



**erg-go!**  
INNOVATION

---

L'APPROCHE D'UNE ERGOTHÉRAPEUTE EN CENTRE JEUNESSE

---

DECEMBRE 2018

---

ANNE-MARIE LÉVESQUE, erg [86-062]



**ANNE-MARIE LÉVESQUE TRAVAILLE COMME ERGOTHÉRAPEUTE DEPUIS PLUS DE TRENTE ANS. ELLE PRATIQUE ACTUELLEMENT AU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. SA CLIENTÈLE EST CONSTITUÉE D'ENFANTS À BESOIN PARTICULIERS DEPUIS ENVIRON QUINZE ANS, INCLUANT HUIT ANS AU CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL. AU FIL DU TEMPS, ELLE A DÉVELOPPÉ UN INTÉRÊT ET UNE EXPERTISE POUR LES JEUNES PRÉSENTANT DES RETARDS DE DÉVELOPPEMENT ET DES DIFFICULTÉS RELATIVES À LA RÉGULATION ET L'INTÉGRATION SENSORIELLE, AU LIEN D'ATTACHEMENT ET À LA SANTÉ MENTALE (INCLUANT LES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT ET LES TRAUMATISMES COMPLEXES). ELLE EST ACTUELLEMENT INSCRITE À TEMPS PARTIEL À LA MAÎTRISE EN SCIENCE DE LA RÉADAPTATION DE L'UNIVERSITÉ MCGILL AFIN DE PARTICIPER AU DÉVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES EN ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE.**

Il y a déjà huit ans, j'ai été engagée par le Centre Jeunesse de Montréal (CJM), qui fait maintenant partie du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal. L'ouverture du poste faisait suite à des démarches répétées par le Dr Sylvain Palardy, qui était alors pédopsychiatre à l'Hôpital Sainte-Justine et consultant pour le CJM, afin que des services d'ergothérapie avec une approche en intégration sensorielle y soient offerts. Un projet pilote fut alors mis sur pied. Il en découla la création d'un poste à temps plein en 2010. J'ai donc été embauchée à raison de trois jours par semaine en compagnie de ma collègue Marie-Ève Ross, qui elle travaillait deux jours par semaine. À deux têtes, nous n'étions pas de trop pour démarrer notre service. Cela fait maintenant environ quatre ans que j'occupe seule le poste à temps plein.

Nous naviguions dans des eaux inconnues quant à la clientèle desservie, car bien peu de littérature scientifique était disponible à cette époque. Nous représentions également une bien petite barque dans la mer des professionnels de toutes sortes du CJM : psychoéducateurs, psychologues, éducateurs spécialisés, criminologues, travailleurs sociaux, et autres agents de relations humaines. Peu d'intervenants avaient déjà entendu parler de l'ergothérapie ou d'intégration sensorielle. Dans ce contexte, faire notre place en tant que spécialistes de l'occupation et d'une approche sensorielle « bottom up » ne fut pas une mince affaire. Mais nous avons relevé ce beau défi un enfant à la fois.

Petit à petit, nous avons apprivoisé la grosse machine de la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ). Nous avons parfait nos connaissances sur le trouble de l'attachement et sur toutes les autres conditions associées, comme le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), le trouble d'opposition et provocation (TOP), les troubles anxieux, le trouble de la conduite, etc. Le DSM-5 en grande partie y passe. Les enfants qui nous sont référés présentent de grandes difficultés de régulation et de comportements. Ils ont beaucoup de difficulté à fonctionner, tant à la maison qu'à l'école.

La plupart des enfants référés en ergothérapie sont placés dans les milieux suivants : famille d'accueil, en foyer de groupe ou en centre de réadaptation. Ils ont peu ou pas de contacts avec leur famille biologique et plus souvent qu'autrement, les visites sont supervisées. Ces enfants ont beaucoup de difficulté à faire confiance aux adultes qui les entourent. Ils sont apeurés et ont de la difficulté à croire que les adultes peuvent être bienveillants et nourriciers; ce n'est pas ce qu'ils ont connu. Ces enfants ont vécu et vu bien des choses que vous et moi ne pouvons imaginer. Ces histoires d'horreurs défilent les unes après les autres. Toutes ces horreurs sont imprégnées dans leur corps et leur esprit.

Notre objectif principal est de leur offrir un baume, de leur permettre de se sentir bien dans leur corps, de se développer tout en jouant. L'approche d'intégration sensorielle de Ayres (Bundy, Lane et Murray,

2002; Roley, Blanche et Schaaf, 2001) offre l'opportunité de jouer tout en allant chercher les sensations dont le corps a besoin pour bien se sentir, s'apaiser et mieux fonctionner. Les ingrédients clés sont la relation bienveillante avec un adulte rassurant et réconfortant, le juste défi, la bonne dose de sensations stimulantes ou apaisantes et il faut surtout ne pas oublier le plaisir!

maitrise sur le sujet dans le but de documenter les liens entre la régulation, l'intégration sensorielle, les troubles de l'attachement et les traumatismes complexes.

**QU'EST-CE QUE LE TRAUMA COMPLEXE?**

Selon Milot, Collin-Vézina, and Godbout (2018) « le terme trauma complexe renvoie au fait d'avoir



« Le trauma complexe est différent d'un trouble de stress post-traumatique, qui fait généralement allusion à un seul événement traumatique. Les enfants en protection de la jeunesse peuvent avoir vécu à la fois un événement traumatique comme un tremblement de terre combiné à des traumatismes répétés en lien avec de la maltraitance et de la négligence. »

Étant toujours à la recherche de façons de les aider, j'ai participé à diverses formations que j'ai incluses dans mon coffre à outils : l'intégration sensorielle, les *Quickshifts*, Mouvements Rythmiques de Blomberg, l'approche Padovan, le *Sensory Attachment Intervention*, la théorie polyvagale, les traumas complexes, etc. Et je considère qu'il y a encore beaucoup de concepts à apprendre et maîtriser. Malheureusement, très peu de données probantes existent avec cette clientèle en ergothérapie. On commence à voir certains auteurs s'y intéresser, tels que Jane Koomar, Tina Champagne, Sheila M. Frick, pour ne nommer que ceux-là. C'est pour cette raison que j'ai décidé d'effectuer un retour aux études afin de faire une

vécu des traumas interpersonnels, chroniques et répétés (par exemple : agression sexuelle, négligence, violence) et aux séquelles complexes et durables qui leur sont associés ».

Le trauma complexe est différent d'un trouble de stress post-traumatique, qui fait généralement allusion à un seul événement traumatique. Les enfants en protection de la jeunesse peuvent avoir vécu à la fois un événement traumatique comme un tremblement de terre combiné à des traumatismes répétés en lien avec de la maltraitance et de la négligence.

[suite page 04]

La négligence, la maltraitance, l'abus physique et psychologique ainsi que l'exposition à la violence peuvent tous traumatiser un enfant. Selon le moment de l'exposition, le développement de l'enfant peut aussi être affecté. Toutes les sphères du développement de la personne peuvent être atteintes.

Van der Kolk (2015, p. 160) décrit bien la symptomatologie des enfants traumatisés : dysrégulation, difficultés d'attention et de concentration, difficultés dans les relations sociales, humeur labile, trouble de sommeil, douleurs somatiques, hypersensibilité au toucher et au son, régulation de l'éveil oscillant d'agitation extrême, à des crises, à de la dissociation. Il mentionne aussi des troubles du langage ainsi que des troubles de coordination. J'observe ces symptômes chez les enfants que je côtoie à tous les jours.

De plus, ces enfants deviennent méfiants envers les adultes et ont beaucoup de difficulté à faire confiance. Selon leur parcours, ils vont développer des stratégies d'attachement qui vont leur permettre de survivre. Ils peuvent devenir évitants et se soustraire à rechercher l'attention de l'adulte. Souvent, ces enfants s'organisent seuls et ont tendance à prendre soin de leurs parents. D'un autre côté, il y a aussi l'enfant qui est réactif et criera haut et fort sa détresse, mais qui sera difficilement réconforté et apaisé. Il y a aussi l'enfant qui n'arrive pas à développer des stratégies efficaces et qui sera désorganisé et contrôlant.

Les enfants référés en ergothérapie ont beaucoup de difficulté à fonctionner dans leur quotidien, tant à l'école que dans les autres milieux de vie. L'enfant est apeuré, il ne fait confiance à personne; au moindre changement, à la moindre contrariété ou émotion, il se désorganise. Les mécanismes de survie au stress s'enclenchent.

Dans sa théorie polyvagale, Porges et Dana (2018) proposent une hiérarchie des systèmes de défense en situation de stress. Dans une situation relationnelle, en état de calme, le système d'engagement social est actif. Ce système fait appel à un équilibre entre le système sympathique, qui nous met en état

de mobilisation ainsi que le système parasympathique ventral, qui nous permet d'être calme et engagé. Lorsqu'un stress survient, le système sympathique se mobilise afin de fuir ou combattre la menace. C'est alors que le système d'engagement social se met hors ligne. Si les stratégies de mobilisation s'avèrent impossibles, inefficaces ou que le stress continue de monter, le système parasympathique ventral (plus archaïque dans l'évolution humaine) va se mettre en état d'immobilisation. Les enfants ayant vécu de multiples traumatismes en lien avec la négligence et la maltraitance sont continuellement en hypervigilance afin de détecter les dangers potentiels. Ils se retrouvent facilement en mode de mobilisation ou d'immobilisation et très peu dans leur système d'engagement social. À l'aide de l'approche neurosensorielle, il est possible d'aider l'enfant à diminuer ses défenses et ainsi à devenir plus engagé dans ses activités quotidiennes ainsi que ses relations.

Selon Breathnach (2018), pour faciliter la régulation et la co-régulation entre l'adulte et l'enfant dans le cas d'un patron de mobilisation, la porte d'entrée sensorielle sera la proprioception, soit de travailler les muscles et les articulations. Inversement, dans le cas de patrons d'immobilisation, la porte d'entrée sera par le système vestibulaire, soit le mouvement dans l'espace. Pour ce qui est du toucher, il faut demeurer prudent. Les enfants peuvent avoir de la difficulté à tolérer les touches imprévisibles. Aussi, peu importe la sensation utilisée, il importe d'être très vigilant et à l'affût des réactions de l'enfant, car ces sensations peuvent réveiller des traumatismes. De plus, le tout doit se faire avec le consentement de l'enfant.

L'approche d'intégration sensorielle d'Ayres permet de favoriser le développement émotionnel, sensoriel et moteur dans le jeu et le plaisir via une panoplie d'activités riches en sensations de toutes sortes. L'enfant est le chef d'orchestre de sa session, accompagné par l'adulte bienveillant qui le guide pour procurer le juste défi afin qu'il développe ses habiletés de régulation. Ensuite, il peut progresser au plan du développement émotionnel et cognitif.

Dans leur modèle neuroséquentiel pour les traumatismes, Perry (2000) utilisent une approche basée sur le développement du cerveau, où nous devons offrir les opportunités de jeu dans une séquence appropriée et qui doit refléter le niveau de l'enfant et de son développement. En ergothérapie, nous possédons toute l'expertise nécessaire pour travailler selon ce modèle.

Voici un cas tiré de mon vécu de thérapeute. Les noms et lieux ont été modifiés afin de préserver la confidentialité :

Sam avait 6 ans lorsque je l'ai rencontré. Les motifs de compromission étaient de l'abus physique de la part de son père, et sa mère avait de la difficulté à le protéger. Il vivait en foyer de groupe. Il était un petit garçon vif, curieux et très attachant. Quand Sam était contrarié ou qu'il avait peur, il se désorganisait. Il pouvait crier, frapper, il faisait des gestes menaçants, son regard était complètement différent. Avec mon aide et celle des éducateurs de son foyer, nous avons trouvé des stratégies qui l'apaisaient. Petit à petit, Sam s'est sécurisé. Aussi, sa mère s'est reprise en main, et il y a eu un interdit de contact avec son père. Les stratégies de pression profondes et les mouvements rythmiques l'aidaient beaucoup. Un retour progressif à domicile a été entamé et comme cadeau de départ, il a choisi la couverture proprioceptive afin d'en avoir une à la maison. Il a appris à l'utiliser au besoin et elle le réconfortait beaucoup.

En conclusion, l'ergothérapie auprès des enfants ayant subi des traumatismes complexes peut apporter un éclairage neurodéveloppemental « bottom up » qui vient compléter le travail des autres intervenants. Nous fournissons à l'enfant des stratégies efficaces de

régulation qui tiennent compte de ses compétences personnelles, de son environnement et de ses occupations. Cela lui permet alors de grandir et de s'engager avec plus de confiance dans la vie.

**Pour joindre l'auteure :**  
amlevesque1964@outlook.com

**RÉFÉRENCES**

Breathnach, E. (2018). *Sensory Attachment Intervention; course notes*.

Bundy, A. C., Lane, S. J. et Murray, E. A. (2002). *Sensory integration: Theory and practice* (2e éd.). Philadelphie, PA : FA Davis.

Milot, T., Collin-Vézina, D. et Godbout, N. (2018). *Trauma complexe: comprendre, évaluer et intervenir*. Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.

Perry, B. D., Hogan, L., Marlin, S. (2000). *Curiosity, pleasure and play: a neurodevelopmental perspective HAAEYC Advocate*

Porges, S. W. et Dana, D. (2018). *Clinical applications of the polyvagal theory : the emergence of polyvagal-informed therapies* (First edition. ed.). New York: W. W. Norton & Company, Inc.

Roley, S. S., Blanche, E. I. et Schaaf, R. C. (2001). *Understanding the nature of sensory integration with diverse populations*. Austin, TX : Pro-Ed.

Van der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*: Penguin Books.

