

Clinique pour enfants

enoya



QUAND ET POURQUOI RÉFÉRER EN ERGOTHÉRAPIE OBSERVATIONS ET DÉPISTAGE

Ordre des chiropraticiens du Québec



Marie-Lyne Benoit, ergothérapeute

Objectifs de la présentation

- Définir le rôle de l'ergothérapeute en pédiatrie.
- Mieux comprendre les problématiques pouvant être évaluées et traitées en ergothérapie
- Connaître les manifestations à observer chez les jeunes du préscolaire et du primaire pouvant mener à une référence en ergothérapie

Plan de la présentation

Des questions en cours de route? N'hésitez pas!

- Le rôle de l'ergothérapeute en pédiatrie
- Histoire de cas – Intégration et modulation sensorielles
- Histoire de cas – TAC
- Outils accessibles au grand public

Le rôle de l'ergothérapeute en pédiatrie



L'ergothérapeute en pédiatrie

- L'ergothérapeute est un professionnel de la santé qui évalue et intervient auprès des enfants et adolescents afin de leur permettre d'atteindre un niveau d'autonomie satisfaisant dans le quotidien.
- Ainsi, il s'intéresse plus particulièrement aux habiletés motrices, perceptuelles et sensorielles qui permettent à l'enfant de réaliser toutes les activités de sa journée.

Clientèles vues en ergothérapie

- Retards de développement
- Déficits d'intégration sensorielle (hypersensibilité, difficultés proprioceptives, peur des hauteurs, etc.)
- Difficultés de motricité fine (prise du crayon, ciseaux, boucles, calligraphie, etc.)
- Difficultés visuoperceptuelles
- Manque d'autonomie dans la vie quotidienne
- Difficultés de planification motrice
- Trouble d'acquisition de la coordination - TAC
- Trouble du spectre de l'autisme - TSA
- Difficultés de langage (dysphasie- trouble primaire du langage)
- Syndromes avec déficits moteurs
- Trouble déficitaire de l'attention

Histoire de cas

Intégration et modulations sensorielles



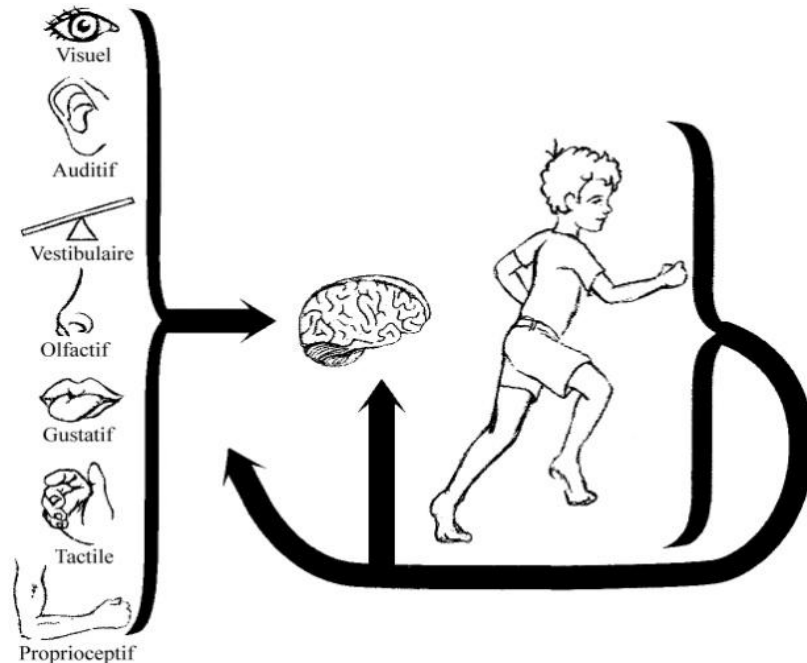
Un peu de théorie...

- Dre Jean Ayres, **ergothérapeute** américaine (début des années '70) qui a fait des études en neuro-anatomie, neuro-biologie et neuro-physiologie.
- Champs d'intérêt: contribution de la perception et du développement moteur aux apprentissages.
- Sa théorie a été reprise (études scientifiques) et révisée (mise à jour) par plusieurs autres ergothérapeutes après son décès.

Intégration sensorielle

Le traitement de l'information sensorielle, parfois nommé intégration sensorielle, réfère au processus par lequel le cerveau reçoit un message par le biais des sens et le transforme en réponse comportementale adaptée.

(SPD Foundation, 2010a)



Modulation sensorielle

La **modulation sensorielle** réfère à la capacité du système nerveux central (SNC) de réguler l'intensité des réponses (sociales, émotionnelles et comportementales) en fonction des stimuli provenant de l'environnement. Ce mécanisme est également responsable de moduler le niveau d'éveil et l'état de vigilance afin d'assurer la survie.

(James, Miller, Schaaf, Nielsen, & Schoen, 2011)

Troubles de modulation sensorielle

Il existe trois sous-catégories de troubles de modulation sensorielle :

- L'**hyperréactivité sensorielle**
(*Sensory Over-Responsivity*)
- L'**hyporéactivité sensorielle**
(*Sensory Under-Responsivity*)
- La **recherche sensorielle**/avidité sensorielle
(*Sensory Seeking/Sensory craving*)

(Miller, Anzalone, Lane, Cermak, & Osten, 2007, Anzalone & Lane, 2011)

Hyper réactivité

Manifestations chez les enfants

- Expriment un inconfort démesuré, des réactions aversives ou une hypervigilance en réponse à des stimuli (ex: réagissent fortement aux étiquettes, font des crises au contact de certaines textures ou odeurs, dans un environnement très stimulant visuellement et auditivement, etc.)
- Sont dérangés par ce qui est inattendu (ex: toucher, bruits, etc.)
- Présentent une intolérance ou un inconfort au mouvement (ex: nausées, malaise, crainte lorsque les pieds ne touchent pas au sol (ex: glissade, jeux psychomoteurs, vélo) et dans les escaliers).

(Comité d'information sur la santé mentale du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, 2009; Mailloux & Parham, 2005)

Hypo réactivité

Manifestations chez les enfants

- Semblent plutôt léthargiques
- Sédentaires
- Sans motivation
- Ne réagissent pas aux changements de température ni à la douleur (ex: chutes, égratignures)
- Ne détectent pas la majorité des stimuli environnants et paraissent donc être dans la lune

L'hyporéactivité peut rendre plus difficile l'acquisition de l'autonomie dans certaines tâches, telles l'entraînement à la propreté.

(Anzalone & Lane, 2011; Miller, Anzalone, Lane, Cermak, & Osten, 2007)

Recherche/avidité sensorielle

Manifestations chez les enfants

- Constante recherche de stimulations sensorielles (ex: aliments épicés, tourner en rond, faire du bruit, etc.)
- Ne semblent jamais satisfaits et sont impulsifs
- Portent beaucoup à la bouche (ex: chandails, crayon, etc.)

Ce trouble influence les relations sociales puisque ces enfants s'engagent souvent dans des activités socialement inacceptables. De plus, ils sont souvent décrits comme des personnes qui «recherchent l'attention» ou encore des «fauteurs de troubles».

(Miller, Anzalone, Lane, Cermak, & Osten, 2007).

Jérémy, 4 ans

Jérémy, 4 ans, est un petit garçon pour lequel vous avez des préoccupations. Les parents vous ont consulté d'abord pour des otites répétitives. Toutefois, dès la première rencontre, Jérémy a fait une crise lorsque vous avez posé les mains sur lui. Aussi, vous avez remarqué que le moindre mouvement de la tête engendrait une grande désorganisation (refus de collaborer, pleurs, cris). Il lui est même arrivé de vomir dans votre bureau suite à un traitement.

Suite

À chaque fois que vous le voyez en traitement, il se plaint que les lumières de votre bureau lui font mal aux yeux, alors qu'elles sont pourtant tamisées.

Vous avez également remarquer que Jérémy se prend les pieds partout dans votre clinique. Vous avez même l'impression qu'il passe plus de temps au sol que sur ses deux pieds!

Suite

De plus, les parents vous rapportent qu'il est très difficile pour eux de le toucher au quotidien, il crie assurément. Les parents vous confient même qu'il a frappé le chien de la famille, car ce dernier a effleuré Jérémie en se promenant à travers la maison.

Aussi, les parents rapportent que Jérémie ne tolère pas les bruits forts. Il refuse d'écouter de la musique à travers les écouteurs et il insiste pour avoir le contrôle du volume de la musique en voiture et du volume de la télévision à la maison.

Observations

- Auditif:
- Visuel:
- Vestibulaire:
- Tactile:
- Oral:
- Proprioceptif:
- Odorat:

Histoire de cas

Trouble d'acquisition de la coordination

Le TAC en bref...

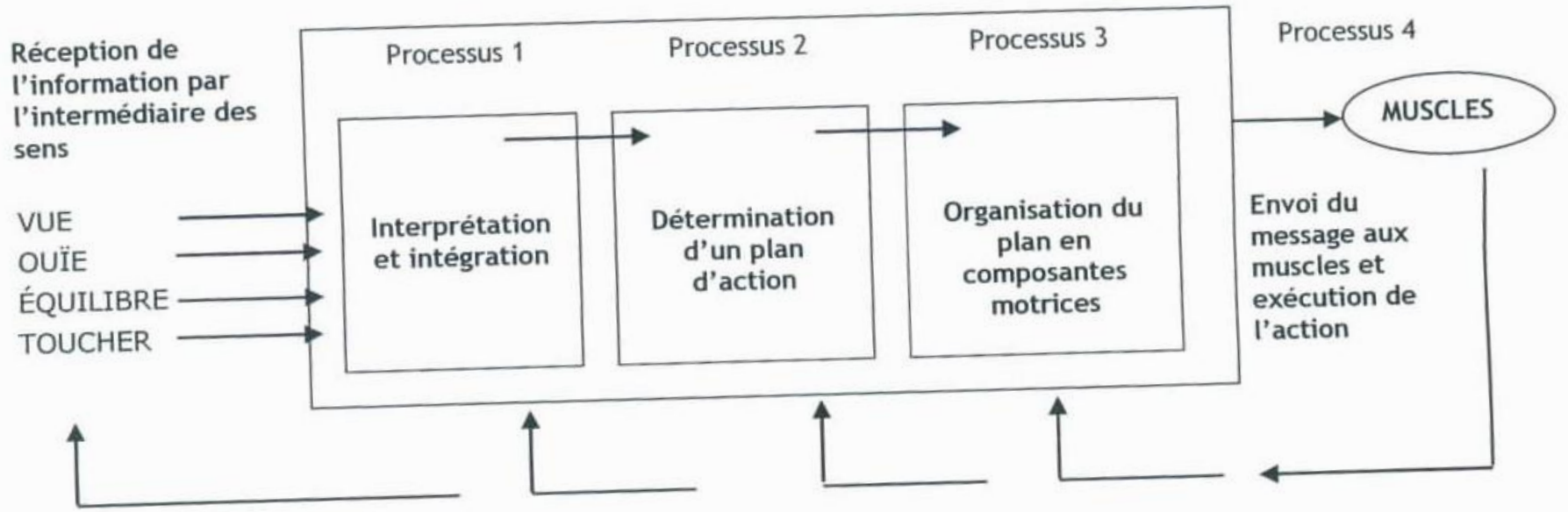
Trouble neurodéveloppemental **chronique** chez l'enfant dans lequel on retrouve des **profils hétérogènes** relativement aux difficultés de coordination motrice (globale et fine), mais qui **interfèrent toujours significativement avec la réalisation des occupations** (soins personnels, fonctionnement en milieu de garde et/ou scolaire, loisirs), sans explication neurologique ou cognitive possible des difficultés.

Les performances motrices sont caractérisées par une lenteur, une moins grande précision et une difficulté à apprendre de nouvelles habiletés. Ce trouble peut se présenter seul ou être associé avec d'autres conditions tels le TDAH, le TSA ou TSL.

(Hua et al., 2014; Bo, Lee, 2013; Kirby, 2013; Zwicker et al., 2012)



Systeme de planification des actions



Terminologie et nomenclature

Dyspraxie motrice/dyspraxie développementale



TAC (DSM-V): **Trouble d'acquisition de la coordination**

- Dyspraxie buccofaciale
- Dyspraxie verbale
- Dyspraxie orale

- *Dyspraxie visuo-constructive*

Diagnostic TAC

Diagnostic posé par un neuropédiatre, un pédiatre ou un médecin qui repose sur une anamnèse, un examen neurologique et cognitif de base, complété si possible, par une évaluation en ergothérapie et en psychologie/neuropsychologie.

(Kirby et al., 2013; Breton, Léger, 2007; Pannetier, 2007)

DSM-V; TAC

Critère A (American Psychiatric Association, 2013)

A. The acquisition and execution of coordinated motor skills is substantially below that expected given the individual's chronological age and opportunity for skill learning and use. Difficulties are manifested as clumsiness (e.g., dropping or bumping into objects) as well as slowness and inaccuracy of performance of motor skills (e.g., catching an object, using scissors or cutlery, handwriting, riding a bike or participating in sports).

Traduction libre:

A. L'acquisition et l'exécution des habiletés de coordination motrice sont significativement sous les attentes considérant l'âge chronologique et les opportunités d'apprentissage. Les difficultés se manifestent par de la maladresse (ex : échapper des objets, foncer dans des objets), une lenteur d'exécution et un manque de précision dans les gestes moteurs (ex : attraper un objet, utilisation des ciseaux ou des ustensiles, écriture, conduire un vélo, sports).

DSM-V; TAC

Critère B (American Psychiatric Association, 2013)

- B. The motor skills deficit in Criterion A significantly and persistently interferes with activities of daily living appropriate to chronological age (e.g., self-care and self-maintenance) and impacts academic/school productivity, prevocational and vocational activities, leisure and play.

Traduction libre:

- B. Le déficit dans les habiletés motrices interfère de façon significative et persistante avec les activités de la vie quotidienne attendues pour l'âge chronologique (ex : soins personnels, autonomie) et a un impact sur la productivité (fonctionnement en milieu de garde, scolaire), les apprentissages, le travail, les loisirs et le jeu.**

DSM-V; TAC

Critère C (American Psychiatric Association, 2013)

C. Onset of symptoms is in the early developmental period.

Traduction libre:

C. Apparition précoce des symptômes dans le développement

DSM-V; TAC

Critère D (American Psychiatric Association, 2013)

D. The motor skills deficits are not better explained by intellectual disability (intellectual developmental disorder) or visual impairment and are not attributable to a neurological condition affecting movement (e.g., cerebral palsy, muscular dystrophy, degenerative disorder).

Traduction libre:

D. Les déficits dans les habiletés motrices ne peuvent être mieux expliqués par une déficience intellectuelle (un désordre lié au développement intellectuel), une déficience visuelle ou une condition neurologique affectant le mouvement (ex: paralysie cérébrale, dystrophie musculaire, maladie dégénérative).

Diagnostics différentiels

- ❑ Syndromes de Turner, de Sotos, de Williams, de Di Georges
- ❑ Troubles neurologiques (DMC, atteintes cérébelleuses, maladies neuromusculaires)
- ❑ Trouble de la communication sociale (anciennement appelé syndrome de dysfonction non verbale)
- ❑ Trouble de la spécialisation hémisphérique
- ❑ TSA, DI, TDAH

(APP, 2014; Breton, Léger, 2007; Pannetier, 2007)

Comorbidités les plus fréquentes

- TDAH (jusqu'à 50%)
 - Difficultés d'apprentissages (plus souvent la dyslexie)
 - Trouble de langage
 - TSA
- * Certains chercheurs parlent d'une étiologie commune.

(Kirby et al., 2013; Zwicker et al. 2012; Zwicker et al. 2009, Visser, 2003; Kaplan et al., 1997)

Judith, 7 ans

Judith, 7 ans, se présente à votre bureau avec sa mère pour une douleur à la hanche et au genou. Vous ne lui avez pas encore adressée la parole, qu'elle a eu le temps de se prendre les pieds dans le tapis et tomber dans la salle d'attente. Lors de l'examen initial, vous lui demandez de retirer sa veste et de conserver seulement son chandail. Elle prend près de 5 minutes pour défaire les boutons et retirer ses bras.

Suite

Elle est incapable de recruter certains groupes musculaires isolément. De plus, elle peine à exécuter correctement les consignes que vous lui donnez.

Lorsqu'elle tente de se rhabiller, elle met sa veste à l'envers et elle se boutonne en « jaloux ». Par curiosité, vous lui demandez de faire un « jumping jacks ». Sa séquence de mouvements est complètement incoordonnée et elle se frappe le bras contre le mur, car elle a mal évalué ses distances.

Suite

À la fin de l'examen, vous retournez dans la salle d'attente avec la mère qui vous confie que Judith ne fait pas encore de vélo et elle vous demande si cela peut avoir un lien avec la douleur qu'elle a à la hanche et au genou. Avec votre évaluation, vous doutez que cela ait un impact sur l'apprentissage du vélo. Du coin de l'œil, vous observez Judith et vous vous rendez compte qu'elle ne sait pas faire ses nœuds et ses boucles pour rattacher ses souliers. La mère vous sourit et vous dit que c'est « un petit caprice ». En quittant la clinique, Judith passe près de tomber de nouveau en se prenant les pieds dans le cadre de la porte.

Observations

Idéation:

Planification:

Exécution:

Outils disponibles pour le grand public

Site de l'IRD PQ

Autres ressources

Banque d'activités de l'IRD PQ

- Plusieurs activités regroupées selon les habiletés visées
- Téléchargeable gratuitement sur le site de l'IRD PQ



<https://www.irdpq.qc.ca/expertise-et-formation/centre-de-documentation/publications-de-lirdpq/banque-dactivites-en>

Autres ressources

- Site de Nanny Secours
- Maman pour la vie
- Naître et grandir
- CLSC
- La collection des Éditions de l'Hôpital Ste-Justine

Références

Comité d'information sur la santé mentale du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario. (2009). *Ce qu'il faut savoir: les troubles du traitement sensoriel chez les enfants et les adolescents* (feuille de renseignement à l'intention des parents et des soignants). Dans Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO) (Éd.) (pp. 1-11). Ottawa.

Dunn, W. (1997). The Impact of Sensory Processing Abilities on the Daily Lives of Young Children and Their Families: A Conceptual Model. *Infants and Young Children, 9*(4), 23-25.

Dunn, W. (2001). The Sensations of Everyday Life: Empirical, Theoretical, and Pragmatic Considerations. *The American Journal of Occupational Therapy, 55*(6), 608-620.

Gavin, W. J., Dotseth, A., Roush, K. K., Smith, C. A., Spain, H. D., & Davies, P. L. (2011). Electroencephalography in Children With and Without Sensory Processing Disorders During Auditory Perception. *The American Journal of Occupational Therapy, 65*(4), 370-377.

Références

James, K., Miller, L. J., Schaaf, R., Nielsen, D. M., & Schoen, S. A. (2011). Phenotypes within sensory modulation dysfunction. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), 715-724.

Kranowitz, C. S. (2005). Recognizing Sensory Processing Disorder. *The Out-of-sync Child: Recognizing and Coping with Sensory Processing Disorder* (2e^e éd.) (pp. 1-40): Penguin.

Mailloux, Z., & Parham, D. L. (2005). Sensory Integration. Dans J. Case-Smith (Éd.), *Occupational Therapy for Children* (pp. 356-411). St. Louis, Missouri: Elsevier Inc.

Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). Concept Evolution in Sensory Integration: A Proposed Nosology for Diagnosis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 135-140.