

La pratique de l'ergothérapie en milieu scolaire au Québec

Emmanuelle Jasmin, Stéphanie Ariel, Anne Gauthier, Marie-Soleil Caron,
Laurie Pelletier, et Gaby Currer-Briggs
Université de Sherbrooke

Sylvie Ray-Kaeser
*Haute école spécialisée de Suisse Occidentale HES-SO, Filière
Ergothérapie, Lausanne, Suisse*

Résumé

Des études ont démontré l'efficacité de l'ergothérapie en milieu scolaire. Or, une faible implantation de ces services au Québec est remarquée, attribuable à une méconnaissance de cette pratique professionnelle. Afin de mieux comprendre l'offre de services d'ergothérapie en milieu scolaire au Québec, une étude descriptive a été réalisée. Cinquante-trois ergothérapeutes exerçant en milieu scolaire ont rempli un questionnaire électronique. Les services d'ergothérapie en milieu scolaire au Québec seraient surtout disponibles dans la région de Montréal et organisés selon un modèle de services traditionnel. Mettre en place un modèle de services collaboratif permettrait de mieux répondre aux besoins des élèves.

Mots-clés : ergothérapie, pratique en milieu scolaire, école, élèves en difficulté

Abstract

Studies have shown the efficacy of school-based occupational therapy. However, these services remain little implemented in Quebec, related to a misunderstanding of this professional practice. In order to better understand the occupational therapy services offered in Quebec schools, a descriptive study was carried out. Fifty-three occupational therapists working in a school environment completed an electronic questionnaire. Occupational therapy services would be mainly available in Montreal, using a traditional service delivery model. They are mostly organized with a traditional delivery model and offered in special classes. Implementing a collaborative delivery model would allow a better response to the needs of students.

Keywords: occupational therapy, school-based practice, school, students with difficulties

Introduction

Au Canada, l'école constitue un milieu de vie important pour les enfants d'âge scolaire, en raison de la scolarisation obligatoire. Cependant, certains d'entre eux éprouvent de la difficulté à participer pleinement et à réussir à l'école et, de ce fait, nécessitent des services éducatifs complémentaires, comme l'ergothérapie. L'ergothérapie en milieu scolaire aide les élèves en difficulté à réaliser l'ensemble de leurs activités quotidiennes et éducatives, comme l'habillage, la prise des repas, les déplacements, l'écriture, les devoirs et le jeu (Bazyk & Cahill, 2015 ; Gravel, 2007 ; Whalen, 2002). Aux États-Unis, cette pratique est bien implantée en raison d'une loi fédérale qui permet aux élèves ayant des incapacités de recevoir des services éducatifs complémentaires gratuits,

dont l'ergothérapie, à leur école de quartier (Bazyk & Cahill, 2015 ; Chandler, 2013). Au Canada, comme une telle loi fédérale n'existe pas et que l'éducation relève des compétences provinciales, l'implantation de l'ergothérapie en milieu scolaire varie d'une province à l'autre. En 2010, les données de l'Institut canadien de l'information en santé permettaient d'identifier les taux d'emploi des ergothérapeutes en milieu scolaire dans les provinces canadiennes, à l'exception du Québec (Mongrain, 2012). Il est cependant possible d'estimer qu'environ 2 % des ergothérapeutes exerçaient en milieu scolaire dans cette province en 2017 (selon le répertoire des membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec accessible aux membres à <http://membres.oeq.org/index.fr.html>, consulté en 2017). Afin de mieux comprendre ce faible taux, il importe d'examiner, d'une part, le contexte québécois au regard de l'intégration scolaire et de la réussite éducative des élèves « handicapés » ou en difficulté d'adaptation et d'apprentissage (HDAA) et, d'autre part, les connaissances actuelles sur l'ergothérapie en milieu scolaire.

Intégration scolaire et réussite éducative des élèves HDAA au Québec

Au Québec, on observe une hausse constante du nombre d'élèves HDAA dans le réseau scolaire de même que de la proportion intégrée en classe ordinaire. En 2013-2014, les élèves HDAA représentaient 19,3 % de l'effectif scolaire et 70,6 % d'entre eux étaient intégrés en classe ordinaire, alors qu'en 1999-2000, ces taux se situaient respectivement à 16,2 % et 64,5 % (Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur [MEES], 2016). L'augmentation des élèves HDAA en classe ordinaire est cohérente avec la politique de l'adaptation scolaire adoptée en 2000 (Ministère de l'Éducation [MEQ], 1999a, 1999b). En effet, celle-ci préconisait l'intégration des élèves HDAA en classe ordinaire. Par ailleurs, les commissions scolaires ont le devoir de privilégier cette option, lorsque possible, selon la Loi sur l'instruction publique du Québec (Gouvernement du Québec, 2017).

L'intégration des élèves HDAA en classe ordinaire est également soutenue par de nombreux travaux de recherche. Plusieurs études ont démontré des bienfaits sur les apprentissages scolaires et le développement social, tant chez les élèves HDAA que chez ceux sans difficulté (Vienneau & Thériault, 2015). Le contexte de la classe ordinaire serait plus motivant et stimulant pour les élèves en difficulté. Par ailleurs, l'intégration des élèves HDAA en classe ordinaire favoriserait le développement de valeurs et

d'attitudes axées sur l'acceptation des différences. Cependant, d'autres facteurs, comme les pratiques pédagogiques et le soutien à l'enseignant, peuvent influencer les effets de l'intégration en classe ordinaire (Vienneau & Thériault, 2015). C'est pourquoi il importe de mettre en place des conditions facilitantes, notamment en offrant des services complémentaires pour soutenir les élèves et les enseignants.

En 2003, en appui à la politique de l'adaptation scolaire, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont signé une entente de complémentarité afin de mieux arrimer leurs services sur le territoire québécois (MEQ, 2003). Par cette entente, les deux réseaux devaient se mobiliser pour agir, de manière globale et concertée, sur la santé, le bien-être et la réussite éducative de tous les élèves. Cependant, cette entente ne fut pas suffisante pour améliorer la collaboration et la concertation entre les acteurs des deux réseaux, en raison notamment de la surcharge de travail, du manque de temps pour la concertation, de l'irrégularité des rencontres et du roulement du personnel (Tétreault, Beaupré, Carrière, Freeman, & Gascon, 2010). Des « prêts » de services sont néanmoins possibles entre les deux réseaux, ce qui permet à des professionnels de la santé, comme les ergothérapeutes, de travailler directement dans le milieu scolaire. Dans ce cas, la collaboration et la concertation s'en trouvent facilitées, et par le fait même l'intégration scolaire des élèves HDAA (Lepage et al., 2000).

En revanche, selon une enquête de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse sur la discrimination systématique des élèves HDAA dans le réseau de l'éducation, une augmentation importante du nombre de plaintes est notée, provenant de parents qui estiment que leurs enfants ne reçoivent pas les services requis à l'école (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2014). L'ergothérapie figure parmi les services demandés par les parents. De plus, selon une étude québécoise sur la participation et les besoins des élèves ayant un trouble développemental de la coordination (TDC) en milieu scolaire, les parents et les enseignants souhaitent davantage de services en milieu scolaire, dont l'ergothérapie (Jasmin & Joly, 2015). Cependant, comme les commissions scolaires du Québec n'ont pas l'obligation d'offrir des services d'ergothérapie (MEQ, 2002), plusieurs familles doivent se tourner vers le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ou le secteur privé pour avoir accès à ces services, ce qui crée des iniquités entre les élèves et entraîne des défis de collaboration et de concertation entre les ergothérapeutes et les enseignants.

Plus récemment, le Gouvernement du Québec a adopté une politique de la réussite éducative pour tous, incluant les élèves HDAA (MEES, 2017). Cette politique vise, entre autres, à accroître le taux de diplomation et de qualification, à réduire les écarts de réussite entre les groupes ainsi qu'à diminuer le pourcentage d'élèves qui débutent leur scolarité avec une vulnérabilité développementale. Cette politique reconnaît l'apport majeur des services éducatifs complémentaires pour favoriser la réussite éducative. Considérant la hausse constante des élèves HDAA en classe ordinaire, elle devrait contribuer à l'ajout de services éducatifs complémentaires. Or, cette politique ne fait pas mention de l'ergothérapie, en dépit des demandes des parents et des enseignants, des iniquités en termes d'accès aux services et des obstacles à la collaboration et à la concertation lorsque ces services relèvent du RSSS ou du secteur privé.

Ergothérapie en milieu scolaire

L'ergothérapie est une profession de la santé permettant aux personnes de tout âge de réaliser des occupations significatives sur les plans personnel, culturel et social, comme le jeu, l'éducation, le travail et les loisirs (Townsend & Polatajko, 2013). En milieu scolaire, l'ergothérapie vise principalement à améliorer la participation des élèves dans leurs activités quotidiennes, éducatives, sociales, parascolaires ou vocationnelles (Bazyk & Cahill, 2015 ; Gravel, 2007 ; Whalen, 2002). Puisque la pleine participation et la réussite dans les activités de tous les jours favorisent le bien-être et le développement de l'enfant (Polatajko & Mandich, 2004), les ergothérapeutes peuvent donc jouer un rôle important en milieu scolaire.

Les services d'ergothérapie en milieu scolaire peuvent être dispensés dans des écoles régulières ou spécialisées et être organisés selon différents modèles de services. À l'origine, ces services ont été développés selon un modèle médical, appelé modèle traditionnel (Bazyk & Cahill, 2015 ; Chandler, 2013). D'après ce modèle, l'ergothérapeute intervient directement auprès d'élèves en difficulté à la suite d'une référence individuelle. Les interventions ont lieu principalement à l'extérieur de la classe et incluent surtout la thérapie individuelle ainsi que des recommandations pour adapter ou modifier l'environnement ou les activités des élèves rencontrés. Par contre, ce modèle engendre de longues listes d'attente (Missiuna et al., 2015). Par ailleurs, les élèves qui présentent des difficultés liées à leur participation scolaire ne peuvent bénéficier de ces

services que s'ils sont dépistés ou même diagnostiqués. C'est pourquoi il est de plus en plus recommandé d'adopter un modèle de services collaboratif (Bazyk & Cahill, 2015 ; Villeneuve, 2009 ; Villeneuve & Shulha, 2012).

Au lieu d'intervenir directement auprès d'un élève ou d'un groupe en difficulté, le modèle collaboratif permet à l'ergothérapeute de travailler principalement en collaboration avec les enseignants (Villeneuve, 2009 ; Villeneuve & Shulha, 2012). Ensemble, ils identifient les objectifs d'intervention pour l'élève ou le groupe, développent des stratégies d'intervention et évaluent les progrès ou les résultats. Des études ont d'ailleurs démontré que la consultation collaborative entre l'ergothérapeute et les enseignants était aussi efficace que l'intervention directe pour atteindre les objectifs d'intervention (Dunn, 1990 ; Dreiling & Bundy, 2003 ; Villeneuve, 2009). Néanmoins, l'intervention directe peut aussi être nécessaire pour aider certains élèves en difficulté (Golos, Sarid, Weill, & Weintraub, 2011 ; Priest, 2006). Au Québec, les résultats d'une étude pilote ont révélé qu'offrir aux enseignants une formation sur des stratégies sensorimotrices et du coaching en ergothérapie, tout en s'appuyant sur un modèle collaboratif, permettait d'améliorer de manière cliniquement significative leur gestion de classe (Hui, Snider, & Couture, 2016).

Aux États-Unis, les ergothérapeutes en milieu scolaire sont encouragés à sortir du modèle traditionnel pour instaurer un modèle collaboratif de type « réponse à l'intervention » (RAI) (Bazyk & Cahill, 2015 ; Clark, 2013). Ce modèle mise sur la prévention et l'intervention précoce en vue de réduire le nombre d'élèves nécessitant une intervention individuelle (Bazyk & Cahill, 2015 ; Clark, 2013 ; Hughes & Dexter, 2011). Axée sur la consultation collaborative et la mise en place d'interventions rapides, la RAI comprend trois paliers d'intervention, soit : 1) l'enseignement universel, la prévention et le dépistage ; 2) l'intervention ciblée en petit groupe ; et 3) l'intervention individuelle. La différenciation des stratégies d'enseignement et l'intensité des interventions augmentent d'un palier à l'autre. Ce modèle est recommandé en milieu scolaire, puisqu'il permet d'agir plus tôt auprès d'un plus grand nombre d'élèves en difficulté ou à risque d'en présenter, tout en réduisant les listes d'attente et l'aggravation des problèmes (Bazyk & Cahill, 2015 ; Jasmin, Gauthier, Julien, & Hui, 2018 ; Lucker, 2011).

En Ontario, Missiuna et al. (2015) ont développé un modèle de services similaire à la RAI, mais spécifique à l'ergothérapie en milieu scolaire et aux élèves ayant un TDC, appelé « *Partnering for change* » (P4C). Initialement, ce modèle visait à répondre au

problème d'accès aux services d'ergothérapie en milieu scolaire pour les élèves ayant un TDC ou à risque d'en présenter un (Missiuna et al., 2015). Comme la RAI, l'intervention du P4C est graduée selon trois paliers : 1) la conception universelle de l'apprentissage ; 2) l'enseignement différencié ; et 3) l'adaptation. Dans un premier temps, l'ergothérapeute mise sur l'établissement d'un lien de confiance avec les enseignants et les parents ainsi que le transfert de connaissances, en vue de faciliter l'acquisition des compétences motrices et fonctionnelles, et la participation tous les élèves, avec ou sans difficulté. Ensuite, en collaboration avec un enseignant, il intervient auprès d'un petit groupe d'élèves rencontrant des difficultés motrices ou fonctionnelles et nécessitant des consignes ou des stratégies supplémentaires. Enfin, si les difficultés d'un élève persistent, l'ergothérapeute l'évalue et propose des adaptations spécifiques à sa situation. Ce modèle a l'avantage de rendre les services d'ergothérapie accessibles à tous les élèves et non seulement à ceux ayant un TDC (Missiuna et al., 2015).

Peu importe le modèle de services, l'ergothérapeute en milieu scolaire devrait appuyer sa pratique sur une approche centrée sur le client (Coster & Clark, 2013 ; Townsend & Polatajko, 2013). Cette approche nécessite d'impliquer le client, que ce soit l'élève, le groupe d'élèves, l'enseignant ou l'école, dans l'identification des besoins, des objectifs, des services et des interventions. Une approche axée sur la participation scolaire des élèves (et non sur la remédiation de leurs incapacités) est également préconisée en milieu scolaire (Bazyk & Cahill, 2015). L'ergothérapeute peut aussi appuyer sa pratique sur d'autres approches d'intervention plus spécifiques, lesquelles guideront son raisonnement professionnel et son processus de pratique (Townsend & Polatajko, 2013). Parmi celles-ci, on retrouve principalement l'approche acquisitionnelle (axée sur l'acquisition de compétences fonctionnelles), l'approche cognitive (axée sur l'acquisition de stratégies cognitives), l'approche sensorimotrice (axée sur le développement des capacités sensorielles ou motrices), l'approche multisensorielle (axée sur l'acquisition de stratégies multisensorielles), l'approche compensatoire (axée sur la participation via des moyens alternatifs) et l'approche biomécanique (axée sur l'intégration de principes ergonomiques) (Jasmin et al., 2018 ; Schneck & Case-Smith, 2015 ; Townsend & Polatajko, 2013). Quant au processus de pratique, il inclut notamment l'évaluation, la planification des interventions et la mise en place des interventions (Bazyk & Cahill, 2015 ; Clark, 2013 ; Coster & Clark, 2013 ; Gravel, 2007 ; Townsend & Polatajko, 2013).

Lorsque le client est un élève ou un groupe d'élèves, l'évaluation de l'ergothérapeute en milieu scolaire implique généralement d'identifier ses défis fonctionnels et de déterminer son degré de participation scolaire (Bazyk & Cahill, 2015 ; Coster & Clark, 2013 ; Gravel, 2007). Pour ce faire, l'ergothérapeute recueille des informations via différentes méthodes d'évaluation, puis il les interprète et les analyse en tenant compte des interactions entre le client (ses forces, ses difficultés), l'environnement physique et social (les obstacles, les facilitateurs) et les activités scolaires (ex. : les exigences, le degré de défi). Ensuite, en collaboration avec les personnes concernées, il établit un plan d'intervention pour améliorer le rendement ou la participation scolaire de l'élève ou du groupe (Bazyk & Cahill, 2015 ; Coster & Clark, 2013). Les interventions peuvent cibler : 1) le développement de capacités ou l'acquisition de compétences fonctionnelles ; 2) l'adaptation des activités ou de l'environnement scolaire ; et 3) l'adaptation des méthodes et stratégies d'enseignement ou de soutien (Clark, 2013 ; Gravel, 2007 ; Villeneuve, 2009). La collaboration avec l'enseignant, les parents, les intervenants impliqués et l'élève ou le groupe est également centrale pour assurer la mise en place et le succès des interventions ergothérapeutiques (Bazyk & Cahill, 2015 ; Whalen, 2002). Toutefois, l'ergothérapeute doit s'assurer que son rôle est bien compris pour faciliter la collaboration avec les enseignants (Villeneuve, 2009 ; Villeneuve & Shulha, 2012) et conséquemment, pour accroître les bénéfices de ses interventions.

À cet égard, des études soutiennent l'efficacité de l'ergothérapie en milieu scolaire, en particulier pour améliorer les compétences en motricité fine et en écriture manuelle des élèves (Bayona, McDougall, Tucker, Nichols, & Mandich, 2006 ; Bazyk, Michaud, Goodman, Papp, Hawkins, & Welch, 2009 ; Jasmin et al., 2018 ; Reid, Chiu, Sinclair, Wehrmann, & Naseer, 2006 ; Wehrmann, Chiu, Reid, & Sinclair, 2006). Selon une recension des écrits, l'ergothérapie en milieu scolaire aiderait les élèves en difficulté à atteindre leurs objectifs d'intervention et à développer des compétences fonctionnelles requises à l'école, comme tenir un crayon, utiliser un clavier, organiser son pupitre et se concentrer sur la tâche (Whalen, 2002). De plus, la consultation collaborative avec les enseignants et les parents optimiserait l'efficacité des interventions ergothérapeutiques (Whalen, 2002). L'ergothérapie dès le niveau préscolaire amènerait également des bienfaits pour les enseignants et les parents en les soutenant dans leur rôle respectif (Jasmin et al., 2018). Ces résultats de recherche appuient donc la pertinence d'intégrer l'ergothérapie en milieu scolaire au Québec (Mongrain, 2012). Offrir des services dans

les milieux de vie de l'enfant, dont l'école, fait d'ailleurs partie des meilleures pratiques en ergothérapie (Bazyk & Cahill, 2015).

Bien qu'il s'agisse d'une pratique courante aux États-Unis, l'offre de services ergothérapeutiques en milieu scolaire est très peu documentée en recherche, à l'exception d'une étude réalisée au Colorado (Spencer, Turkett, Vaughan, & Koenig, 2006). Dans cet État, les ergothérapeutes en milieu scolaire seraient surtout employés par une commission scolaire (*school district*) et interviendraient principalement auprès des élèves de la maternelle à la troisième année. Les services d'ergothérapie seraient principalement offerts selon un modèle traditionnel et les interventions cibleraient surtout le développement des capacités sensorielles ou motrices des élèves. Conséquemment, les services d'ergothérapie en milieu scolaire au Colorado s'appuieraient peu sur les meilleures pratiques, comme un modèle collaboratif et une approche axée sur la participation scolaire (Spencer et al., 2006).

En conclusion, l'ergothérapie en milieu scolaire contribue à améliorer la participation et la réussite des élèves à l'école, tout en soutenant les enseignants et les parents dans leur rôle respectif. La collaboration devrait être au cœur des interventions des ergothérapeutes pour accroître les effets sur la participation scolaire des élèves. Cette collaboration est facilitée lorsque les ergothérapeutes travaillent directement à l'école et que leur rôle est bien compris des enseignants. En outre, les services d'ergothérapie devraient être offerts selon un modèle collaboratif pour en faciliter l'accès, et ce, le plus tôt possible. Par contre, un écart peut exister entre l'offre actuelle de services d'ergothérapie en milieu scolaire et les meilleures pratiques. La disponibilité de ces services varie également selon le pays ou la province. Au Québec, on note une faible implantation de l'ergothérapie en milieu scolaire en dépit des études démontrant son efficacité, de la hausse des élèves HDAA, des demandes des parents et des enseignants ainsi que des obstacles à la collaboration et à la concertation inter-réseaux. Cette faible implantation peut s'expliquer par le fait que l'ergothérapie ne fait pas partie des services éducatifs complémentaires que les commissions scolaires ont l'obligation d'offrir (MEQ, 2002), mais également par une méconnaissance de cette pratique au Québec. Conséquemment, il importe d'examiner les services d'ergothérapie en milieu scolaire au Québec afin d'amener une meilleure compréhension du rôle des ergothérapeutes dans le domaine de l'éducation et de comparer l'offre actuelle avec les meilleures pratiques. Cet article présente une étude descriptive sur la pratique des ergothérapeutes en milieu

scolaire au Québec. Plus spécifiquement, cette étude vise à : 1) décrire le contexte de la pratique des ergothérapeutes en milieu scolaire au Québec ; 2) décrire les principales caractéristiques du processus de pratique des ergothérapeutes en milieu scolaire au Québec.

Méthodologie

Un devis descriptif a été utilisé pour dresser un portrait de la pratique de l'ergothérapie en milieu scolaire au Québec. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CÉR) Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke.

Participants

Le groupe de participants était constitué d'ergothérapeutes œuvrant en milieu scolaire au Québec. Les participants devaient être membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) et travailler au moins une journée par semaine en milieu scolaire. Ils devaient également être en mesure de lire et d'écrire en français ou en anglais pour pouvoir répondre au questionnaire.

La taille de la population à l'étude était estimée à 89 participants, considérant le nombre d'ergothérapeutes exerçant dans une commission scolaire ou une école selon le répertoire des membres de l'OEQ (consulté en 2017). Une méthode d'échantillonnage probabiliste a pu être utilisée, puisque l'invitation a été envoyée à tous les ergothérapeutes membres de l'OEQ œuvrant auprès des jeunes de 5 à 17 ans. Cependant, une méthode « boule de neige » a aussi été employée pour faciliter le recrutement. Afin d'obtenir une marge d'erreur de 5 % avec un intervalle de confiance à 95 %, il a été calculé qu'une taille d'échantillon de 73 ergothérapeutes serait recommandée pour cette étude.

Stratégie de collecte de données

Une invitation à participer à l'étude, incluant un lien vers le questionnaire, a été envoyée par courriel aux ergothérapeutes par l'intermédiaire de l'OEQ. L'invitation avec le lien a également été diffusée sur le groupe Facebook « Ergothérapie QUÉBEC ». Les

ergothérapeutes acceptant de participer ont pu répondre au questionnaire électronique en ligne sur LimeSurvey, lequel incluait un formulaire de consentement. Un rappel a été fait par l'OEQ et sur le groupe Facebook. La période de recrutement des participants s'est déroulée de mai à août 2016.

Le questionnaire a d'abord été élaboré en français par notre équipe de recherche en s'appuyant sur une recension des écrits et le processus de pratique en ergothérapie (Townsend & Polatajko, 2013). Cette version a été validée par une ergothérapeute francophone ayant de l'expérience clinique en milieu scolaire. Ensuite, il a été traduit par une professionnelle, puis validé par une ergothérapeute anglophone œuvrant à l'occasion en milieu scolaire. Le questionnaire comprenait des questions fermées (à choix de réponses) et ouvertes (réponses à préciser ou à développer) (voir Appendice). Notez que la plupart des choix de réponses comprenaient une catégorie « autre » pouvant être précisée. Le questionnaire incluait quatre sections : 1) le contexte de la pratique (ex. : employeur, modèle de services) ; 2) le processus de pratique (ex. : méthodes d'évaluation, moyens d'intervention) ; 3) les besoins liés à la pratique en milieu scolaire ; et 4) les informations sociodémographiques.

Analyse des données

Puisque le questionnaire comprenait des questions fermées et ouvertes, des données quantitatives et qualitatives ont été recueillies. Toutefois, seules les données quantitatives sont présentées dans cet article, en cohérence avec les objectifs mentionnés ci-dessus. Ces données ont été analysées avec des statistiques descriptives (fréquences, pourcentages) (Fortin, 2006).

Résultats

Au total, 60 ergothérapeutes ont répondu au questionnaire, mais 7 ont dû être exclus puisque leurs réponses étaient incomplètes (plus de la moitié du questionnaire). Les résultats proviennent donc des réponses au questionnaire de 53 ergothérapeutes membres de l'OEQ et œuvrant au moins une journée par semaine en milieu scolaire au Québec. Selon notre estimation de la population à l'étude, cet échantillon représenterait 59,6 %

des ergothérapeutes en milieu scolaire au Québec. Les résultats ci-dessous s'appuient sur les taux de réponse de l'échantillon aux différentes questions.

Description de l'échantillon ($n = 53$)

Les ergothérapeutes participantes sont toutes des femmes possédant un diplôme d'entrée en pratique en ergothérapie, soit un baccalauréat (66,0 %) ou une maîtrise (34,0 %). L'échantillon comprend 46 francophones (86,8 %), 6 anglophones (11,3 %) et une personne ayant une autre langue maternelle non précisée. Au travail, la majorité parle français (94,3 %), mais l'anglais est aussi fréquemment utilisé (41,5 %).

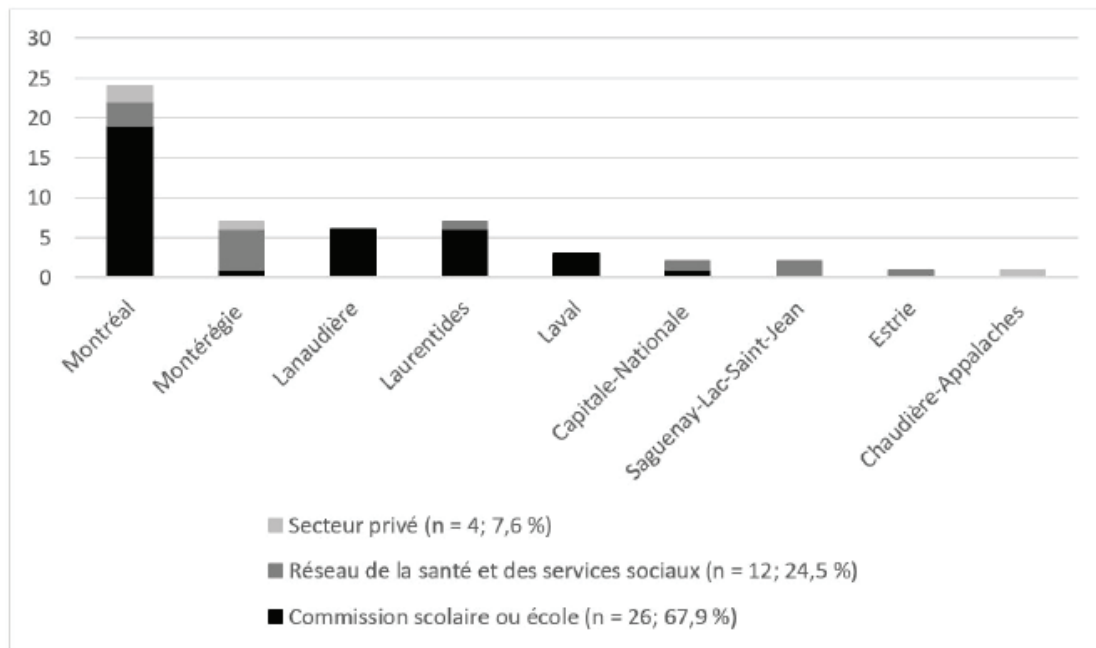
Contexte de la pratique de l'ergothérapie en milieu scolaire au Québec

Les réponses des ergothérapeutes participantes permettent de répondre au premier objectif de recherche, soit de décrire le contexte de leur pratique en milieu scolaire.

Répartition des ergothérapeutes en milieu scolaire dans les régions administratives. Comme illustré à la Figure 1, les ergothérapeutes participantes travaillaient, au moment du recueil des données, dans 9 des 17 régions administratives du Québec et principalement à Montréal (45,3 %), dans les Laurentides (13,2 %), en Montérégie (13,2 %) et dans Lanaudière (11,3 %).

Figure 1. Répartition des ergothérapeutes participantes selon la région administrative et l'employeur

Employeurs des ergothérapeutes en milieu scolaire. Les participantes étaient surtout employées par une commission scolaire ou une école (67,9 %). Plus précisément, 24 ergothérapeutes étaient embauchées par une commission scolaire et 12 par une école. Comme l'indique la Figure 1, les ergothérapeutes engagées par une commission scolaire ou une école travaillaient majoritairement dans les régions de Montréal (52,8 %), de Lanaudière (16,7 %) et des Laurentides (16,7 %). Toutes les ergothérapeutes embauchées



par une commission scolaire occupaient un poste dans l'établissement et la plupart y travaillaient à temps plein, cinq jours par semaine (66,7 %).

Types d'écoles desservies en ergothérapie. Les ergothérapeutes participantes œuvraient majoritairement dans des écoles francophones (79,2 %), publiques (86,8 %) et primaires (90,5 %). Plus de la moitié travaillaient dans des écoles régulières (56,6 %) ou spécialisées (50,9 %), dont quelques-unes dans les deux types d'écoles (7,5 %). Les écoles spécialisées dans lesquelles les ergothérapeutes offraient des services se situaient surtout dans la région de Montréal. Certaines travaillaient dans des écoles anglophones (17,0 %) ou bilingues (22,6 %), situées majoritairement à Montréal. Des participantes desservaient des écoles privées (22,6 %), particulièrement à Montréal.

Classes et niveaux scolaires desservis en ergothérapie. Les ergothérapeutes intervenaient dans des classes spécialisées (49,1 %), des classes ordinaires (13,2 %) ou les deux types de classes (ordinaires et spécialisées) (35,8 %). Elles offraient des services aux élèves de tous les niveaux scolaires, de la prématernelle jusqu'au secondaire, mais surtout à ceux de maternelle (71,7 %), de 1^{re} année (79,2 %) et de 2^e année (75,5 %). Un peu plus de la moitié d'entre elles travaillaient également avec les élèves du 2^e cycle du primaire. Les ergothérapeutes offraient des services à un nombre variable d'élèves par

jour, soit 1 à 5 élèves par jour (45,3 %), 6 à 10 élèves par jour (26,4 %) ou 11 à 40 élèves par jour (11,4 %).

Collaboration avec les intervenants scolaires. Concernant la collaboration professionnelle, toutes les participantes ont indiqué travailler de pair avec d'autres intervenants en milieu scolaire. Ces derniers incluent principalement les enseignants (98,1 %), les techniciens en éducation spécialisée (81,1 %), les psychologues (67,9 %), les orthophonistes (64,2 %) et la direction d'école (62,3 %). Certaines ont également mentionné collaborer avec le personnel présent à la récréation, lors des repas ou au service de garde (28,3 %) ainsi que les chauffeurs d'autobus (26,4 %).

Modèle de services ergothérapeutiques en milieu scolaire. Selon les participantes, les services d'ergothérapie étaient davantage offerts selon un modèle traditionnel (références individuelles) (69,8 %), mais également selon un modèle collaboratif de type RAI (56,6 %). Il est à noter que des participantes ont indiqué que leurs services étaient offerts selon les deux types modèles, soit traditionnel et collaboratif de type RAI (28,3 %).

Caractéristiques du processus de pratique des ergothérapeutes en milieu scolaire

À partir des réponses des participantes, il est possible de décrire les principales caractéristiques du processus de pratique des ergothérapeutes en milieu scolaire au Québec, ce qui correspond au deuxième objectif de recherche. Ces caractéristiques sont présentées au Tableau 1 et incluent surtout les éléments ayant un taux de réponse au-delà de 50 %.

Tableau 1. Processus de pratique des ergothérapeutes en milieu scolaire au Québec

	%
Principaux motifs de consultation	
Difficultés de motricité fine	87,8
Difficultés de graphomotricité ou d'écriture manuelle	83,0
Difficultés d'autorégulation ou de traitement de l'information sensorielle	79,2
Difficultés de motricité globale	71,7

	%
Difficultés d'organisation ou de planification	66,0
Principales conditions de santé des élèves rencontrés	
Trouble du spectre autistique	64,2
Trouble développemental de la coordination	60,4
Déficience intellectuelle	58,5
Retard de développement	54,7
Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité	54,7
Principales approches guidant l'évaluation et l'intervention	
Approche cognitive ou acquisitionnelle	75,9
Approche sensorimotrice ou multisensorielle	69,8
Approche compensatoire	67,7
Principales méthodes d'évaluation	
Entrevue avec l'enseignant	90,6
Observations cliniques (ex. : activités problématiques en classe, transitions, posture)	88,7
Consultation du dossier scolaire	83,0
Outils normalisés (ex. : évaluation de la motricité)	81,1
Entrevue avec les parents	77,4
Collecte d'échantillons de travaux scolaires de l'élève	75,5
Mises en situation (ex. : écriture manuelle, habillage)	73,6
Outils non normalisés (ex. : évaluation de l'écriture manuelle)	73,6
Questionnaires (ex. : évaluation du traitement de l'information sensorielle)	52,3
Acteurs impliqués dans l'identification des priorités d'intervention	
Enseignants	81,1
Ergothérapeute	69,8
Parents	62,3
Élèves	26,5
Cibles des interventions	
Acquisition de compétences fonctionnelles spécifiques (ex. : écriture manuelle)	77,4
Adaptation ou modification des activités ou de l'environnement (ex. : espace de travail)	71,7
Développement des capacités (ex. : motricité fine, autorégulation)	69,8
Soutien à l'entourage (ex. : coaching à l'enseignant)	69,8
Principaux moyens d'interventions	
Adaptation ou modification de l'environnement (ex. : pupitre, chaise, casier)	81,1
Recommandation ou essai d'aides techniques ou technologiques (ex. : ordinateur)	81,1
Adaptation ou modification d'activité (ex. : simplification ou gradation de l'activité)	71,7
Recommandations ou essai de stratégies (ex. : stratégies sensorielles ou cognitives)	69,8
Consultation collaborative (ex. : réunion avec l'équipe-école)	58,5

	%
Recommandations d'activités (ex. : activités de motricité globale ou fine)	54,7
Formation (ex. : formation aux enseignants sur l'écriture manuelle)	50,9
Motifs de fin de suivi	
Atteinte des objectifs	62,3
Absence de besoins	41,5
Manque de temps ou de ressources	32,1
Absence de progrès	30,2
Besoins de l'élève relevant de l'expertise d'un autre professionnel	30,2

Modalités des interventions directes. Chez les ergothérapeutes offrant des interventions directes aux élèves, comme la thérapie individuelle (41,5 %) ou la thérapie en dyade ou en petit groupe (43,4 %), la fréquence de suivi pouvait varier d'une fois par semaine à une fois par année. Le suivi hebdomadaire (45,3 %) était le plus fréquent, suivi du suivi ponctuel selon les besoins de l'élève (26,4 %) et du suivi aux deux semaines (18,9 %). Certaines ergothérapeutes ont aussi spécifié qu'elles intervenaient directement auprès des élèves seulement pendant une très courte période : elles offraient un bref suivi intensif avant de faire le transfert vers le personnel de la classe.

Discussion

Les résultats de cette étude ont permis de dresser un portrait de la pratique des ergothérapeutes en milieu scolaire au Québec. Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude québécoise sur l'offre de services ergothérapeutiques en milieu scolaire. Plus spécifiquement, les résultats permettent de mieux comprendre l'implantation et l'organisation des services d'ergothérapie en milieu scolaire au Québec de même que le rôle des ergothérapeutes dans ce contexte de pratique.

La consultation du répertoire des membres de l'OEQ (en 2017) a permis de valider nos résultats concernant la répartition des ergothérapeutes par région administrative. D'abord, les ergothérapeutes en milieu scolaire travailleraient en grande partie dans la région de Montréal et dans les régions avoisinantes. Ce seraient surtout des commissions scolaires ou des écoles de Montréal, des Laurentides, de Lanaudière et de Laval qui les embaucheraient. En Montérégie, les ergothérapeutes en milieu scolaire seraient principalement employés par le RSSS. En revanche, les services d'ergothérapie

en milieu scolaire seraient peu développés, voire inexistants, dans les autres régions du Québec. Si la proportion plus grande d'ergothérapeutes en milieu scolaire à Montréal peut s'expliquer par la plus grande concentration de population dans cette région (Institut de la statistique du Québec, 2015), la répartition des ergothérapeutes ne semble pas suivre cette logique pour les autres régions. Par exemple, on compte plus d'ergothérapeutes en milieu scolaire dans les Laurentides et Lanaudière que dans la Capitale-Nationale, alors que cette dernière est plus peuplée que les deux autres régions (Institut de la statistique du Québec, 2015).

Nos résultats suggèrent néanmoins un changement du contexte de la pratique en milieu scolaire au Québec. Dans un essai publié en 2012, Mongrain affirmait que le RSSS était le principal employeur des ergothérapeutes en milieu scolaire au Québec. Dans notre étude, le pourcentage d'ergothérapeutes embauchés par une commission scolaire ou une école représente le double du RSSS. On peut donc présumer que la pratique de l'ergothérapie s'est développée au sein des commissions scolaires et des écoles au cours des dernières années, du moins dans certaines régions du Québec. En comparant nos résultats à l'étude de Spencer et al. (2006), on peut penser que le contexte de la pratique en milieu scolaire au Québec, en termes d'employeurs et d'horaire de travail, ressemble à celui des États-Unis. Au Colorado, les ergothérapeutes seraient aussi principalement engagés par des commissions scolaires (*school district*) et travailleraient en majorité à temps plein dans les écoles (Spencer et al., 2006).

Dans les écoles, les ergothérapeutes interviendraient surtout dans les classes spécialisées, dans lesquelles on retrouve des élèves ayant des conditions de santé particulières, comme un trouble du spectre autistique (TSA), une déficience intellectuelle (DI) ou un retard de développement (MELS, 2009). Les ergothérapeutes rencontreraient d'ailleurs majoritairement des élèves ayant un TSA, un TDC, une DI, un retard de développement et un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Ces résultats suggèrent une meilleure compréhension, de la part du milieu scolaire québécois, du rôle de l'ergothérapeute auprès des élèves présentant ces diagnostics. Toutefois, les ergothérapeutes peuvent aider tout élève qui présente des défis fonctionnels, qu'il ait ou non un diagnostic. Les ergothérapeutes devraient donc agir davantage dans les classes ordinaires, d'autant plus considérant la hausse d'élèves HDAA qui y sont intégrés. Cela serait également plus cohérent avec les politiques de l'adaptation scolaire et de la réussite éducative du Gouvernement du Québec (MEQ, 1999a ; MEES, 2017). Toutefois,

ce virage vers les classes ordinaires sera difficilement réalisable avec la prédominance actuelle du modèle de services traditionnel.

Par ailleurs, les services d'ergothérapie seraient principalement offerts aux élèves du premier cycle du primaire et de la maternelle. Au Colorado, les élèves de ces niveaux seraient également les plus desservis par les ergothérapeutes en milieu scolaire (Spencer et al., 2006). L'accent mis sur la maternelle et le premier cycle du primaire est cohérent avec les principaux motifs de consultation en ergothérapie, soit des difficultés de motricité fine et d'écriture manuelle. En effet, des difficultés reliées à ces compétences, fortement sollicitées à la maternelle et au primaire (McHale & Cermak, 1992), peuvent nuire à la participation de l'élève en classe. En plus, comme mentionné dans l'introduction, des études ont démontré l'efficacité de l'ergothérapie pour améliorer la motricité fine et l'écriture manuelle (Bayona et al., 2006 ; Bazyk et al., 2009 ; Jasmin et al., 2018 ; Reid et al., 2006 ; Wehrmann et al., 2006 ; Whalen, 2002). D'ailleurs, de bonnes habiletés de motricité fine prédiraient la réussite scolaire future (Cameron et al., 2012 ; Grissmer, Grimm, Aiyer, Murrah, & Steele, 2010 ; Pagani, Fitzpatrick, Archambault, & Janosz, 2010). Néanmoins, les difficultés d'écriture manuelle seraient le principal motif de référence en ergothérapie chez les enfants d'âge scolaire (Couture et al., 2016 ; Pollock et al., 2009 ; Schneck & Case-Smith, 2015).

Selon les réponses des participantes, les services d'ergothérapie en milieu scolaire au Québec seraient principalement offerts selon un modèle traditionnel, voire médical. Cependant, la mise en place d'un modèle collaboratif, comme la RAI ou le P4C, est recommandée en milieu scolaire. Aux États-Unis, la RAI est maintenant implantée dans la majorité des milieux scolaires où travaillent les ergothérapeutes (Cahill, McGuire, Krumdick, & Lee, 2014). L'organisation des services d'ergothérapie selon un modèle collaboratif de type RAI ou P4C permet d'agir en prévention et de manière précoce, en plus de voir plus d'élèves, avec ou sans diagnostics, et de réduire les listes d'attente (Bazyk & Cahill, 2015 ; Jasmin et al., 2018 ; Missiuna et al., 2015). Le milieu scolaire québécois aurait donc intérêt à organiser les services d'ergothérapie selon un tel modèle. Néanmoins, la collaboration avec les enseignants semble être au cœur du travail des ergothérapeutes en milieu scolaire au Québec, facteur essentiel pour optimiser les effets des interventions (Villeneuve, 2009 ; Whalen, 2002). D'ailleurs, les ergothérapeutes utiliseraient davantage l'intervention indirecte, comme la consultation collaborative et la formation, que l'intervention directe, comme la thérapie individuelle, en dyade ou

de groupe. Ainsi, malgré la prédominance du modèle traditionnel dans l'organisation des services d'ergothérapie, leurs interventions s'inscriraient surtout dans un modèle collaboratif, une pratique reconnue comme étant efficace (Dunn, 1990 ; Dreiling & Bundy, 2003 ; Hui et al., 2006 ; Villeneuve, 2009).

Pour guider leur processus de pratique, les ergothérapeutes en milieu scolaire au Québec s'appuieraient principalement sur les approches acquisitionnelle ou cognitive, sensorimotrice ou multisensorielle et compensatoire. Ces approches sont cohérentes avec leurs principaux motifs de consultation et leurs cibles d'intervention. Elles peuvent aussi s'inscrire dans une approche axée sur la participation scolaire, telle que préconisée en milieu scolaire (Bazyk & Cahill, 2015 ; Coster & Clark, 2013 ; Spencer et al., 2006). Toutefois, l'approche compensatoire semble prédominante lors de l'intervention, considérant les moyens les plus fréquemment utilisés, soit l'adaptation ou la modification de l'environnement et la recommandation ou l'essai d'aides techniques ou technologiques. De ce fait, les interventions des ergothérapeutes en milieu scolaire au Québec seraient principalement axées sur la compensation des difficultés des élèves en vue de faciliter leur participation scolaire.

Lors de l'évaluation, une approche axée sur la participation scolaire est recommandée afin de bien cerner les défis fonctionnels de l'élève ou du groupe (Bazyk & Cahill, 2015 ; Coster & Clark, 2013). Pour ce faire, l'ergothérapeute peut, entre autres, observer l'élève ou le groupe à l'école, interviewer l'enseignant et les parents, et consulter le dossier scolaire. Ces méthodes d'évaluation concordent avec celles utilisées par les ergothérapeutes au Québec. Cependant, l'entrevue avec l'élève n'est pas ressortie dans les méthodes d'évaluation fréquemment utilisées, alors qu'utiliser des outils autorapportés serait recommandé auprès des enfants d'âge scolaire (Bazyk & Cahill, 2015 ; Coster & Clark, 2013). En plus, lors de l'établissement du plan d'intervention, les ergothérapeutes impliqueraient peu les élèves. Pourtant, les élèves devraient être considérés comme les premiers agents de leur développement (MEQ, 2002). Par ailleurs, leurs préoccupations et leurs attentes peuvent différer de celles de leurs enseignants et de leurs parents. Dans l'étude de Jasmin et Joly (2015), l'amélioration de l'écriture était souvent une priorité pour les enseignants et les parents des enfants ayant un TDC, alors que ces derniers avaient d'autres attentes, comme l'amélioration de leurs relations avec les pairs. En cohérence avec l'approche centrée sur le client — un des fondements de l'ergothérapie —, les ergothérapeutes devraient donc davantage considérer le point

de vue des élèves afin d'accroître leur motivation et leur engagement face au suivi en ergothérapie (Polatajko & Mandich, 2004).

Enfin, les principaux facteurs menant à la fin du suivi ergothérapique en milieu scolaire seraient l'atteinte des objectifs et l'absence de besoins. Selon l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (2013), ces facteurs devraient être le premier motif menant à la fin d'un suivi en réadaptation. C'est également ce qui est recommandé en ergothérapie (Townsend & Polatajko, 2013).

Limites de l'étude

Un biais de couverture lors du recrutement a pu se produire, puisque tous les ergothérapeutes œuvrant en milieu scolaire n'ont pas répondu au questionnaire. Cela peut s'expliquer par une non-réception du courriel contenant le lien du questionnaire, le fait qu'ils ne l'aient pas lu ou qu'ils aient tardé à le remplir. Pour diminuer ces risques, un rappel a été envoyé aux ergothérapeutes ciblés pour l'étude. Une autre limite de l'étude est que notre échantillon ($n = 53$) comporte une marge d'erreur de 8,6 %, considérant la taille de la population estimée ($n = 89$) avec un intervalle de confiance de 95 %. Néanmoins, comme il s'agit d'une population relativement homogène, notre échantillon apparaît représentatif. Comme il s'agit d'un questionnaire en ligne, il est possible que des questions aient été mal comprises ou interprétées par des participantes. Enfin, le fait que certaines participantes n'aient pas répondu à toutes les questions limite la validité des résultats. L'ajout de l'option « réponse obligatoire pour continuer » aurait favorisé le remplissage de toutes les questions du questionnaire.

Conclusion

La présente étude permet de mieux comprendre la pratique des ergothérapeutes en milieu scolaire au Québec et de comparer l'offre actuelle avec les meilleures pratiques. Ces services seraient surtout offerts à Montréal et dans les régions avoisinantes, révélant une disparité interrégionale au regard de l'accès à l'ergothérapie en milieu scolaire. Les ergothérapeutes desserviraient tant les écoles régulières que spécialisées, mais agiraient davantage dans des classes spécialisées qu'ordinaires. Les services d'ergothérapie seraient surtout organisés selon un modèle traditionnel, alors qu'un modèle collaboratif

de type RAI ou P4C permettrait de mieux répondre aux besoins de l'ensemble des élèves. Néanmoins, les ergothérapeutes travailleraient majoritairement en collaboration avec les enseignants.

Dans le cadre de futures études, il serait pertinent d'explorer avec un devis qualitatif les perceptions et les besoins des ergothérapeutes au regard de leur pratique en milieu scolaire. Il serait également recommandé de sonder les enseignants pour connaître leurs perceptions et leur compréhension de l'ergothérapie en milieu scolaire. Comparer les services d'ergothérapie en milieu scolaire, entre les pays ou les provinces, permettrait de faire ressortir les similitudes et les différences de cette pratique selon le contexte sociétal. Considérant les besoins multiples et complexes des élèves HDAA, il serait aussi souhaitable de proposer et d'évaluer un modèle d'intervention interdisciplinaire dans les écoles.

Appendice — Questions posées aux participants

- Q1 Êtes-vous membre de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) ?
- Q2 Travaillez-vous au moins une journée par semaine en milieu scolaire ?
- Q3 Combien de jours par semaine travaillez-vous en milieu scolaire ?

- Q4 Quel est votre employeur principal en lien avec votre travail en milieu scolaire ?
- Q5 S'agit-il d'un poste, d'une entente de services ou d'un contrat avec le milieu scolaire ?
- Q5A S'il s'agit d'une entente de services ou d'un contrat avec le milieu scolaire, quelle est sa durée en termes de mois ?
- Q6 Dans quelle région administrative au Québec travaillez-vous comme ergothérapeute en milieu scolaire ?
- Q7 Dans combien d'écoles offrez-vous des services d'ergothérapie ?
- Q8 Dans quel(s) type(s) d'école(s) et de classe(s) offrez-vous des services d'ergothérapie ?
- Q8A Est-ce une (ou des) école(s) régulière(s) ou spécialisée(s) ?
- Q8B Est-ce une (ou des) classe(s) régulière(s) ou spécialisée(s) ?
- Q8C Est-ce une (ou des) école(s) du secteur public ou privé ?
- Q8D Est-ce une (ou des) école(s) francophone(s) ou anglophone(s) ?
- Q9 Quel modèle de prestation de services est principalement utilisé dans le cadre de votre pratique en milieu scolaire ?
- Q10 Dans quel(s) niveau(x) scolaire(s) sont principalement les élèves à qui s'adressent vos services ?
- Q11 Quelle(s) condition(s) de santé présentent principalement les élèves à qui s'adressent vos services ?
- Q12 Habituellement, environ combien d'élèves par jour bénéficient de vos services (de manière directe ou indirecte) ?
- Q13 Avec quel(s) professionnel(s) collaborez-vous principalement en milieu scolaire ?
- Q14 Quel(s) motif(s) de consultation ou besoin(s) rencontrez-vous le plus souvent dans le cadre de votre pratique en milieu scolaire ?
- Q15 Sur quel modèle conceptuel appuyez-vous principalement votre pratique en milieu scolaire ?

- Q16 Quel(s) schème(s) de référence ou approche(s) d'intervention utilisez-vous le plus souvent dans le cadre de votre pratique en milieu scolaire ?
- Q17 Quelle(s) méthode(s) d'évaluation utilisez-vous le plus souvent dans le cadre de votre pratique en milieu scolaire ?
- Q18 Qui participe à l'identification des priorités lors de la réalisation du plan d'intervention ?
- Q19 Habituellement, quelles sont vos principales cibles d'intervention ?
- Q20 Participez-vous à des rencontres relatives à des plans d'intervention scolaires pour des élèves ?
- Q21 Quel(s) moyens(s) d'intervention utilisez-vous le plus souvent dans votre pratique en milieu scolaire ?
- Q22 Si vous utilisez l'intervention directe auprès d'élèves (ex. : thérapie individuelle, en dyade ou en groupe), à quelle fréquence intervenez-vous auprès d'eux habituellement ?
- Q22A Habituellement, quelle est la durée de vos suivis en intervention directe ?
- Q23 Habituellement, sur quel(s) critère(s) vous appuyez-vous pour mettre fin à vos interventions (directes ou indirectes) en milieu scolaire ?
- Q24 Selon vous, quels aspects concernant la pratique de l'ergothérapie en milieu scolaire au Québec devraient être améliorés ?

Références

- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. (2013). *Critères de fin d'intervention — harmonisation des pratiques en CRDP*. Montréal, QC: Auteur.
- Bayona, C. L., McDougall, J., Tucker, M. A., Nichols, M., & Mandich, A. (2006). *School-based occupational therapy for children with fine motor difficulties*.

- Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 26(3), 89–110. http://dx.doi.org/10.1080/J006v26n03_07
- Bazyk, S. & Cahill, S. (2015). School-based occupational therapy. Dans J. Case-Smith & J. C. O'Brien (dir.), *Occupational therapy for children and adolescents* (7e éd., chap. 23, p. 664–703). St-Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Bazyk, S., Michaud, P., Goodman, G., Papp, P., Hawkins, E., & 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
- Cahill, S. M., McGuire, B., Krumdick, N. D., & Lee, M. M. (2014). National survey of occupational therapy practitioners' involvement in response to intervention. *The American Journal of Occupational Therapy*, 68(6), 234–240. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.010116>
- Cameron, C. E., Brock, L. L., Murrah, W. M., Bell, L. H., Worzalla, S. L., Grissmer, D., & Morrison, F. J. (2012). Fine motor skills and executive function both contribute to kindergarten achievement. *Child Development*, 83(4), 1229–1244. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01768.x>
- Chandler, B. E. (2013). History of occupational therapy in the schools. Dans G. F. Clark & B. E. Chandler (dir.), *Best practices for occupational therapy in schools* (p. 3–14). Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association Inc.
- Clark, G. F. (2013). Best practices in school occupational therapy interventions to support participation. Dans G. F. Clark & B. E. Chandler (dir.), *Best practices for occupational therapy in schools* (p. 95–106). Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association Inc.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec. (2014). La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse lance une enquête systémique sur l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap (Communiqué). Repéré à <http://www.cdpedj.qc.ca/fr/medias/Pages/Communique.aspx?showitem=638>
- Coster, W. J. & Clark, G. F. (2013). Best practice in school occupational therapy evaluation to support participation. Dans G. F. Clark & B. E. Chandler (dir.),

- Best practices for occupational therapy in schools* (p. 83–93). Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association Inc.
- Couture, M., Morin, M.-F., Coallier, M., Lavigne, A., Archambault, P., Bolduc, É. . . . Jasmin, E. (2016). Évaluation de l'écriture manuelle d'élèves franco-québécois au début du primaire. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 83(5), 269–280. <https://doi.org/10.1177/0008417416661573>
- Dreiling, D. & Bundy, A. C. (2003). A comparison of consultative model and direct-indirect intervention with preschoolers. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(5), 566–569.
- Dunn, W. (1990). A comparison of service provision models in school-based occupational therapy services: A pilot study. *Occupational Therapy Journal of Research*, 10(5), 300–320. <https://doi.org/10.1177/153944929001000505>
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Golos, A., Sarid, M., Weill, M., & Weintraub, N. (2011). Efficacy of an early intervention program for at-risk preschool boys: A two group control study. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(4), 400–408.
- Gouvernement du Québec. (2017). *Loi sur l'instruction publique*. Québec, QC: Éditeur officiel du Québec. Repéré à <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/I-13.3>
- Gravel, D. (2007). *Au-delà de la réadaptation, l'ergothérapeute à l'école : Rôle de l'ergothérapie en tant que service éducatif complémentaire auprès des élèves en difficulté* [Document pdf]. Montréal : Fédération des professionnelles et professionnels de l'éducation du Québec.
- Grissmer, D., Grimm, K. J., Aiyer, S. M., Murrah, W. M., & Steele, J. S. (2010). Fine motor skills and early comprehension of the world: Two new school readiness indicators. *Developmental Psychology*, 46, 1008–1012. <https://doi.org/10.1037/a0020104>
- Hughes, C. A. & Dexter, D. D. (2011). Response to intervention: A research-based summary. *Theory into Practice*, 50(1), 4–11. <https://doi.org/10.1080/00405841.2011.534909>

- Hui, C., Snider, L., & Couture, M. (2006). Self-regulation workshop and Occupational Performance Coaching with teachers: A pilot study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(2), 115–125. <https://doi.org/10.1177/0008417415627665>
- Institut de la statistique du Québec (2015, février). La population des régions administratives, des MRC et des municipalités du Québec en 2014. *Coup d'œil sociodémographique*, (36), 1–9. Repéré à <http://stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bulletins/coupdoeil-no36.pdf>
- Jasmin, E. & Joly, J. (2015). Participation et besoins des élèves ayant un trouble de l'acquisition de la coordination à l'école primaire. *Revue canadienne de l'éducation*, 38(4), 1–25.
- Jasmin, E., Gauthier, A., Julien, M., & Hui, C. (2018). Occupational therapy in preschools: A synthesis of current knowledge. *Early Childhood Education Journal*, 46(1), 73–82. <https://doi.org/10.1007/s10643-017-0840-3>
- Lepage, C., Beaupré, P., Picard, R., Bédard, M. E., Boudreault, P., Bouchard, A. et al. (2000). Impact de la réadaptation en milieu scolaire sur la famille, les services de réadaptation et les relations avec le réseau scolaire. Dans P. Beaupré, J. C. Kalubi, J. Trahan, & M. Gratton (dir.), *Partenariat en recherche : Un atout pour les intervenants et les familles des personnes vivant avec des incapacités* (p. 15–24). Montréal, QC: Éditions Nouvelles.
- Lucker, G. R. (2011). Kindergarten groups: Using the response to intervention approach. *OT Practice*, 16(4), 20–21.
- McHale, K. & Cermak, S. A. (1992). Fine motor activities in elementary school: Preliminary findings and provisional implications for children with fine motor problems. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(10), 898–903.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). (2009). *À la même école ! Les élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage : évolution des effectifs et cheminement scolaire à l'école publique*. Repéré à http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/recherche_evaluation/ALaMemeEcoleEHDAA_f.pdf

- Ministère de l'Éducation (MEQ). (1999a). *Une école adaptée à tous ses élèves. Politique de l'adaptation scolaire*. Repéré à http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/politi00F_2.pdf
- Ministère de l'Éducation (MEQ). (1999b). *Une école adaptée à tous ses élèves. Plan d'action en matière d'adaptation scolaire*. Repéré à http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/planad00F.pdf
- Ministère de l'Éducation (MEQ). (2002). *Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite*. Repéré à http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/SEC_Services_19-7029_.pdf
- Ministère de l'Éducation (MEQ). (2003). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes*. Repéré à http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/MELS-MSSS_Entente-complementarite.pdf
- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES). (2017). *Politique de la réussite éducative : Le plaisir d'apprendre, la chance de réussir*. Repéré à http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/politiques_orientations/politique_reussite_educative_10juillet_F_1.pdf
- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES). (2016). *Statistiques de l'éducation : Éducation préscolaire, enseignement primaire et secondaire* (Édition 2015). Repéré à http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/statistiques_info_decisionnelle/15-00503_statistiques_2015_edition_v25oct.pdf
- Missiuna, C., Pollock, N., Campbell, W., Dix, L., Whalen, S., & Steward, D. (2015). Partnering for change: Embedding universal design for learning into school-based occupational therapy. *Occupational Therapy Now*, 17(3), 13–15.
- Mongrain, A.-A. (2012). *L'ergothérapie en milieu scolaire : d'un océan à l'autre* (Essai de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières). Accessible par <http://depot-e.uqtr.ca/4501/>
- Pagani, L., Fitzpatrick, C., Archambault, I., & Janosz, M. (2010). School readiness and later achievement: A French Canadian replication and extension. *Developmental Psychology*, 46(5), 984–994. <https://doi.org/10.1037/a0018881>

- Polatajko, H. & Mandich, A. (2004). *Enabling occupation in children: The cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP) approach*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Pollock, N., Lockhart, J., Blowes, B., Semple, K., Webster, M., Farhat, . . . Brunetti, S. (2009). *Handwriting Assessment Protocol* (2e éd.). Hamilton, ON: McMaster University, School of Rehabilitation Science.
- Priest, N. (2006). 'Motor magic': Evaluation of a community capacity-building approach to supporting the development of preschool children. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53(3), 220–232. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2006.00546.x>
- Reid, D., Chiu, T., Sinclair, G., Wehrmann, S., & Naseer, Z. (2006). Outcomes of an occupational therapy school-based consultation service for students with fine motor difficulties. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(4), 215–224. <https://doi.org/10.1177/000841740607300406>
- Schneck, C. M. & Case-Smith, J. (2015). Prewriting and handwriting skills. Dans J. Case-Smith & J. C. O'Brien (dir.), *Occupational therapy for children and adolescents* (7e éd., chap. 18, p. 498–524). Saint-Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Spencer, K. C., Turkett, A., Vaughan, R. W., & Koenig, S. (2006). School-based practice patterns: A survey of occupational therapists in Colorado. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(1), 81–91.
- Tétreault, S., Beaupré, P., Carrière, M., Freeman, A., & Gascon, H. (2010). *L'évaluation de l'implantation et des effets de l'Entente de complémentarité entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation* (Rapport de recherche). Québec : CIRRIIS.
- Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd.). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Vienneau, R. & Thériault, C. (2015). Les effets de l'inclusion : Une recension des écrits (2000 à 2014). Dans N. Rousseau (dir.), *La pédagogie de l'inclusion scolaire : Un défi ambitieux et stimulant* (3e éd., p. 89–130). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.

- Villeneuve, M. (2009). A critical examination of school-based occupational therapy collaborative consultation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(1_suppl), 206–218. <https://doi.org/10.1177/000841740907600s05>
- Villeneuve, M. A. & Shulha, L. M. (2012). Learning together for effective collaboration in school-based occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(5), 293–302. <https://doi.org/10.2182/CJOT.2012.79.5.5>
- Wehrmann, S., Chiu, T., Reid, D., & Sinclair, G. (2006). Evaluation of occupational therapy school-based consultation service for students with fine motor difficulties. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(4), 225–235. <https://doi.org/10.2182/cjot.05.0016>
- Whalen, S. S. (2002, mai/juin). How occupational therapy makes a difference in the school system: A summary of the literature. *Occupational Therapy Now*, 4(3), 15–18.