

Mieux comprendre le rôle de l'ergothérapeute avec une clientèle en centre jeunesse			
Direction(s) responsable(s)	Direction des programmes Déficiences	Approuvé	2022-06-29
		Révisé	
Personnes responsables	Laurence Pérusse-Tardif, coordonnatrice programmes spécialisés TC-TGC & Nexus Marie-Michèle Girard, ergothérapeute Laurie Gendron, ergothérapeute		
Personne(s) concernée(s)	Intervenants du programme spécialisé TC-TGC et Nexus.		

1. Quel est le rôle de l'ergothérapeute en centre jeunesse (CJ) ?

- Bien que l'ergothérapeute ne soit pas le professionnel au premier plan pour ce type de clientèle, celui-ci peut notamment sensibiliser l'entourage du jeune à avoir une approche sensible au trauma. Brièvement, son rôle vise surtout le soutien à l'équipe dans la mise à place d'interventions pour améliorer l'autonomie de l'enfant dans certaines activités de la vie quotidienne (ex. dormir, manger, jouer, etc.), par exemple, en estompant la présence de l'adulte (favoriser un attachement sécuritaire). Étant expert de l'occupation, l'ergothérapeute peut aussi élaborer un plan microgradué pour l'apprentissage d'activités motrices afin de favoriser des succès et d'améliorer la confiance du jeune face à ses propres habiletés.

2. Existe-t-il des données probantes concernant le lien entre les problèmes de consommations et le TSA, en particulier en lien avec les problématiques d'ordre sensorielles?

- Tout d'abord, il est important de noter que peu de données probantes existent concernant le rôle de l'ergothérapeute auprès d'une clientèle présentant des problèmes de consommation et/ou une clientèle type en CJ. De plus, les études existantes ont plusieurs limites, telles que la taille des échantillons, l'hétérogénéité de la population et l'utilisation d'instruments de mesure non validés avec la clientèle ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) par exemple (Poulin et al. 2020).
- Parmi les articles répertoriés, plusieurs d'entre eux discutent principalement de la prévalence des problèmes de consommation chez les personnes présentant un diagnostic de TSA. Il est rapporté que la prévalence de consommation problématique est très faible au sein de cette population (7,7 % selon Poulin et al., 2020 et 6,4% selon Lin et al., 2013). Les comorbidités davantage associées à la consommation seraient plutôt le TDAH et la dépression (ou autres diagnostics de santé mentale) (Poulin et al., 2020). Selon Lin et al., 2013, chez les personnes présentant un TSA, le taux de comorbidité psychiatrique s'élève à 78,8%. Effectivement, on retrouve notamment les troubles anxieux (67,6 %), les troubles affectifs (44,6 %), les troubles psychotiques (35,8 %) et les troubles de la personnalité (23,5 %). Les auteurs pointent ainsi l'importance de la coordination des différents services spécialisés étant donné la complexité de la problématique (Lin et al., 2013).
- La consommation de cannabis et d'alcool, substances agissant à titre de dépresseurs du système nerveux central, est souvent vue comme une forme d'automédication. La consommation régulière pourrait ainsi induire des symptômes dépressifs (Buckner et al., 2012; Sizoo et al., 2010).
- Une autre fonction possible du comportement de consommation est de briser l'isolement social. De par leur besoin de développer un sentiment d'appartenance et d'inclusion, et en raison de leurs difficultés en lien avec les habiletés sociales, les jeunes présentant un TSA pourraient être plus enclins à utiliser l'alcool et le cannabis comme des facilitateurs en contexte de socialisation (Buckner et al., 2012; Sizoo et al., 2010).
- En conclusion, les données probantes mettent de l'avant le fait qu'il est primordial de bien comprendre la fonction du comportement afin d'offrir des méthodes alternatives appropriées qui permettront réellement de répondre au besoin derrière la consommation, par exemple, la réduction de l'anxiété ou la recherche de facilitateur social (Poulin et al., 2020). Dans ce contexte, l'ergothérapeute peut soutenir l'équipe dans l'analyse et la compréhension du comportement, tout en évaluant l'impact de la problématique sur les habitudes de vie. Néanmoins, il ne représente pas le professionnel au premier plan dans ce type de problématique.

3.	Comment utiliser les parcours moteurs et les dépenses d'énergie et adapter la programmation pour favoriser le retour au calme?
	➤ Les dépenses d'énergie doivent être utilisées en prévention au comportement. Lorsque le jeune est en crise, il est trop tard pour utiliser ce type de modalité. Des banques d'activités motrices existent en ligne pour bonifier la programmation des usagers, dont celle de l'IRDPQ. Pour des recommandations individualisées, une évaluation individualisée en ergothérapie sera d'abord nécessaire.
4.	Est-ce que les objets de frappe sont recommandés lors des moments de crise?
	➤ Les objets de frappe de type <i>Punching Bag</i> sont refusés au Centre Jeunesse étant donné qu'ils peuvent rebondir dans le visage du jeune. Des alternatives sont parfois utilisées comme le <i>Punching Bag</i> sur pied, le ballon poire et le coussin de frappe. S'il est bien encadré et expliqué, ce type de comportement alternatif ne devrait pas encourager les comportements agressifs envers autrui, au contraire. Toutefois, il est plus efficace d'encourager le jeune à participer à des cours d'arts martiaux, par exemple, pour l'aider à canaliser son énergie de manière préventive. D'autres activités de décharges motrices qui n'utilisent pas les poings peuvent aussi être envisagées, notamment lancer des objets ou un ballon lourd vers un endroit ciblé et sécuritaire, déchirer du carton ou pousser sur des objets lourds.
5.	Quels moyens alternatifs à l'automutilation peuvent être proposés, en particulier lorsque le comportement n'a pas pour fonction la communication?
	➤ En CJ, l'ergothérapeute est rarement interpellé dans les cas d'automutilation, car il y a peu de moyens plus adéquats qui arriveront à combler le besoin n'étant pas d'ordre sensoriel ou physique. Les approches utilisées en psychoéducation sont à prôner pour aider le jeune à comprendre ce qui cause son mal-être à l'origine de l'automutilation ainsi que pour le responsabiliser face à ses gestes. En bas âge, l'ergothérapeute peut être impliqué pour soutenir l'équipe dans la recherche d'activités qui répondent à la sensation recherchée et l'offrir en prévention d'un moment connu pour générer l'émotion négative menant à l'automutilation (ex. au retour de la sortie avec papa).
6.	Lorsque le jeune recherche des sensations fortes et des montées d'adrénaline, soit par la consommation, par des comportements parasuicidaires ou tout autre comportement à risque (ex. comportement sexuel à risque), vers quoi peut-il être redirigé?
	➤ Peu d'activités suffisamment intenses répondront au besoin d'un point de vue physiologique et physique. Par contre, des décharges motrices ou sensorielles très intenses peuvent être intégrées fréquemment (ex. planche rotatoire, activités physiques intenses, entraînements croisés, arts martiaux, etc.). L'ergothérapeute peut soutenir l'équipe pour identifier le type de sensation recherchée et rediriger le jeune vers une activité qui a davantage de chances de répondre physiquement ou physiologiquement au besoin. Évidemment, il faut comprendre la fonction du comportement et intervenir à ce sujet en priorité, ce qui relève rarement du rôle de l'ergothérapeute. Il demeure essentiel de vérifier la pertinence de faire une demande en criminologie, sexologie ou psychologie dans ces situations. Lorsque la consommation est effectuée dans un but d'« éteindre » le cerveau, le jeune devrait être redirigé vers des activités apaisantes (ex. salle noire) plutôt que vers des décharges motrices ou sensorielles très intenses.
7.	Comment aménager l'environnement physique de ces milieux pour favoriser la cohabitation?
	➤ Il peut être intéressant de créer différentes zones où le jeune peut se diriger en fonction de son besoin immédiat. Chaque milieu de vie devrait comprendre une zone de décharge et une zone d'apaisement. De manière générale, les néons sont à éviter ou devraient être couverts de filtres lumineux. En plus, l'ajout de panneaux insonorisant sont essentielles. Finalement, il demeure primordial de se pencher sur les besoins individuels et de trouver un compromis pour répondre aux besoins de chacun sans nuire à la cohabitation.
8.	Quels moyens d'autorégulation, en termes de matériel et d'approche, peuvent être utilisés pour la gestion des émotions, tout en respectant les règles de sécurité de l'établissement?
	➤ Musique avec des écouteurs sans fil. ➤ Possibilité d'emprunt de certains objets, avec la porte ouverte, qui seront remis à la fin la période. ➤ Équipements d'entraînement lourds (ballon lourd, haltère, poids aux chevilles). Il est peu probable que le jeune soit suffisamment fort pour lancer l'objet de manière dirigée. ➤ Catalogne ou coussin lesté dans la salle d'isolement. Attention : Ne pas utiliser lorsque le jeune est agité ou en désorganisation, seulement lors du retour au calme.

Pas de question sans réponse (PQSR)

- Alert Program et zone de régulation
- *Coaching* de l'entourage à devenir des co-régulateurs pour le jeune et faire émerger l'autorégulation.

*NB : Pour l'utilisation d'une couverture ou d'une veste lestée, l'évaluation en ergothérapie avec recommandations à cet effet est obligatoire.

9. Quel est le rôle de l'ergothérapeute en lien avec les problématiques d'attachement?

- Bien que l'ergothérapeute ne soit pas le professionnel au premier plan pour ce type de problématique, celui-ci peut sensibiliser l'entourage du jeune à avoir une approche sensible au trauma. Il peut également soutenir l'équipe dans la mise à place d'intervention pour améliorer l'autonomie de l'enfant dans certaines activités de la vie quotidienne (ex. dormir, manger, jouer, etc.) en estompant la présence de l'adulte (favoriser un attachement sécurisé).