

erg-go!

INNOVATION

L'ERGOTHÉRAPEUTE COMME CONSULTANT AUPRÈS DES
MILIEUX ACCUEILLANT DES ENFANTS ET ADOLESCENTS
AYANT VÉCU DES TRAUMAS COMPLEXES

DECEMBRE 2021



BENJAMIN PANDEV-GIRARD, erg [13-036]



BENJAMIN PANDEV-GIRARD EST ERGOTHÉRAPEUTE EN PRATIQUE PRIVÉE, FORMATEUR ET CONSULTANT AUPRÈS DES MILIEUX SCOLAIRES, DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE ET DE LA SANTÉ. AUPARAVANT, IL A TRAVAILLÉ AUPRÈS DES PREMIÈRES NATIONS, EN CENTRE DE RÉADAPTATION EN RÉGION ÉLOIGNÉE ET DANS LE SYSTÈME SCOLAIRE AUPRÈS D'ÉLÈVES DE CLASSES DE TYPE KANGOUROU (BOXALL, 2010). AU NIVEAU ACADÉMIQUE, IL EST CHARGÉ DE COURS, MENTOR ET SUPERVISEUR DE STAGE À L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE. DEPUIS 2020, IL FAIT PARTIE DU GROUPE DE RECHERCHE SUR LES TRAUMAS COMPLEXES DE DR RUTH LANIUS (LANIUS, 2021). CONSULTANT DANS CE GROUPE, IL A DÉVELOPPÉ LE PROTOCOLE D'ÉVALUATION DES COMPOSANTES SENSORIELLES ET MOTRICES QUI SERONT UTILISÉES POUR LE PREMIER ESSAI CLINIQUE RANDOMISÉ DE CE TYPE D'APPROCHE AVEC UNE POPULATION ADULTE DE VÉTÉRANS AYANT VÉCU DES AGRESSIONS SEXUELLES LORS DE LEUR DÉPLOIEMENT AINSI QUE DANS DES ÉTUDES AUPRÈS DE LA POPULATION CIVILE AYANT VÉCU DES TRAUMAS. IL OFFRE DES FORMATIONS AUX ERGOTHÉRAPEUTES, PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DES MILIEUX SCOLAIRES VISANT L'ACQUISITION DES CONNAISSANCES THÉORIQUES ET CLINIQUES PAR RAPPORT À L'INTERVENTION AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE AYANT VÉCU DES TRAUMAS COMPLEXES.

INTRODUCTION

Qu'on soit à Chandler en Gaspésie, dans la réserve des Premières Nations de Kahnawake ou au centre-ville de Montréal, dans les mots de Peter Levine, *le trauma fait partie de la vie* (Levine, 1997). Malgré que deux personnes puissent vivre le même évènement, pouvant être perçu par un observateur externe comme catastrophique et sans issue, il est possible que celui-ci génère des complications que pour l'un d'entre eux. De plus, ces traumatismes ne se manifesteront pas nécessairement en trouble de stress post-traumatique (McKinnon, 2021) ou en d'autres troubles affectant la santé mentale inclus dans le DSM-V, tel que les troubles de dépendances liées aux substances ou de l'humeur (Maté, 2009). La possibilité de rétablissement suivant l'évènement pour le Gaspésien ou le Kanien'kehà:ka est-elle linéairement dépendante à ses caractéristiques personnelles, son environnement ou son engagement dans ses occupations? Existe-t-il un modèle permettant d'accompagner les usagers ayant vécu ces expériences afin que ces dernières fassent partie de leur narratif de vie plutôt que de la contrôler en étant à tout moment la cause possible de symptômes de réactivation (*flashbacks*, palpitations cardiaques, etc.)? Peut-être, mais du travail reste à faire, la

preuve étant les 50 000 000 000 de dollars annuels dédiés aux difficultés de santé mentale, et ce, seulement au Canada. Ici, il n'y a pas d'erreurs de zéros, et le rapport le plus récent datant d'avant la pandémie, fort est à parier que ce chiffre est maintenant supérieur (Commission de la santé mentale du Canada, 2016).

Alors qu'un évènement traumatique peut avoir des conséquences graves chez un adulte ayant un cerveau complètement développé et des bases identitaires, quelles peuvent être les conséquences chez un enfant dont le système nerveux et la matrice relationnelle sont en plein développement? La compréhension holistique du client, l'adéquation entre le portrait et les demandes de son environnement ainsi que ses capacités d'engagement occupationnel font toutes partie de sphères ayant un impact sur le rétablissement. Dans cette optique, comment se fait-il que les ergothérapeutes intervenant auprès de ces clients dans leurs environnements respectifs se comptent sur les doigts d'une main? Qu'il n'y ait pas de postes d'ergothérapeute dans le corps d'emploi de toutes les directions de la protection de la jeunesse (DPJ)? Une hypothèse peut être faite en consultant le rapport de la Commission Laurent

(CSDPJ, 2021). Dans ce rapport de 552 pages, qui est le fruit de plusieurs mois de consultations publiques dans l'ensemble des régions du Québec, le terme ergothérapeute est mentionné qu'une seule fois et le terme occupation est mentionné deux fois.

Ce texte d'innovation se veut l'exemple du processus entrepris lors d'aménagements et de développement de protocoles d'interventions dans une dizaine de centre jeunesse et milieux scolaires accueillant des enfants de la DPJ. Chacun de ces protocoles est unique, mais il est le fruit d'un processus interdisciplinaire où le rôle de consultant de l'ergothérapeute est d'établir un plan supportant à la fois les enfants, mais aussi les adultes (agents d'intervention, préposés, techniciens et professionnels) du milieu concerné. Il vise à mettre de l'avant l'expertise unique de l'ergothérapeute et la pertinence de sa présence dans ces milieux pour les adultes et les enfants qui y sont accueillis. Il vise à ce que la création de postes d'ergothérapeute en centres jeunesse dans l'ensemble du Québec ne soit plus qu'un point dans la section *recommandations* d'un rapport d'aménagement, mais bien une constante.

DEMANDE DE CONSULTATION : BALISER LE RÔLE COMME CONSULTANT ET CIBLER LE MANDAT

La première consultation en aménagement s'est présentée à moi de bouche à oreille. En effet, j'ai effectué une évaluation auprès d'un enfant ayant de grandes difficultés de régulation, et pour lequel l'évaluation révélait des particularités sensorimotrices. Je ne savais pas à ce moment que son parent était une intervenante de première ligne dans un milieu de la DPJ. La compréhension du rôle de l'ergothérapeute dans ce contexte a incité sa mère à faire une demande d'évaluation de milieu. La demande n'était pas à propos d'un usager précis, mais bien portant sur le besoin d'aménager des espaces désignés. Le constat était que ses usagères avaient d'importantes difficultés de comportements se caractérisant par des manifestations qualifiées de sensorielles. Étant donné que j'avais une expérience antérieure et des connaissances tirées de formations continues en lien avec les traumatismes complexes, le mandat a été élargi afin d'impliquer l'ensemble des intervenants du milieu dans le développement du protocole pour

favoriser son utilisation dans ces milieux. L'intervenante nommait entre autres la différence entre les méthodes d'intervention et la compréhension des comportements des usagères par certains membres de son équipe. En effet, un clivage était présent entre des intervenants ayant connu l'approche résidentielle et les nouveaux diplômés. Les premiers, ayant davantage d'années d'expérience dans le milieu, percevaient parfois de la manipulation dans les comportements des usagères alors que les seconds comprenaient ceux-ci comme étant des manifestations de diminution de régulation, tel qu'il est mis de l'avant par l'approche informée du trauma. Cependant, ce qui liait tous les intervenants est le fait qu'ils souhaitent aider leur clientèle, de la façon dont ils avaient appris à intervenir. Tous les intervenants du milieu associaient également l'ergothérapie strictement aux outils sensoriels.

C'est ainsi que le premier rôle dans ce contexte a été de recadrer le mandat afin de détacher le rôle ergothérapeutique du rôle de fournisseur d'outils sensoriels. Le fait est que l'efficacité des outils sensoriels n'est démontrée que pour des populations précises et que leur efficacité dépendra du but recherché. Par exemple, l'ergothérapeute en pédiatrie peut utiliser des outils sensoriels, les modalités sont alors balisées et s'insèrent dans le processus de raisonnement clinique et des objectifs poursuivis en thérapie (Eron, 2020). Par contre, la simple utilisation de ces outils sensoriels ne suppléera jamais au rôle de l'ergothérapeute, tout comme elle ne suppléera pas au tuteur de l'enfant et la relation qu'il apporte à ce dernier. En pratique informée du trauma, l'élément le plus constant et reproduit dans plusieurs recherches est la relation avec les autres personnes, celle-ci ayant été brimée dans le cas d'enfants de la DPJ, et son rôle central dans le rétablissement. D'autre part, le fournisseur d'outils sensoriels ne possède pas les connaissances concernant les effets de ses outils sur la clientèle, outre de manière anecdotique, et recherche un gain financier puisque la vente de ces derniers constitue l'essentiel de son travail. Toutefois, en contexte de protection de la jeunesse, ces outils sont plus accessibles que l'ergothérapeute et les demandes du milieu envers les intervenants font qu'ils ont

[suite page 04]

fréquemment recours à ces modalités. Il ne faut toutefois pas critiquer l'achat de ces outils, car ceci part de l'intention d'aider un enfant qui démontre des manifestations comportementales avec composantes sensorielles.

L'ÉVALUATION : LA COMPRÉHENSION DE LA RÉALITÉ DES INTERVENANTS COMME MOTEUR DE CHANGEMENT

En filigrane de l'évaluation de l'environnement, il importe de garder en tête le portrait général de la clientèle. De plus, afin de ne pas se perdre dans les dédales (littéraux) d'un établissement de la DPJ, des constats mis de l'avant par les intervenants de première ligne sont à prendre en compte. Dans le cas présent, la première demande consiste en l'optimisation de l'espace et la diminution des contentions, ces dernières étant un élément d'expertise en ergothérapie. Afin de comprendre le milieu, il est demandé aux intervenants d'envoyer tous les protocoles soutenant les interventions (fiches de suivis des interventions thérapeutiques lors de conduites agressives, protocoles de contention et d'isolement, gestion du risque de dangerosité) pour baliser les propositions. L'élément le plus concret de l'évaluation consiste en la mesure des dimensions des différents lieux sélectionnés et la possibilité de prise de photos. Lorsque questionnée sur l'utilisation de l'ensemble des lieux, l'intervenante requérante mentionne que ceci dépend de l'intervenant. Afin de comprendre la réalité de tous les intervenants de l'équipe, un questionnaire maison est envoyé. Celui-ci vise à comprendre les comportements déstabilisant les intervenants, les formations et les outils avec lesquels ceux-ci vivent des succès ainsi que les composantes environnementales qui ne leurs permettent pas de mener leurs interventions à terme. En parallèle, un questionnaire est envoyé aux usagères et rempli de manière confidentielle. Celui-ci vise de son côté à comprendre les préférences et les irritants au sujet de la routine et sur le plan sensoriel pour celles-ci. Ce questionnaire permet à la fois d'offrir des informations précieuses qui mettent de l'avant un portrait du milieu. Dans une perspective de pérennité du processus, il permet également de lier l'expérience d'aménagement à la réalité et à la culture du milieu pour l'équipe en place. Le fait de proposer des interventions qui ne

seront pas accessibles ou possibles à effectuer par les intervenants va à l'encontre de l'objectif de ce processus et du point de vue de la réussite professionnelle des intervenants, cela serait franchement démotivant.

INTERVENTION : OFFRIR DES LIGNES DIRECTRICES SOUTENUES PAR UNE APPROCHE S.É.C.U.R.E.

Dans une perspective de transformation organisationnelle, l'adhérence est déterminée par la perception d'efficacité de ce qui est proposé. Il faut ainsi comprendre le vécu des intervenants qui soutiendront le changement une fois que l'ergothérapeute aura quitté le milieu. Afin d'effectuer ceci, l'ergothérapeute a accès à des modèles de transformation organisationnelle et de gestion du changement qui permettent d'encadrer ses recommandations (Prochaska, 2007). Considérant que ce n'est pas toute l'équipe qui est à l'étape de planification dans les stades du changement, il importe que les recommandations permettent d'amener les membres de l'équipe qui ne voient pas le besoin de changement (pré-contemplation) vers la contemplation au changement. C'est ainsi que l'intervention d'aménagement est décrite dans un document papier et est présentée de manière magistrale à l'ensemble de l'équipe à l'aide d'une présentation schématisée de l'explication de manière universelle de la régulation et de l'impact global du trauma complexe sur celui-ci (Fisher, 2014; Frewen, 2014; Kolk, 2015; Porges, 2011). Cette présentation intègre de manière non menaçante les situations déstabilisantes vécues par les intervenants. Les exemples obtenus dans les questionnaires sont aussi tous mis de l'avant dans la présentation, ce qui permet aux intervenants d'associer des usagers aux comportements nommés.

Au niveau de l'aménagement concret, les interventions sont balisées à court, moyen et long terme. Ce qui lie le continuum est que l'environnement externe permet de structurer l'environnement interne et les différentes étapes sont adaptées de modèles utilisés dans le domaine de l'intervention en trauma complexe (Blaustein, 2018; Herman, 2015). Les interventions à court terme comprennent des éléments liés à la stabilisation, c'est-à-dire des pratiques qui balisent

es interactions entre l'adulte et l'enfant au niveau sensorimoteur. L'évaluation par les questionnaires permet de mettre de l'avant que tous les intervenants souhaitent que du temps soit consacré à comprendre l'aspect unique de chaque usagère afin de supporter son autodétermination. Les questionnaires permettent aussi de mettre en lumière qu'ils souhaitent favoriser le développement d'un lien significatif entre chaque usagère et un adulte précis. Il est également compris par les intervenants que des espaces à proximité des salles de contention pourraient être utilisés lorsque l'enfant est entre l'état de calme et l'état de désorganisation. De par la compréhension des impacts de la condition des usagères sur leur comportement, les intervenants s'entendent sur des modalités avec lesquelles ils sont à l'aise pour intervenir et conviennent des procédures qui impliquent les usagères. Au niveau de l'utilisation des différentes salles, le changement le plus tangible est l'uniformisation de leur utilisation. Cela est accompagné de l'intégration du concept de création de ressources, c'est-à-dire des interventions qui permettent de soutenir le développement de la régulation. Cette intervention à moyen terme permet non seulement d'être dans une optique de prévention, mais aussi dans une optique d'autodétermination considérant que l'utilisateur ne vivra pas toute sa vie dans ce milieu et que ses difficultés peuvent se manifester dans d'autres environnements. Ces interventions sont effectuées à l'intérieur de salles à proximité. À long terme, les interventions proposées visent l'équilibre occupationnel.

CONCLUSION : L'IMPORTANCE DU RÔLE D'AGENT DE CHANGEMENT

Alors que la pratique auprès des usagers ayant vécu des traumas complexes est novatrice, l'ergothérapeute possède une vision unique rendant son expertise plus que pertinente dans cette situation. Dans l'analyse de la réalité d'un milieu et d'usagers de manière interdisciplinaire, l'ergothérapeute ne peut pas être remplacé, tout comme il ne peut pas remplacer les autres intervenants. Bien qu'il ne soit pas toujours possible d'intervenir en contexte novateur, la promotion de l'ergothérapie le requiert. Le fait d'avoir une profession qui, à son centre, cherche à redonner la possibilité à tout client dans tout envi-

ronnement de s'engager dans des occupations qui lui sont importantes confère à l'ergothérapeute une opportunité unique. Celle-ci est de supporter l'autodétermination du client et de s'utiliser comme soi afin de proposer des interventions dans des contextes novateurs. L'ergothérapeute apprend des concepts en pratique qui lui permettront d'intervenir de manière unique qu'il soit en Gaspésie ou dans une réserve autochtone en ajoutant en substrat les réalités uniques à ces milieux. En sortant des balises traditionnelles de la pratique ergothérapique, il pourra découvrir de nouvelles interventions et améliorera la prise en charge de ses clients, car comme disait Albert Einstein : « *Vous ne pouvez pas utiliser une vieille carte pour explorer un nouveau monde* ».

Pour joindre l'auteur:
panb2201@gmail.com

Crédit photo :
james-baldwin-b9vkGONY4el (Unsplash)

RÉFÉRENCES

Blaustein, M. E. (2018). *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents, Second Edition: How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation, and Competency*. The Guilford Press.

Boxall, M. (2010). *Nurture groups in schools*. SAGE.

Commission de la santé mentale du Canada. (2016). *Commission de la santé mentale du Canada : Plan stratégique 2017-2022*. Ottawa: Commission de la santé mentale du Canada.

CSDPJ. (2021, 04). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes - Rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse*. Retrieved from csdpj.gouv.qc.ca

Eron, K. (2020, 03/04). *Weighted Blanket Use: A Systematic Review*. *Am J Occup Ther*.

Fisher, S. (2014). *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming The Fear-driven Brain*. WW Norton.

Frewen, R. L. (2014). *Healing the Traumatized Self: Consciousness Neuroscience Treatment*. WW Norton.

Herman, J. (2015). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books.

Kolk, B. V. (2015). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Penguin Books.

Lanius, R. (2021). *Ruth A Lanius publications*. Retrieved from Pudmed: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Lanius+RA&cauthor_id=27189040

Levine, P. (1997). *Walking the tiger*. Boston: North Atlantic Books.

Maté, G. (2009). *In the Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction*. Random House of Canada.

McKinnon, M. (2021). How to Remember a *Disaster Without Being Shattered by It*. Retrieved from Wired: <https://www.wired.com/story/remember-disaster-without-being-shattered-ptsd-covid/>

Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*. W.W. Norton & Company.

Prochaska, J. O. (2007). *Changing for Good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. William Morrow Paperbacks.

