants scolaires quant à la participation scolaire des enfants présentant un TSA et d'identifier les actions à prioriser pour favoriser l'implantation d'un modèle de pratique basé sur la RàI pour mieux répondre aux besoins de ces enfants. Avant le début de chacun des groupes de discussion, les participants ont signé le formulaire de consentement et complété une courte fiche sociodémographique.

Les groupes de discussion ont été dirigés par une chercheure expérimentée en animation de groupe et soutenus par un autre membre de l'équipe de recherche. Des techniques et outils participatifs tirés du Guide de la recherche-action, la planification et l'évaluation participatives (Chevalier, Buckles, et Bourassa, 2013) ont été utilisés pour favoriser l'engagement actif dans les discussions dans une atmosphère d'ouverture et de créativité. Concernant l'objectif 1, en utilisant une liste de 10 possibilités générées suite à l'analyse des demandes de service en ergothérapie, chacun des intervenants scolaires devait d'abord voter pour un maximum de cinq activités dans lesquelles la participation des enfants présentant un TSA les préoccupe. Les votes étaient surtout utilisés pour aider les participants à se positionner. Ils permettaient aussi d'obtenir un premier tableau des préoccupations des intervenants. Lors de la discussion de groupe qui suivait, l'animateur demandait aux participants d'expliquer leurs choix et de partager leurs expériences afin de pouvoir mieux comprendre leurs préoccupations. Afin de répondre à l'objectif 2, l'activité du *Sabotage* (Chevalier et al., 2013) a été réalisée avec tous les groupes pour identifier ce qu'il fallait faire pour que l'implantation d'un tel modèle de pratique en ergothérapie soit un échec monumental, puis pour que cela soit un succès. De plus, les ergothérapeutes ont été invités à décrire un modèle de pratique idéal basé sur la RàI et favorisant la participation des enfants avec un TSA. Les groupes de discussion ont été enregistrés et les commentaires ont été transcrits sous forme de verbatim. Les rencontres avec les intervenants scolaires ont duré deux heures et celle avec les ergothérapeutes a duré trois heures.

Analyse des Données

Des analyses statistiques descriptives ont été réalisées pour décrire les participants et pour comptabiliser le nombre de votes pour chaque activité. Les trois verbatim des groupes de discussion ont été soumis à une analyse thématique pour identifier les thèmes émergents à

l'aide d'analyse de contenu déductive et inductive puisque les deux sont possibles dans une étude qualitative descriptive (Fortin et Gagnon, 2016). Pour analyser les propos transcrits relatifs à l'objectif 1, le modèle *Personne-Environnement-Occupation* (PEO; Law et al., 1996) a été utilisé pour organiser les thèmes émergents aux préoccupations associées à la participation scolaire ou aux raisons perçues associées à ces préoccupations (caractéristiques de la personne, de l'occupation ou de l'environnement). Quant aux propos transcrits se rapportant à l'objectif 2, les actions recommandées ont été identifiées de manière inductive en prenant en considération les éléments mentionnés concernant les actions positives et négatives ainsi que le modèle de pratique idéal. Plusieurs stratégies ont favorisé la validité et l'applicabilité des résultats telles que la triangulation de différentes sources (intervenants scolaires et ergothérapeutes) et la double codification lors de l'analyse (Chevalier et al., 2013). Ainsi, les catégories créées par un membre de l'équipe de recherche (JG ou ER) ont toutes été systématiquement vérifiées par un deuxième membre (MG) afin de s'assurer qu'elles représentent bien les propos des participants et qu'elles sont facilement compréhensibles. Des échanges verbaux (JG, ER et MG) ont ensuite permis de prendre des décisions quant aux ajustements devant être effectués, et ce, à plusieurs reprises pendant le processus.

Résultats

Préoccupations des Intervenants Scolaires

L'analyse des verbatims des groupes de discussion a permis de dégager les principales préoccupations des intervenants scolaires quant à la participation des enfants présentant un TSA dans le contexte scolaire et de mieux comprendre la nature transactionnelle et dynamique des préoccupations à l'aide du modèle PEO (Law et al., 1996). À noter que le terme participation est retenu plutôt que performance occupationnelle, car celui-ci nous semblait plus accessible pour

les intervenants scolaires consultés. La prochaine section vise à décrire les éléments significatifs qui sont ressortis de l'analyse, soit les principales préoccupations associées à la participation des enfants avec un TSA en contexte scolaire (PEO), de même que les caractéristiques des enfants (P), de l'environnement (E) ou des exigences des activités (O) pouvant venir entraver cette participation.

PEO - Préoccupations associées à la participation scolaire. Les intervenants identifient que la participation scolaire des enfants présentant un TSA est limitée dans plusieurs activités scolaires (voir le Tableau 1 pour leurs principales préoccupations, incluant les votes des participants pour chaque activité [nombre et pourcentage des intervenants qui ont priorisé l'activité], et les difficultés concrètes rapportées). Leurs principales préoccupations sont présentées dans le Tableau 1. Celui-ci inclut les résultats des votes des participants pour chacune des activités (nombre et pourcentage d'intervenants ayant priorisé cette activité), de même que les difficultés concrètes rapportées. Les activités priorisées par plus de 50% ($n = 7$) des répondants sont l'écriture, les jeux avec les pairs, les routines de la classe, les spécialités et les transitions.

- Insérer Tableau 1 -

À plusieurs reprises, les participants ont utilisé des images pour illustrer les crises de l'enfant qui ont pour conséquence d'interrompre sa participation, telles qu'une explosion ou un mode panique. D'ailleurs, bien que la participation aux activités du service de garde n'ait pas été priorisée par un grand pourcentage d'intervenants, de grands besoins y ont été identifiés par plusieurs intervenants, comme celui-ci : « C'est surtout au service de garde en fait que ça l'accroche. Ils accumulent tout l'avant-midi, ils sont en groupe, ils font les choses comme il faut, ils arrivent au service de garde le midi, ça saute, et parfois, même chose le soir ». La

participation aux routines du service de garde, aux jeux avec les pairs et aux activités spéciales (rassemblement, sorties) est identifiée comme étant particulièrement problématique puisque ces activités sont peu structurées et elles se déroulent dans un environnement surstimulant et bruyant.

Les intervenants sont également préoccupés par l'autonomie plus limitée de nombreux enfants ayant un TSA dans les activités d'hygiène, les routines et les transitions. Le temps limité pour accomplir les activités et routines amène souvent les intervenants à apporter de l'aide à l'enfant, plus qu'il en a réellement besoin. Cet intervenant décrit : « Et puisque ça va vite, souvent on est porté à le faire beaucoup pour eux, parce qu'il faut suivre le groupe. »

Finalement, plusieurs intervenants partagent des préoccupations en lien avec la faible motivation et l'anxiété des enfants associées à leur participation dans des activités pour lesquelles les exigences sont trop élevées par rapport à leurs capacités (p. ex. : arts plastiques, écriture, spécialités). Le propos de cet intervenant illustre bien cette limite :

Et quand il vient pour en faire [dessins], il n'est pas capable, donc il explose, et là les autres te demandent aussi... et là tu n'as pas le temps de lui montrer, donc là, lui il explose tout de suite, car il est déçu, il n'est pas capable, il ne comprend pas.

Les enseignants identifient également que la participation dans les routines de la classe est souvent difficile. Le problème semble exacerbé lors d'enseignement de notions en groupe.

P - Caractéristiques des enfants présentant un TSA. Bien que les intervenants mentionnent qu'il existe une grande variabilité dans le profil des enfants présentant un TSA, plusieurs caractéristiques semblent interférer fréquemment avec leur participation optimale à la vie scolaire. Celles-ci incluent l'anxiété, de pauvres habiletés motrices, sociales et de communication, la rigidité et les intérêts restreints, de même que le traitement de l'information

sensorielle. En ce qui concerne l'anxiété, celle-ci serait très fréquente, surtout lorsque l'enfant sentirait qu'il n'a pas les habiletés requises pour participer à une activité. Le propos de cet intervenant met en lumière cette difficulté : « Il y a certains cours qui posent de l'anxiété en spécialités, et que dans le fond, même si son anglais est l'après-midi, on le voit le matin. ». L'anxiété serait aussi très associée aux difficultés de compréhension qui préoccupent les intervenants, tel que décrit par ce participant : « Aussitôt qu'il y a une incompréhension, on [enfant et intervenant] peut tomber en mode panique ». La rigidité, les intérêts restreints et le traitement de l'information sensorielle des enfants présentant un TSA nécessiteraient constamment des ajustements. Cet intervenant nomme des exemples : « C'est d'essayer de toujours trouver la bonne serviette, la bonne lingette, le bon "Purell", la bonne odeur, pas trop chaud, trop froid ». Un participant précise aussi que cela peut être exigeant sur le plan sensoriel pour l'enfant : « Accepter d'être avec les autres, tolérer qu'il y en a un qui chante, qu'un autre va sauter, qu'il y en a un qui tourne, qu'il y en a un qui fait des bruits ». Selon les participants, la maladresse des enfants avec un TSA dans les relations avec les pairs entrave régulièrement la participation, comme dans cet exemple rapporté par rapport au jeu :

Le jeu avec les pairs, ça peut devenir difficile, pas juste tout seul dans mon coin, mais aussi être en interaction avec les autres, dans le sens que des fois tu ne comprends pas le jeu, mais tu veux aller jouer avec eux autres, donc tu ne sais pas comment faire, tu es encore malhabile, et là tu te fais rejeter.

Selon les intervenants, les pauvres habiletés motrices de plusieurs limiteraient aussi leur autonomie dans la réalisation de certaines activités en classe ou en éducation physique.

E - Caractéristiques de l'environnement scolaire. Selon les intervenants, certaines caractéristiques de l'environnement scolaire interfèrent avec la participation des enfants

présentant un TSA, notamment la surcharge de l'environnement physique, le manque de ressources humaines formées et ouvertes, le manque de concertation, de même que le niveau d'acceptation et de tolérance variable des pairs. Lors de plusieurs activités, l'environnement scolaire serait surchargé avec beaucoup de bruits et de mouvements. Le gymnase, les locaux de dîner et les corridors seraient des environnements particulièrement problématiques pour les enfants ayant un TSA, tel que mentionné par cet intervenant : « Trop de bruits, trop de mouvements, comment je gère le bruit? C'est vrai au service de garde, c'est vrai dans les transitions dans le corridor aussi ». Le manque de ressources humaines pour répondre aux besoins des enfants présentant un TSA a également été mentionné comme un obstacle par plusieurs puisqu'ils n'arrivent pas à répondre à la fois aux besoins du groupe et à ceux des enfants avec un TSA. À ce sujet, les intervenants ont dénoncé les ratios élevés d'élèves par enseignant, le manque de soutien à l'intégration et le manque de formation ou d'ouverture de certains intervenants par rapport à la clientèle présentant un TSA. Un intervenant a partagé : « On ne peut pas être partout, et quand il fait sa crise, ben moi je n'ai pas de ressource. Faut que je laisse les dix-neuf autres et que je m'occupe de lui, ou je le laisse là. » D'autres ont davantage insisté sur le manque de formation ou d'ouverture de certains intervenants en service de garde et dans les spécialités, qui ne seraient pas suffisamment outillés pour intervenir avec ces enfants : « Dans notre service de garde, de un, les éducatrices ne sont pas formées, ça ne les intéresse pas, elles n'en veulent pas, c'est un paquet de troubles ». De plus, le manque de communication et de concertation est identifié comme une préoccupation de certains participants, puisque cela contribue à amener un manque de constance et de cohérence dans les interventions. Finalement, si les pairs peuvent soutenir la participation des enfants présentant un TSA à certains moments, le niveau d'acceptation et de tolérance de ceux-ci seraient variables.

O - Caractéristiques des activités. Quant aux caractéristiques des activités se déroulant en contexte scolaire, certains éléments seraient moins favorables à la participation des enfants présentant un TSA : niveau de difficulté élevé, exigences de groupe, temps limité et manque de structure et de prévisibilité. Les intervenants se sont dits particulièrement préoccupés par le niveau de difficulté de certaines activités et le fait que les exigences soient les mêmes pour tout le groupe. À ce sujet, plusieurs ont mentionné que ces enfants ont souvent besoin de consignes additionnelles et d'accompagnement pour arriver à réaliser les activités attendues. De plus, les intervenants perçoivent que le manque de souplesse quant aux programmes à suivre leur offre peu de possibilités pour s'adapter aux capacités des enfants : « C'est beaucoup les attentes qui ne sont pas réalistes et qui ne contribuent pas à faire cheminer les jeunes. » Cela serait particulièrement problématique dans les spécialités, comme en musique ou dans les cours d'éducation physique. Le temps limité pour réaliser certaines activités comme les transitions contribuerait également aux difficultés vécues. Enfin, les intervenants ont beaucoup insisté sur le fait que la participation des enfants présentant un TSA serait particulièrement limitée lors d'activités moins structurées et moins prévisibles (p. ex. : au service de garde, dans les activités spéciales, lors de jeux libres).

En résumé, les intervenants ont identifié plusieurs éléments contribuant aux difficultés des enfants présentant un TSA à participer pleinement aux activités du milieu scolaire. La mauvaise adéquation entre les caractéristiques des enfants présentant un TSA, de l'environnement scolaire et des activités s'y déroulant a été soulignée à maintes reprises. Une synthèse est présentée à la Figure 2 selon la structure offerte par le PEO (Law et al., 1996).

- Insérer Figure 2 -

Actions recommandées pour l'implantation du modèle de pratique

Les actions recommandées, ou les éléments favorables au succès de la mise en place d'un modèle de pratique basé sur la RàI, sont présentées selon les grands thèmes émergents de l'analyse inductive.

Action 1 : Bien choisir les ergothérapeutes. Les résultats ont permis d'identifier des caractéristiques souhaitables chez les ergothérapeutes qui seraient amenées à mettre en place le modèle de pratique basé sur la RàI mais centré sur les préoccupations des intervenants scolaires accueillant les enfants présentant un TSA. La première caractéristique est de démontrer un grand intérêt pour le projet et pour le développement de ce type de pratique, tel que mentionné par cet ergothérapeute : « ça prend une ergo [ergothérapeute] emballée par le projet et non seulement qu'elle se cherche une job ». D'autres caractéristiques incluent de bonnes habiletés relationnelles, une bonne capacité d'adaptation, de l'expérience auprès de la clientèle avec un TSA et de la créativité. De plus, les ergothérapeutes ont aussi suggéré d'assigner plus d'un ergothérapeute lors de l'implantation, car ils considèrent que « c'est un gros mandat » qui ne doit pas reposer sur les épaules d'une seule personne.

Action 2 : Bien choisir les écoles. Les résultats soulignent l'importance de bien choisir les écoles dans lesquelles le modèle de pratique serait implanté dans le cadre de projets pilotes est également ressortie de l'analyse des propos. À cet égard, l'intérêt, l'ouverture et le désir de s'impliquer de la direction et des intervenants scolaires apparaissent comme des éléments clés de la réussite de la mise en œuvre. Au-delà de l'intérêt à intégrer un ergothérapeute dans l'école, il ressort qu'il est crucial pour l'école d'être ouverte à un type de pratique différent, basé sur la RàI et adapté aux préoccupations des intervenants accueillant les enfants avec un TSA. Un ergothérapeute a réalisé cette suggestion : « Il faut que ça soit une école qui est comme idéale, engagée, motivée ». Un intervenant a précisé par ces propos : « Les enseignants [de celle école]

sont prêts à collaborer, sont ouverts, sont prêts à faire preuve d'adaptation et d'ouverture. » De plus, l'accès à un budget dédié pour du matériel et pour couvrir des libérations du personnel pour des rencontres peut être considéré dans le choix des écoles. Selon certains intervenants, mettre en place le modèle de pratique dans des écoles où il y a beaucoup d'enfants présentant un TSA serait judicieux. Enfin, les intervenants scolaires précisent qu'il serait important d'expliquer aux écoles non sélectionnées les raisons pour lesquelles elles n'ont pas été choisies.

Action 3 : Favoriser une intensité de services optimale et réaliste. Un autre élément perçu comme une action gagnante à la mise en œuvre d'un modèle de pratique basé sur la RàI pour répondre aux besoins des enfants est associé à l'intensité de services qui est offerte. Par exemple, les participants croyaient qu'engager un seul ergothérapeute pour couvrir toute une commission scolaire serait non-suffisant et pourrait mener à l'échec. Les ergothérapeutes et les intervenants scolaires ont tous deux mis l'accent sur l'importance d'être en mesure d'assurer une présence régulière dans les écoles et les classes directement, par exemple deux journées par semaine.

Action 4 : Adopter une démarche structurée et itérative. La nécessité d'adopter une démarche structurée et itérative dans la mise en œuvre du modèle de pratique basé sur la RàI émerge des résultats. À cet effet, quatre étapes charnières ressortent des propos des participants des trois groupes (intervenants scolaires et ergothérapeutes). Elles sont définies dans les paragraphes suivants.

Étape 1 : Définir et présenter son rôle. Les participants des trois groupes ont mentionné qu'il serait essentiel d'informer les intervenants scolaires et les familles de l'ajout d'un ergothérapeute à l'équipe-école et de clarifier le type d'interventions que celui-ci peut offrir en RàI. À cet effet, ils ont suggéré de donner des exemples concrets d'intervention en ergothérapie

pour chacun des paliers et d'aborder sa contribution spécifique auprès de la clientèle présentant un TSA. Selon eux, cela permettrait de bien situer les attentes à l'égard des services.

Étape 2 : Évaluer les besoins. Une étape qui ressort comme critique selon un grand nombre de participants est l'évaluation des besoins de soutien prioritaires en collaboration avec les acteurs clés de l'équipe-école. À ce sujet, une ergothérapeute participante a proposé d'adopter une perspective occupationnelle en précisant son rôle à l'aide d'éléments rapportés par les intervenants scolaires : « les situations, les contextes, les routines quelconques dans la journée dans lesquelles [ils] sent[ent] que [leurs] stratégies habituelles ne marchent pas ». Les ergothérapeutes recommandent aussi le recours à un document écrit afin de les aider à cibler les priorités avec les intervenants scolaires et de s'assurer, dans le processus, de demeurer centrés sur leurs besoins. Tous les groupes ont également discuté de l'importance d'inclure des rencontres entre l'ergothérapeute et les acteurs clés de l'équipe-école et des observations en contexte naturel afin de préciser les besoins et établir un portrait juste de la situation actuelle.

Étape 3 : Établir et mettre en œuvre un plan d'action. Les participants ont aussi suggéré que l'ergothérapeute préconise différents types d'interventions misant sur le développement des capacités des intervenants scolaires à soutenir la participation des enfants présentant un TSA, mais ce, sans s'éparpiller et en s'assurant d'intégrer des objectifs réalistes et mesurables dans son plan d'action. Ils ont aussi mis l'accent sur l'importance que les stratégies proposées aux intervenants soient simples et concrètes, réalisables en contexte scolaire, et idéalement que les intervenants puissent les appliquer avec plusieurs enfants. Ainsi, différentes interventions ont été suggérées pour permettre à l'ergothérapeute de partager ses connaissances sur des problématiques spécifiques ou sur des solutions devant des problèmes communs. Par exemple, des formations, de courtes capsules vidéo ou une banque d'outils concernant les

particularités sensorielles ou les difficultés motrices des enfants avec un TSA, leurs impacts au quotidien et les stratégies de base pouvant être testées ont été proposées.

Or, tous les groupes ont aussi insisté sur l'importance pour l'ergothérapeute d'intégrer de l'accompagnement auprès des intervenants afin de partager la démarche de résolution de problème et de convenir ensemble des meilleures manières d'appliquer concrètement les stratégies dans leur contexte particulier. À ce sujet, un intervenant scolaire a mentionné :

Des formations, mais avec de l'accompagnement pratique aussi. Parce que des fois on va à des formations, on revient avec plein d'informations en tête, et quand on vient pour l'appliquer, soit le temps manque, soit on n'a pas d'accompagnement, et quand on arrive pour l'appliquer, finalement ça ne s'appliquait pas à mon élève.

Tant les ergothérapeutes que les intervenants scolaires ont proposé d'intégrer davantage de modelage : « Je pense aussi à des démonstrations, pas seulement à des trucs écrits » et « On aimerait ça te voir faire ».

La majorité des participants mettaient l'accent sur les stratégies et interventions aux paliers 1 et 2 pouvant être utilisés auprès de groupes d'élèves (p. ex. : capsules vidéos destinées à tous les élèves sur l'utilisation des ciseaux, ateliers en petits groupes sur l'autorégulation, l'écriture ou le jeu). Par exemple, un ergothérapeute a proposé ces interventions :

« l'environnement en classe universelle, ensuite l'aménagement de cours d'école avec activités variées. » D'autres suggestions d'actions incluent du soutien à la détection de problématiques fonctionnelles, des séances de *coaching* ou des interventions conjointes entre l'ergothérapeute et l'intervenant scolaire. L'objectif serait d'identifier des adaptations pertinentes aux routines, au matériel, à l'environnement physique, à l'enseignement et aux attentes pour les rendre plus favorables à la participation d'un ou plusieurs élèves. En lien avec les interventions

individualisées, certains croyaient qu'il fallait tout de même en réaliser, mais ce n'était pas unanime. Voici les propos d'un ergothérapeute à ce sujet : « Le niveau 3, moi j'ai décidé de référer ailleurs pour des évaluations poussées, parce que sinon l'école achète des outils d'évaluation. C'est des sous pour ce court laps de temps-là, ce n'est pas possible. » Les propos des ergothérapeutes font également ressortir qu'il est essentiel de considérer les données probantes pour réaliser des interventions efficaces et qu'il serait intéressant de s'inspirer des meilleures pratiques auprès de la clientèle présentant un TSA pour explorer comment elles pourraient être utilisées avec l'ensemble de la classe. À ce sujet, les ergothérapeutes proposaient de miser sur les scénarios sociaux, le *videomodeling* et le pairage.

Étape 4 : Effectuer un suivi. L'importance d'effectuer un suivi apparaît clairement. Lorsque questionnés sur ce qui pourrait être fait pour s'assurer que l'implantation du modèle soit un échec, tant les intervenants scolaires que les ergothérapeutes ont mentionné que l'ergothérapeute pourrait décider de ne pas réaliser de suivi auprès des intervenants concernés pour voir si les stratégies fonctionnent et réaliser des ajustements. Certains ont aussi précisé que le suivi pourrait permettre de favoriser la poursuite des stratégies gagnantes à l'extérieur de la classe (p. ex. au service de garde) et lors des transitions scolaires. Enfin, l'importance d'évaluer les retombées de la mise en œuvre du modèle de pratique a été mise de l'avant par un ergothérapeute, plus spécifiquement de : « faire la démonstration de la plus-value de cette expérience-là [du projet pilote] ».

Action 5 : Adopter de bonnes pratiques de collaboration. Un autre thème majeur ressortant de l'analyse des éléments pouvant favoriser la réussite de la mise en œuvre de la RàI est l'importance pour l'ergothérapeute et les intervenants scolaires d'adopter de bonnes pratiques de collaboration. Ce type de pratiques pourrait être favorisé en évitant la position

d'expert, en misant davantage sur des relations égalitaires et en partageant les responsabilités entre l'ensemble des acteurs impliqués. Pour y arriver, tous les groupes ont souligné le besoin pour l'ergothérapeute d'avoir une bonne connaissance du milieu scolaire et des intervenants impliqués et d'être ouvert à adapter sa pratique au contexte scolaire. Par exemple, un ergothérapeute mentionne : « Les valeurs et la culture de cette école-là, je trouve que c'est important, et le cursus scolaire. » Un intervenant scolaire renchérit : « De nous connaître nous, notre façon de travailler aussi, le professeur ou l'éducatrice, comment ce qu'on est et comment on fonctionne. » D'autres recommandations sont d'établir un fonctionnement clair pour la communication d'entrée de jeu, de faire preuve d'écoute, d'assurer une présence régulière dans l'école et d'établir un lien avec l'ensemble des intervenants impliqués dans les divers contextes de l'école, au-delà des enseignants. À ce sujet, les participants ont proposé de travailler également avec les éducateurs en soutien à l'inclusion ou au service de garde, les autres professionnels et le personnel de soutien. Les intervenants scolaires ont aussi suggéré qu'il est important pour les équipes-écoles de se soutenir et de travailler ensemble au-delà de l'implication de l'ergothérapeute. Enfin, les participants ont souligné qu'il était important d'informer et d'impliquer le plus possible les familles, surtout lors d'interventions aux paliers 2 et 3, afin de partager les stratégies gagnantes et de mieux ajuster les interventions de l'enfant dans tous ces milieux de vie. Les suggestions en ce sens incluent l'utilisation d'un journal de bord ou des rencontres de concertation pour s'assurer d'une cohérence entre les stratégies mises en place à l'école et à la maison. Selon les propos recueillis, tant l'ergothérapeute que les intervenants scolaires auraient un rôle à jouer pour informer, impliquer et obtenir le consentement des familles.

Action 6 : Favoriser le partage avec d'autres écoles. Afin de limiter les irritants dans les écoles non-ciblées directement pour la mise en place du modèle de pratique, des participants aux trois groupes ont également suggéré de favoriser le partage des stratégies gagnantes avec celles-ci. Les propositions à cet égard varient et incluent par exemple de rendre disponibles des ateliers et formations aux autres intervenants pouvant être concernés par les problématiques abordées ou d'utiliser un blogue dans lequel les intervenants scolaires pourraient partager les bons coups accomplis.

Action 7 : Soutenir les ergothérapeutes. Les propos des participants font ressortir l'importance d'offrir du soutien aux ergothérapeutes responsables de mettre en place le modèle de pratique. Diverses suggestions ont été émises comme de la formation préparatoire, des documents écrits, du soutien par les pairs, des mentors, des personnes-ressources, des canevas et autres outils. Les divers types de soutien devraient aider les ergothérapeutes à se sentir épaulés, à s'inspirer d'expériences dans d'autres contextes, à comprendre la culture de l'école et ses procédures et à bien saisir les obligations associées à la tenue de dossiers et au consentement dans ce type de pratique.

Discussion

L'étude présentée dans cet article a permis de développer une première version du modèle de pratique *Ergothérapeutes pour des écoles inclusives : TSA* (voir Figure 3) visant à mieux répondre aux besoins des enfants présentant un TSA âgés de 5 à 12 ans en contexte scolaire. L'image de la pyramide rappelle que celui-ci est basé sur la RàI et inclut trois paliers d'interventions. Au centre du modèle, l'équipe de recherche a choisi de faire ressortir la démarche structurée et itérative identifiée grâce à l'analyse des propos des participants. La démarche mise sur la création d'une alliance entre un ergothérapeute et une équipe-école pour

codévelopper un plan d'action permettant de favoriser la participation des enfants présentant un TSA dans les activités de leur milieu scolaire. Des liens avec la RàI et la clientèle présentant un TSA sont clarifiés directement dans la figure (p. ex. : incluant des interventions aux paliers 1-2 surtout, se centrant sur les préoccupations communes). Bien que la RàI soit de plus en plus présentée comme un modèle de choix en ergothérapie en milieu scolaire (voir Bazyk et al., 2012; Missiuna et al., 2012; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2016), cette étude propose un premier modèle qui décrivant clairement des étapes structurées pour guider les ergothérapeutes dans la mise en œuvre de ce type de pratique et en favoriser le succès. Bien qu'elle soit cohérente avec les étapes proposées dans le modèle canadien du processus de pratique (MCP; Polatajko, Craik, Davis, et Townsend, 2013), l'équipe croit qu'une démarche simplifiée et adaptée aux spécificités de la RàI pour les enfants avec un TSA peut être fort utile aux ergothérapeutes impliqués dans la mise en œuvre du modèle de pratique.

- *Insérer Figure 3* -

Étant donné le haut niveau de stress des intervenants scolaires accueillant les enfants présentant un TSA (Cappe, Smock, et Boujut, 2016; Corkum et al., 2014), l'équipe invite également les ergothérapeutes à se référer aux préoccupations les plus fréquentes des intervenants concernant la participation des enfants avec un TSA lors de l'évaluation des besoins à l'école. Rappelons que nos résultats indiquent que ces préoccupations sont souvent associées aux crises fréquentes, à l'autonomie limitée, de même qu'à la faible motivation et l'anxiété dans plusieurs activités. L'analyse a d'ailleurs mis en lumière qu'une mauvaise adéquation entre les caractéristiques de ces enfants, les exigences des activités scolaires et les environnements dans lesquels ils évoluent serait la source de nombreuses difficultés. Les activités touchées sont nombreuses et concernent plusieurs contextes de la vie scolaire qui

dépassent la classe et les apprentissages. L'ergothérapeute mettra en œuvre ce modèle de pratique devra être prêt à sortir des créneaux plus traditionnels tels que le soutien au développement moteur, à l'écriture ou au bricolage. En effet, pour développer des écoles plus outillées à inclure les enfants présentant un TSA et les amener à participer à leur plein potentiel dans les activités, il importe de travailler à développer des environnements et activités plus compatibles avec les caractéristiques fréquentes de cette clientèle, telle que le traitement atypique des informations sensorielles et les défis associés à la communication, à la rigidité et aux intérêts restreints. Il est donc essentiel pour l'ergothérapeute de s'appuyer sur les meilleures pratiques disponibles en TSA (Association canadienne des ergothérapeutes, 2015) et d'aller au-delà des interventions en classe pour inclure du soutien à la participation dans d'autres milieux tels le service de garde, le gymnase, la salle de dîner ou la cour d'école. Il est attendu qu'en favorisant la participation des enfants avec un TSA dans leur milieu scolaire, l'ergothérapeute pourra contribuer à leur réussite scolaire et leur bien-être. À ce sujet, il est possible de s'inspirer du programme *Every moment counts* (Bazyk, s. d.) pour la promotion de la santé mentale des jeunes à l'école. Une évaluation d'une composante de ce programme a d'ailleurs montré qu'il était efficace pour créer un environnement positif et ainsi améliorer la participation et l'appréciation des élèves de leurs repas à la cafétéria (S. Bazyk, Demirjian, Horvath, et Doxsey, 2018).

Dans le modèle proposé pour mettre en œuvre *Ergothérapeutes pour des écoles inclusives : TSA*, l'équipe a aussi fait ressortir les spécificités associées à la clientèle présentant un TSA et intégré des actions essentielles telles que la collaboration avec l'équipe-école et le partage des stratégies gagnantes. Les résultats font également ressortir l'importance d'adopter de bonnes pratiques de collaboration avec l'ensemble des intervenants scolaires, au-delà des

enseignants. La consultation collaborative (voir Villeneuve et Shulha, 2012) peut donc être fort pertinente. Elle peut aider à identifier, en partenariat avec les acteurs des équipes-écoles : 1) les principaux besoins associés à la participation des enfants avec un TSA et 2) les stratégies à mettre de l'avant dans un plan d'action centré sur le développement des capacités du milieu scolaire. De plus, compte tenu de la nature innovante de ce type de pratique et du besoin de soutien identifié par les ergothérapeutes ayant participé à l'étude, il apparaît essentiel de développer de la formation, des ressources et des opportunités de réseautage pour les ergothérapeutes mandatés à l'implantation de ce modèle. Ceci est d'ailleurs cohérent avec l'expérience documentée en Ontario dans l'implantation du modèle *Partenaires pour le changement*, alors qu'une formation et du mentorat ont été offerts (Missiuna et al., 2017).

Limitations de l'Étude et Considérations pour le Futur

L'étude a permis de développer un modèle de pratique applicable pour le contexte québécois d'offre de services aux enfants avec un TSA. Bien qu'elle ait permis d'identifier des préoccupations des intervenants scolaires par rapport à la participation des enfants avec un TSA, un petit nombre d'intervenants venant d'une seule commission scolaire ont été sondés. Ces préoccupations sont tout de même cohérentes avec d'autres études qui soutiennent que l'anxiété vécue par les enfants, la gestion des transitions, des changements et des relations avec les pairs sont des défis (Able et al., 2015; Lindsay et al., 2014). Même si les préoccupations identifiées peuvent aider à cibler des défis de participation à prioriser, le contexte particulier de chaque école doit évidemment être considéré. Les auteurs reconnaissent que l'application de la RàI à une clientèle en particulier pourrait être critiquée, puisque cette approche vise le bénéfice de tous les élèves. Or, constatant qu'une grande partie des besoins des enfants avec un TSA demeurent trop souvent oubliés, il est important de préciser comment un ergothérapeute peut

agir pour soutenir le développement de milieux éducatifs plus inclusifs et outillés à favoriser la participation des enfants avec un TSA. Tout comme *Partenaires pour le changement* (Missiuna et al., 2017; Missiuna et al., 2015; Missiuna et al., 2012) a été conçu en pensant aux enfants avec un trouble développemental de la coordination, mais bénéficie aux milieux éducatifs au-delà de ceux-ci, il est attendu que les stratégies mises en place pourront favoriser la participation des enfants avec et sans TSA. L'adaptation du modèle de pratique à la clientèle TSA permet aussi de justifier l'implication potentielle d'ergothérapeutes du réseau de la santé en renfort aux équipes-écoles. D'ailleurs, il pourrait être intéressant d'étudier quels seraient les ajustements à apporter au modèle de pratique afin qu'il réponde aussi aux besoins d'autres clientèles, telles que les enfants présentant une déficience intellectuelle. La prochaine phase de cette recherche constituera en l'expérimentation du modèle *Ergothérapeutes pour des écoles inclusives : TSA* pour le bonifier et mesurer ses retombées sur la capacité des milieux scolaires à soutenir la participation des enfants avec un TSA.

Conclusion

Les principales préoccupations des intervenants scolaires en lien avec la participation scolaire des élèves présentant un TSA ont été identifiées. Ces éléments ont mené au développement d'un modèle de pratique novateur, basé sur la RàI, et adapté aux besoins des milieux scolaires accueillant les élèves présentant un TSA dans le contexte québécois d'offre de services en ergothérapie. Il est espéré que les ergothérapeutes impliqués auprès de la clientèle présentant un TSA d'âge scolaire tout comme ceux travaillant directement dans des écoles pourront s'inspirer des résultats de notre étude.

Messages clés

- Les préoccupations des intervenants scolaires concernant la participation des enfants présentant un TSA touchent plusieurs activités et vont au-delà du contexte de la classe.
- Le modèle de pratique *Ergothérapeutes pour des écoles inclusives : TSA* est proposé pour mieux répondre aux besoins des enfants présentant un TSA âgés de 5 à 12 ans en contexte scolaire.
- Une démarche structurée et itérative en quatre étapes est mise de l'avant et pourrait être adaptée à différents contextes.

Remerciements

Cette étude a été principalement financée par une subvention reçue du Centre de recherche sur les soins et services de première ligne – Université Laval (CERSSPL-UL). Du soutien pour la diffusion des résultats a été offert par l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. Les fonds offerts par le Consortium national de recherche en intégration sociale (CNRIS) ont couvert l'exploration préliminaire des besoins cliniques et de la littérature.

Références

- Able, H., Sreckovic, M. A., Schultz, T. R., Garwood, J. D., et Sherman, J. (2015). Views from the trenches: Teacher and student supports needed for full inclusion of students with ASD. *Teacher Education and Special Education*, 38(1), 44-57. doi: [10.1177/0888406414558096](https://doi.org/10.1177/0888406414558096)
- American Psychiatric Association. (2013). Trouble du spectre de l'autisme. Dans *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd., pp. 55-86). Paris, France: Elsevier Masson.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2015). Prise de position de l'ACE - Les troubles du spectre de l'autisme et l'ergothérapie. Tiré de <https://www.caot.ca/document/4214/L%20->

[%20Les%20troubles%20du%20spectre%20autistique%20et%20l'ergoth%C3%A9rapie%20\(2015\).pdf](#)

- Bazyk, S. (s. d.). Every moment counts. Tiré de <https://everymomentcounts.org>
- Bazyk, S., Berthelette, M., Cahill, S., Frolek Clark, G., Csanyi, C., McCloskey, S., et Scheffkind, S. (2012). AOTA practice advisory on occupational therapy in Response to Intervention. Tiré de <https://www.aota.org/-/media/corporate/files/practice/children/browse/school/rti/aota%20rti%20practice%20adv%20final%20%20101612.pdf>
- Bazyk, S., et Cahill, S. (2014). School-based occupational therapy. Dans J. Case-Smith et J. C. O'Brien (Dir.), *Occupational therapy for children and adolescents* (7^e éd., pp. 664-703). St-Louis, Missouri : Elsevier Health Sciences.
- Bazyk, S., Demirrjian, L., Horvath, F., et Doxsey, L. (2018). The comfortable cafeteria program for promoting student participation and enjoyment: An outcome study. *American Journal of Occupational Therapy*, 72, 7203205050p1–7203205050p9.
doi:10.5014/ajot.2018.025379
- Bazyk, S., Michaud, P., Goodman, G., Papp, P., Hawkins, E., et Welch, M. A. (2009). Integrating occupational therapy services in a kindergarten curriculum: a look at the outcomes. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(2), 160-171.
doi:10.5014/ajot.63.2.160
- Bissonnette, S. (2013). Le modèle RAI. Tiré de <http://edu1014.telug.ca/mes-actions/modele-rai/>
- Boujut, E., Popa-Roch, M., Palomares, E.-A., Dean, A., et Cappe, E. (2017). Self-efficacy and burnout in teachers of students with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 36, 8-20. doi:10.1016/j.rasd.2017.01.002
- Cahill, S. M., McGuire, B., Krumdick, N. D., et Lee, M. M. (2014). National Survey of Occupational Therapy Practitioners' Involvement in Response to Intervention. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(6), e234-240. doi:10.5014/ajot.2014.010116
- Cappe, E., Bolduc, M., Poirier, N., Popa-Roch, M.-A., et Boujut, É. (2017). Teaching students with Autism Spectrum Disorder across various educational settings: The factors involved in burnout. *Teaching and Teacher Education*, 67, 498-508.
doi:10.1016/j.tate.2017.07.014

- Cappe, E., Smock, N., et Boujut, E. (2016). Scolarisation des enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme et expérience des enseignants : sentiment d'auto-efficacité, stress perçu et soutien social perçu. *L'Évolution Psychiatrique*, 81(1), 73-91.
doi:[10.1016/j.evopsy.2015.05.006](https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2015.05.006)
- Chevalier, J. M., Buckles, D. J., et Bourassa, M. (2013). *Guide de la recherche action, la planification et l'évaluation participatives*. Tiré de <http://adfo.org/wp-content/uploads/2014/10/sur-le-site.pdf>
- Chu, S. (2017). Supporting children with special educational needs (SEN): An introduction to a 3-tiered school-based occupational therapy model of service delivery in the United Kingdom. *WFOT Bulletin*, 73(2), 107-116. doi:10.1080/14473828.2017.1349235
- Clark, G., et Polichino, J. (2013). Chapter 17: Best practices in early intervening services and response to intervention. Dans G. Froleck Clark et B. E. Chandler (Dir.), *Best practice for occupational therapy in schools* (pp. 173-182), Bethesda, MD: AOTA Press.
- Corkum, P., Bryson, S. E., Smith, I. M., Giffin, C., Hume, K., et Power, A. (2014). Professional Development Needs for Educators Working with Children with Autism Spectrum Disorders in Inclusive School Environments. *Exceptionality Education International*, 24(1), 33-47. doi:ir.lib.uwo.ca/eei/vol24/iss1/4
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative or mixed methods approaches* (4^e éd.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Durand, K. C. (2015). *Étude des effets d'un dispositif de formation-accompagnement sur le sentiment d'efficacité personnelle des enseignants du préscolaire face à l'acquisition des habiletés motrices chez leurs élèves*. (Mémoire de maîtrise non publié), Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC, CA.
- Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal, Québec: Chenelière Éducation.
- Hui, C., Snider, L., et Couture, M. (2016). Self-regulation workshop and Occupational Performance Coaching with teachers: A pilot study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(2), 115-125. doi:10.1177/0008417415627665
- Hutton, E., Tuppeny, S., et Hasselbusch, A. (2016). Making a case for universal and targeted children's occupational therapy in the United Kingdom. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(7), 450-453. doi:10.1177/0308022615618218

- Ismael, N. (2016). The Relationship Between Sensory Processing and Participation in Daily Occupations for Children with Autism Spectrum Disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(4_Supplement_1), 7011500044p7011500041-7011500044p7011500041. doi:10.5014/ajot.2016.70S1-PO4113
- Jasmin, E., Couture, M., McKinley, P., Reid, G., Fombonne, E., et Gisel, E. (2009). Sensorimotor and daily living skills of preschool children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(2), 231-241. doi:10.1007/s10803-008-0617-z
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., et Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23. doi:10.1177/000841749606300103
- Lévesque, A.-I. (2017). La Réponse à l'Intervention [Dossier thématique]. Tiré de <http://rire.ctreq.qc.ca/2017/11/rai-dt/>
- Lindsay, S., Proulx, M., Thomson, N., & Scott, H. (2013). Educators' challenges of including children with autism spectrum disorder in mainstream classrooms. *International Journal of Disability, Development and Education*, 60(40), 347-362. doi:10.1080/1034912X.2013.846470
- McIntosh, K., MacKay, L. D., Andreou, T., Brown, J. A., Mathews, S., Gietz, C., et Bennett, J. L. (2011). Response to Intervention in Canada: Definitions, the Evidence Base, and Future Directions. *Canadian Journal of School Psychology*, 26(1), 18-43. doi:DOI: 10.1177/0829573511400857
- Ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur. (2015). *Statistiques de l'éducation: Éducation préscolaire, enseignement primaire et secondaire*. Québec: Gouvernement du Québec. Tiré de http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/statistiques_info_decisionnelle/15-00503_statistiques_2015_edition_v25oct.pdf.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2017). *Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022 – Des actions structurantes pour les personnes et leur famille*. (16-824-06W). Québec: Gouvernement du Québec. Tiré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-824-06W.pdf>.

- Missiuna, C., Pollock, N., Campbell, W., DeCola, C., Hecimovich, C., Sahagian Whalen, S., . . . Camden, C. (2017). Using an innovative model of service delivery to identify children who are struggling in school. *British Journal of Occupational Therapy*, *80*(3), 145-154. doi:10.1177/0308022616679852
- Missiuna, C., Pollock, N., Campbell, W., Dix, L., Whalen, S. S., et Stewart, D. (2015). Partnering for Change: Embedding universal design for learning into schoolbased occupational therapy. *Occupational Therapy Now*, *17*(3), 13-15. doi:10.1111/1440-1630.12093
- Missiuna, C. A., Pollock, N. A., Levac, D. E., Campbell, W. N., Whalen, S. D. S., Bennett, S. M., . . . Russell, D. J. (2012). Partnering for Change: An innovative school-based occupational therapy service delivery model for children with developmental coordination disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *79*(1), 41-50. doi:10.2182/cjot.2012.79.1.6
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2016). Mémoire présenté dans le cadre de la consultation publique du ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport sur la réussite éducative. Tiré de [https://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/Memoire_reussite-scolaire_Nov2016\(2\).pdf](https://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/Memoire_reussite-scolaire_Nov2016(2).pdf)
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4^e éd.). London, UK: SAGE Publications.
- Polatajko, H. J., Craik, J., & Davis, J. (2013). Chapitre 9. Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCP). Dans E. Townsend & H. Polatajko (Dir.), *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., pp.269-289; traduit par N. Cantin), Ottawa, ON : CAOT publications ACE.
- Rens, L., et Joosten, A. (2014). Investigating the experiences in a school-based occupational therapy program to inform community-based paediatric occupational therapy practice. *Australian occupational therapy journal*, *61*(3), 148-158. doi:10.2182/CJOT.2012.79.5.5
- Villeneuve, M. (2009). A critical examination of school-based occupational therapy collaborative consultation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *76*(1_suppl), 206-218. doi:10.1177/000841740907600s05

Villeneuve, M. A., et Shulha, L. M. (2012). Learning together for effective collaboration in school-based occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(5), 293-302. doi:10.2182/CJOT.2012.79.5.5

Wilson, A., et Harris, S. (2017). Collaborative Occupational Therapy: Teachers' Impressions of the Partnering for Change (P4C) Model. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 38, 1-13. doi:10.1080/01942638.2017.1297988

Biographies des auteurs

Marie Grandisson, PhD, erg., est Professeure Adjointe, Département de Réadaptation, Université Laval et chercheure, Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réadaptation et en Intégration Sociale (CIRRIS), Québec, QC, Canada.

Émilie Rajotte, BSc, erg., est chargée d'enseignement clinique, Département de Réadaptation, Université Laval et candidate à la maîtrise en éducation, Département d'études sur l'enseignement et l'apprentissage, Université Laval, Québec, QC, Canada.

Julie Godin, MSc, erg., est auxiliaire de recherche, Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réadaptation et en Intégration Sociale (CIRRIS) et ergothérapeute, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec, QC, Canada.

Myriam Chrétien-Vincent, MSc, erg., est candidate au doctorat, Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réadaptation et en Intégration Sociale (CIRRIS), Québec, QC, Canada.

Élise Milot, PhD, est Professeure Adjointe, École de service social et de criminologie, Université Laval et chercheure, Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réadaptation et en Intégration Sociale (CIRRIS), Québec, QC, Canada.

Chantal Desmarais, PhD, orthophoniste, est Professeure Titulaire, Département de Réadaptation, Université Laval et chercheure, Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réadaptation et en Intégration Sociale (CIRRIS), Québec, QC, Canada.

Tableau 1

Préoccupations rapportées par les intervenants scolaires

Activités	# de votes (%)	Éléments qui les préoccupent dans ces activités
Alimentation	1 (7%)	Alimentation peu variée et rigidité quant aux propriétés des éléments pouvant provoquer des crises à l'occasion. S'adaptent et ne sentent pas un grand besoin de soutien.
Arts plastiques (bricolage ou dessins)	7 (50%)	Performance limitée, anxiété et crises fréquentes pendant les activités d'arts plastiques pouvant être associées à une mauvaise compréhension des consignes en groupe et à des difficultés motrices.
Écriture*	10 (71%)	Difficultés fréquentes à rencontrer les exigences (p. ex. : prise du crayon, formation des lettres, vitesse), faible motivation des enfants, anxiété et crises fréquentes. Questionnements par rapport aux outils à privilégier (p. ex. : écriture manuscrite ou avec soutien technologique).
Jeux avec les pairs	9 (64%)	Isolement et conflits avec les pairs fréquents pouvant être attribuables à une maladresse dans les relations et l'acceptation variable des pairs. Exacerbé lors d'activités moins structurées et en fin de journée.
Routines de la classe	12 (86%)	Difficultés à suivre les routines, expliquées entre autres par défis de compréhension en groupe et d'attention. Crée de l'anxiété chez les enfants et demande beaucoup d'adaptation de l'enseignant, surtout lorsqu'il y a un changement de routine ou si celle-ci implique plusieurs étapes.
Routines du service de garde	2 (14%)	Participation limitée pour plusieurs pouvant être attribuable à un environnement et des activités peu adaptées aux particularités des enfants avec un TSA (p. ex. : environnement surstimulant, peu de structure et de stabilité). Personnel pouvant être limité en nombre et peu outillé.

Soins d'hygiène	6 (43%)	Difficultés rapportées à maintenir une hygiène corporelle adéquate pouvant avoir un impact dans les relations à l'école et pouvant être associées à des particularités sensorielles et à une faible conscience des normes sociales.
Spécialités (ex. : musique, éducation physique, anglais)	9 (64%)	Participation limitée et anxiété fréquente en éducation physique, en musique et en anglais. Pouvant être attribuables à un personnel moins outillé pour intervenir auprès des enfants avec un TSA, à des environnements bruyants, à des activités moins structurées ou dont les exigences dépassent les capacités (p. ex. : interactions, motricité et langage).
Transitions	12 (86%)	Autonomie diminuée et beaucoup d'anxiété vécue lors des transitions (p. ex. : s'habiller, ramasser son matériel) pouvant être attribuable à un environnement physique surchargé et le peu de structure. Compensés par davantage de soutien direct et des procédures imagées.
Transport scolaire	1 (7%)	Enjeu de sécurité lors de déplacements à pied à l'extérieur de l'école pouvant être associé à une faible conscience du danger. Peu préoccupés par transport vers la maison.

*Les activités en gras sont celles priorisées par 50% ($n = 7$) ou plus des intervenants

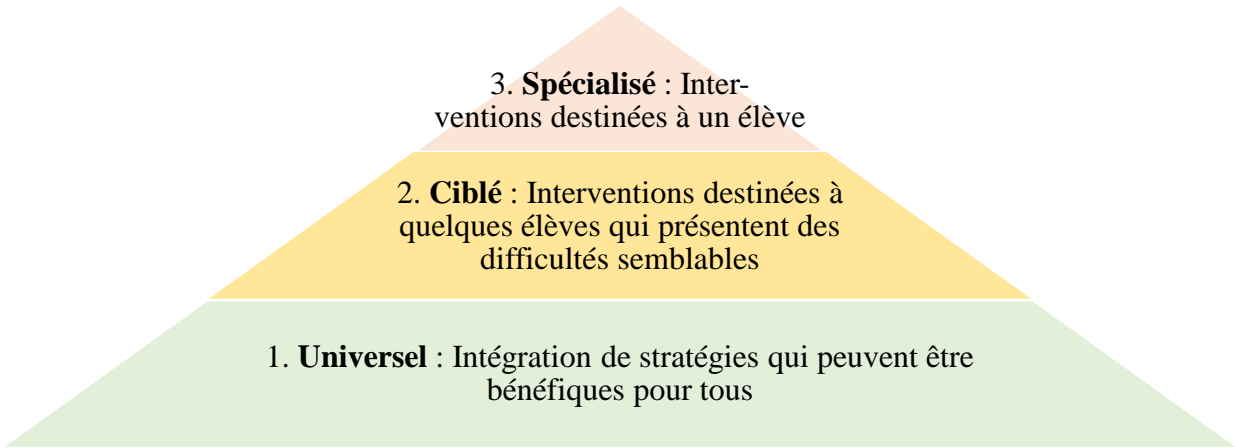


Figure 1. Trois paliers d'intervention en Réponse à l'intervention

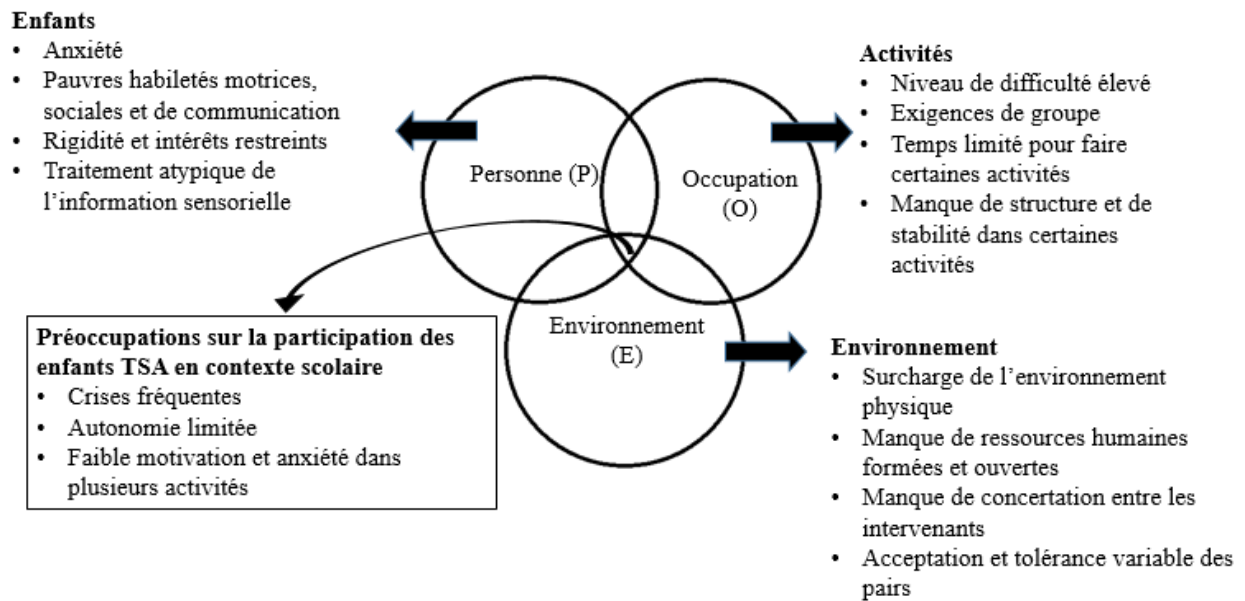


Figure 2. Synthèse des préoccupations des intervenants scolaires au sujet de la participation des enfants présentant un TSA

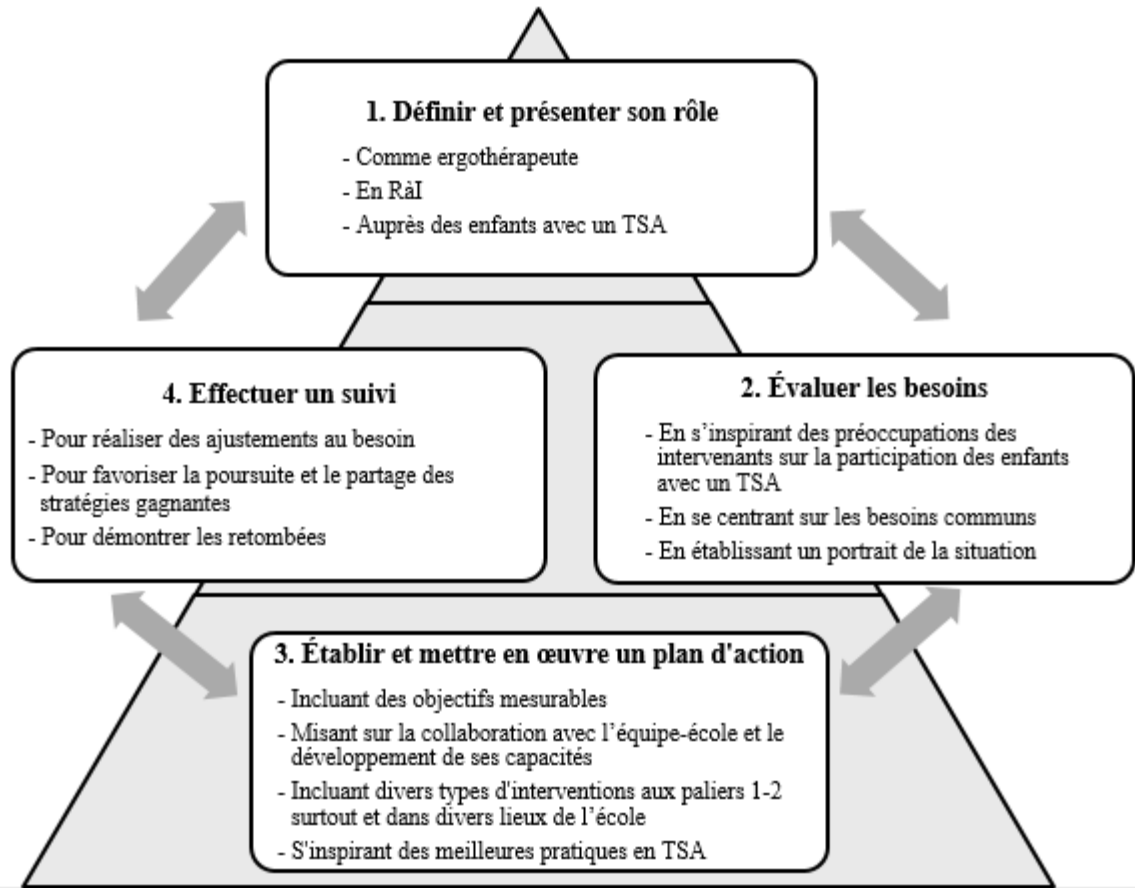


Figure 3. Modèle de pratique proposé – Ergothérapeutes pour des écoles inclusives : TSA.