

# Le Capteur d'idées

POUR UNE RÉADAPTATION AU SERVICE DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE

Juin 2006 • volume 2 • numéro 1



Centre de  
Réadaptation  
Marie-Enfant

CHU Sainte-Justine

Université   
de Montréal

Pratiques de réadaptation  
auprès d'une clientèle jeunesse

## sommaire

- |  |   |                             |    |
|--|---|-----------------------------|----|
| ▪ Éditorial  | 1 | ▪ Enseignement et recherche | 8  |
| ▪ Mot du comité de rédaction                             | 2 | ▪ Cap sur la nutrition      | 9  |
| ▪ Ici et ailleurs  | 2 | ▪ Du côté des programmes    | 11 |
| • La clinique du contrôle salivaire...                   | 2 | ▪ Regard professionnel      | 13 |
| • La clinique du plexus brachial                         | 4 | ▪ Rencontre avec...         | 15 |
| • La douleur chez les enfants...                         | 5 | ▪ Agenda                    | 16 |
| • Le guide de préparation à la réintégration scolaire... | 6 |                             |    |
| • Foot Fauteuil  | 7 |                             |    |
| • Donjons et dragons                                     | 8 |                             |    |

# Éditorial

## Pratiques de réadaptation auprès d'une clientèle jeunesse

Depuis quelques années, la recherche des meilleures pratiques est de plus en plus présente dans notre quotidien. La réforme de la santé nous invite à revoir nos façons de faire et à nous assurer que les services à la clientèle sont donnés au bon moment tout en répondant à des normes de qualité. Ainsi, au fil des années, nous avons vu apparaître le bulletin des centres hospitaliers qui tentait de mettre en évidence les milieux les plus efficaces. Les ententes de gestion sont une autre initiative pour faire émerger les réflexions sur l'efficacité de nos services.

Pour atteindre un objectif d'amélioration de la qualité des services à la population, diverses actions ont été posées. Le gouvernement fédéral a créé en 1997 le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) qui vise à financer des projets permettant d'examiner et d'évaluer des approches novatrices pour assurer la prestation de services de santé. Au provincial, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a vu le jour en juin 2000. Cet organisme a pour mission de conseiller et d'appuyer, au moyen de l'évaluation, les décideurs du milieu de la santé en matière d'introduction, d'acquisition et d'utilisation de technologies et de modes d'intervention. Une autre organisation qui s'implique dans la promotion des meilleures pratiques est le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) qui a obtenu en 2001 le mandat de promouvoir et d'aider financièrement la diffusion des connaissances dans le domaine de la recherche en santé.

Plusieurs secteurs se sont penchés sur la question au cours des dernières années. Certains ont initié des projets novateurs de réorganisation du travail. À cet effet, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) a rédigé en 2005 un *Guide des pratiques novatrices en organisation des soins et du travail*. Quant à l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique (AERDPO), elle s'est dotée d'un Comité provincial d'éthique clinique en réadaptation pour soutenir les intervenants du réseau dans leur réflexion.

Le réseau de la réadaptation en déficience physique est très actif dans la recherche et l'utilisation des meilleures pratiques. Cette parution du *Capteur d'idées* présente quelques initiatives que notre réseau a mises de l'avant au cours des ans. Des intervenants du CR Mackay et du CR Marie Enfant ont souhaité partager avec vous leur expérience. Ces pratiques ont occasionné des changements qui demandent, notamment, du temps, de la créativité, de la persévérance, une vision, des valeurs et une passion pour le travail. Il faut donc souligner tous les efforts qui ont été déployés pour améliorer les pratiques et offrir à la clientèle des services de qualité.

Nous tenons à exprimer nos remerciements à tous ces auteurs et notre reconnaissance pour leur précieuse contribution à la réalisation de cette parution.

Riches de cette connaissance, nous espérons que la diffusion de ces expériences suscitera des réflexions et l'émergence de perspectives novatrices qui permettront le renouvellement des façons de faire et des pratiques en réadaptation.

Bonne lecture !

Suzanne Gagnon  
Adjointe au directeur



# Mot du comité de rédaction

Soucieux d'offrir des services de qualité à sa clientèle, les gestionnaires et intervenants sont constamment à la recherche d'interventions adaptées aux besoins de cette dernière. Le présent numéro du Capteur d'idées souhaite partager avec ses lecteurs des solutions initiées par des équipes de réadaptation - privilégiant le travail interdisciplinaire - pour contrer les situations de handicap vécues par les 0-18 ans dans la réalisation de leurs activités de la vie courante et dans l'accomplissement de leurs rôles sociaux. L'équipe de rédaction souhaite remercier tous les auteurs qui ont généreusement accepté de nous faire profiter de leur expérience et de leur expertise.

D'autre part, ce n'est plus un secret pour personne, l'année 2007 marquera les 100 ans du CHU Sainte-Justine. L'équipe de rédaction du Capteur d'idées souhaite profiter de cette occasion pour présenter une rétrospective de la réadaptation en déficience physique. Si vous désirez contribuer à étoffer le contenu de cette prochaine parution, nous vous invitons à soumettre un projet d'article. Pour ce faire, vous n'avez qu'à communiquer avec Johanne Bélanger au 374-1710 poste 8441 ou par courriel à l'adresse suivante : joanne.belanger.hsjs@ssss.gouv.qc.ca

## COORDONNATRICE DU JOURNAL

Bélanger, Johanne

## COMITÉ DE RÉDACTION

Moïse, Guy  
Noël, Sylvie  
Shorgan, Noella  
Simard, Linda  
Vaillancourt, Julie

## SOUTIEN TECHNIQUE AUDIOVISUEL

Hénault, Denis

## RÉVISEURES/ CORRECTRICES

Lapierre, Diane  
Martin, Céline  
Morin, Diane  
Noël, Sylvie  
Tremblay, Céline

## COLLABORATEURS

Arcadie, Julie  
Bourdages, Carole  
Calce, Diane  
Côté, Manon  
Cournoyer, Marie-Jean  
Dr Sam J. Daniel  
Deslandes, Dominique  
Émond, Monique  
Guilbault, Claude  
Khoury, Christiane G.  
Lessard, Nicole  
Oliva, Marie-Karine  
Perras, André  
Plante, Suzanne  
Simoes-Martins, Debby  
St-Jean, Raymond  
Dre Stojanovic, Sanja  
Tousignant, Josée

## Ici et ailleurs

### La Clinique de contrôle salivaire : Une réponse à un problème complexe... la sialorrhée

**Diane Calce,**

Conseillère cadre clinique et responsable  
de la Clinique de contrôle salivaire  
en collaboration avec

**Dr. Sam J. Daniel, M.D., FRCS(C)**

Directeur de la Clinique de contrôle salivaire  
Centre de réadaptation Mackay

Pour plusieurs enfants et jeunes ayant des atteintes neurologiques, le problème de contrôle salivaire ou sialorrhée constitue un obstacle majeur à leur intégration sociale et à la réalisation de leurs habitudes de vie.

Afin de répondre aux besoins de cette clientèle, le Centre de réadaptation Mackay, en collaboration avec l'Hôpital de Montréal pour enfants du CUSM, a travaillé à la conceptualisation et l'implantation d'un nouveau service spécialisé, la Clinique de contrôle salivaire.



#### La sialorrhée

La sialorrhée ou incontinence salivaire est le débordement de la salive à l'extérieur de la cavité buccale. Les glandes salivaires sécrètent quotidiennement 1,5 litre de salive. Lorsqu'un déséquilibre se produit entre la quantité de salive produite et la quantité avalée, on dit qu'il y a hypersalivation ou sialorrhée. Après l'âge de 4 ans, l'hypersalivation est généralement considérée comme un état pathologique.

Cette condition survient surtout dans diverses pathologies d'ordre neurologique. En effet, de 10 % à 30 % des patients présentant une paralysie cérébrale ont des problèmes d'hypersalivation. Au niveau de la santé physique, la sialorrhée

peut causer des lésions cutanées péri-orales provoquées par l'humidité constante, de la déshydratation et des troubles de langage. Dans les cas graves, une pneumonie d'aspiration peut également survenir.

Les impacts sur la vie quotidienne sont importants. La sialorrhée entraîne le rejet social de la personne affectée. Un grand nombre de parents confie que personne ne veut jouer avec leur petit à la garderie ou encore que l'accès à des stages en milieu de travail est refusé à leur adolescent. C'est un obstacle au rapprochement physique, au développement de relations interpersonnelles et, par conséquent, au développement de l'estime de soi. Cette condition a également un impact négatif sur les membres de la famille qui se sentent souvent gênés et lésés par la situation.

## L'approche clinique

Lorsqu'un enfant ou un adolescent est évalué pour un problème salivaire, il est important de noter la fréquence et la sévérité du problème, ainsi que l'impact de ce dernier sur la qualité de vie de l'enfant et de sa famille. Au Centre de réadaptation Mackay, nous avons établi une approche multidisciplinaire incluant un otorhinolaryngologiste et un dentiste pour évaluer la cause anatomique et fonctionnelle du problème, une orthophoniste et une ergothérapeute pour évaluer les capacités orales motrices et une travailleuse sociale pour explorer les répercussions familiales et psychosociales de l'hypersalivation.

Cette approche nous permet de bien cerner le problème et de présenter les meilleures options de traitement aux parents, selon la condition de leur enfant. C'est une occasion unique pour les parents de pouvoir échanger avec un ensemble de professionnels autour d'une problématique spécifique et de faire un choix éclairé selon leurs priorités d'intervention. La clinique est un lieu de consultation et le suivi des recommandations est la responsabilité de la famille et des intervenants déjà impliqués auprès de l'enfant. Pour optimiser l'intervention recommandée, une liaison est établie au préalable avec les partenaires impliqués sur le continuum de service et un lien est fait après la clinique pour les informer des résultats de l'évaluation.

## Les options de traitement

Le problème de contrôle salivaire peut être attribuable à différents facteurs dont une modification de la maîtrise neuromusculaire, un dysfonctionnement de l'activité orale motrice ou encore une hypersalivation des glandes. D'autres éléments aggravent la sialorrhée tels qu'une obstruction nasale avec respiration buccale, une posture inadéquate de la tête, une malformation dentaire, une gingivite, une déglutition inefficace ou la prise de certains médicaments comme les sédatifs. L'évaluation multidisciplinaire permet d'identifier ces facteurs et de proposer des options d'intervention médicale, de réadaptation ou une combinaison des deux selon le besoin.

Le traitement vise à améliorer le contrôle salivaire, tout en maintenant une cavité orale humide et saine. Parmi les options de réadaptation, notons : la thérapie comportementale pour augmenter la prise de conscience de l'hypersalivation, la thérapie orale motrice et l'ajustement du positionnement. Les options médicales incluent l'irradiation des glandes salivaires, le traitement chirurgical, l'écran vestibulaire, les procédures d'orthodontie, le traitement pharmacologique et l'injection de la toxine botulique de type A, mieux connue sous le nom de Botox. Lorsque l'injection de Botox est indiquée, l'intervention est offerte au Centre de réadaptation Mackay la journée même ou lors de la prochaine clinique, selon le choix du client et de la famille.

## Un problème complexe

En conclusion, la sialorrhée est un problème complexe qui nécessite une approche individualisée. Plusieurs options de traitement sont disponibles pour y remédier mais celles-ci doivent être recommandées à la suite d'une évaluation multidisciplinaire afin de bien cerner les facteurs impliqués.

Une première clinique multidisciplinaire de contrôle salivaire à l'échelle du Québec existe depuis janvier 2005 sous la direction du Dr Sam J. Daniel au Centre de réadaptation Mackay. Pour plus de renseignements sur la Clinique de contrôle salivaire, veuillez composer le 514 482-0500 poste 288 ou visiter le site Internet au [www.centremackay.org](http://www.centremackay.org)

## La Clinique du plexus brachial du Centre de réadaptation Marie Enfant

### L'arrimage des soins aigus et des services de réadaptation

Dominique Deslandes  
Coordonnatrice clinique  
Clinique du plexus brachial



Nathalie et son conjoint étaient prêts pour l'accouchement. Les cours prénataux étaient faits, les risques de naissance prématurée écartés depuis quelques semaines, le bébé bougeait bien et souvent, et on lui prédisait même un bon bébé d'au moins 8 livres!

À l'hôpital, le travail se déroulait bien, le bébé était en forme et les parents avaient mis en application tous les conseils de respiration et de détente si bien appris! Mais voilà qu'une fois la poussée débutée, il semble y avoir un problème. La tête est bien engagée mais malgré tous les efforts que Nathalie y met, ça ne progresse plus. Le temps passe, Nathalie est épuisée et le bébé commence lui aussi à donner des signes de fatigue. On doit donc l'aider à sortir à l'aide d'une ventouse qui va délicatement faciliter son passage. Il arrive enfin! On lui donne un tout petit peu d'oxygène pour l'aider à récupérer de ce dur passage à la vie et, après un petit séjour sur le ventre de maman, on le pèse, le mesure, l'examine.

Le beau bébé de 8 livres, Samuel, pèse finalement 10 livres et 2 onces. Il est fort et vigoureux, mais son bras droit ne bouge pas comme le gauche. Il est tourné vers l'intérieur, la petite main fléchie. Le lendemain matin, lorsque le pédiatre de garde passe, le diagnostic est posé. Le bébé a souffert d'une dystocie des épaules à l'accouchement et présente maintenant une paralysie brachiale, aussi appelée lésion du plexus brachial.

Voici l'histoire fictive mais bien typique d'un bébé référé à notre programme. Cette clinique née de la fusion du Centre de réadaptation Marie Enfant et du CHU Sainte-Justine et permet donc aux équipes médicales, chirurgicales et de réadaptation d'arrimer leurs interventions afin de minimiser l'impact qu'une lésion du plexus brachial peut avoir sur les habitudes de vie de l'enfant et du futur adulte.

Quelques jours après l'accouchement, la nouvelle petite famille rentre à la maison avec malheureusement bien peu d'information quant à la nature de la blessure qu'a subie le petit Samuel, mais avec l'assurance que la coordonnatrice de la Clinique du plexus brachial leur téléphonera rapidement pour qu'une prise en charge en physiothérapie se fasse sans délai. Samuel dort bien, boit bien, mais son petit bras inquiète ses parents car il ne bouge toujours pas, sauf peut-être un peu la main et les doigts. Une amie tente de les rassurer en leur disant qu'elle a connu un bébé né avec la même condition, et qu'en 2 à 3 semaines, tout était rentré dans l'ordre. Pourquoi le bras de Samuel bouge-t-il si peu?

Environ dix jours après le retour à la maison, la coordonnatrice de la clinique les appelle enfin. Elle leur parle des services qui peuvent être offerts par la clinique, leur explique la nature de la blessure

et leur décrit aussi les différents patrons de récupération qui pourraient être observés. À l'accouchement, lors du passage des épaules, les tissus du cou ont été étirés. C'est ce qui a causé aussi un étirement des nerfs se rendant au bras. Le nom donné à ce réseau de nerfs est le plexus brachial. Ces nerfs amènent le «courant électrique» aux muscles du bras. Si les nerfs sont incapables d'amener le «courant», le bras est incapable de bouger. Si l'étirement est mineur, la blessure guérira rapidement et le bras retrouvera sa mobilité en quelques semaines. Si l'étirement est plus grave, la blessure guérira plus lentement, et peut-être pas complètement, et le bras prendra plus de temps à faire des mouvements. Ceux-ci peuvent aussi être incomplets. Dans le cas d'un étirement complet, qui pourrait aussi être appelé déchirure, les nerfs seront incapables de guérir de façon adéquate et le bras ne retrouvera pas sa mobilité.

La coordonnatrice leur explique que dans un premier temps, Samuel sera suivi en physiothérapie pour stimuler le retour des mouvements et éviter que le bras immobile ne devienne raide. La famille rencontrera aussi la travailleuse sociale du programme qui veillera à ce qu'ils aient toutes les ressources disponibles. La coordonnatrice prend aussi le temps de répondre aux questions que les parents ont et laisse ses coordonnées comme personne ressource au programme. Vers l'âge de deux ou trois mois, Samuel sera vu par un physiatre à la clinique médicale du programme. À part la physiothérapie, aucune intervention n'est réellement faite avant cet âge puisque le temps doit avoir la chance de faire son œuvre de guérison. Lors de ce premier rendez-vous médical, la physiothérapeute qui suit l'enfant est présente ainsi que l'ergothérapeute du programme. Si Samuel habitait une région autre que Montréal ou Laval, il aurait probablement été suivi en physiothérapie dans sa région. Une physiothérapeute serait tout de même présente au rendez-vous en physiothérapie mais aurait alors un rôle de consultante et de liaison avec le centre de réadaptation traitant.

Samuel a maintenant deux mois et demi. Il fait des sourires, se réveille encore quelques fois la nuit, commence à tenir sa tête assez bien, mais son bras droit bouge toujours bien peu. Lors du rendez-vous en physiothérapie, une évaluation globale de Samuel est faite, conjointement avec la physiothérapeute. À la suite de cette rencontre, avec l'information donnée sur la progression de Samuel en physiothérapie et avec l'accord des parents, Samuel est référé à l'équipe chirurgicale. Les parents reviennent alors que Samuel a trois mois et demi et rencontrent une chirurgienne en plastie et un chirurgien orthopédique qui travaillent conjointement. Comme au premier rendez-vous, la physiothérapeute est présente et transmet aux médecins les résultats de ses dernières évaluations et observations. Il est alors décidé que des tests plus poussés

sés sont nécessaires afin de déterminer la sévérité de l'atteinte au plexus brachial de Samuel. Ces tests seront effectués au CHU Sainte-Justine dans les prochaines semaines et permettront de « voir » le réseau de nerfs et les blessures qui s'y trouvent.

À l'âge de cinq mois, Samuel est revu à la Clinique du plexus brachial. Les résultats de la résonance magnétique, du myélo-scan, de la fluoroscopie et des radiographies sont maintenant connus, et ils sont expliqués et discutés avec les parents. Le progrès de Samuel en physiothérapie est toujours considéré, et toute amélioration est notée. Selon les chirurgiens, Samuel gagnerait à avoir une intervention chirurgicale de reconstruction du plexus brachial. Celle-ci aurait pour objectif de permettre une « réparation » du plexus brachial et donc un plus grand retour de mouvement. Après l'évaluation des risques encourus, les parents décident d'accepter la chirurgie proposée. Encore quelques semaines d'attente, puis s'en suivent l'admission pour la chirurgie et une courte hospitalisation avant le retour à la maison. Le suivi postopératoire initial s'effectue à Sainte-Justine. Lorsque la situation se stabilise, Samuel revient à Marie Enfant pour débiter sa réadaptation postopératoire. Il est alors vu de façon hebdomadaire en physiothérapie et en ergothérapie. Ces suivis seront maintenus à long terme. L'équipe chirurgicale suivra aussi Samuel et pourra ainsi évaluer les résultats de l'intervention faite. Il est revu périodiquement à la Clinique du plexus brachial, d'abord de façon assez rapprochée puis plus espacée. De même les thérapeutes traitantes

pourront à tout moment consulter l'équipe médicale en cas de changements ou de doutes sur l'évolution.

Nathalie et son conjoint ont trouvé cette période de fatigue, d'incertitude, de crainte, d'attente et d'espoir difficile, mais sont satisfaits de la décision qu'ils ont prise. Tout au long de ce processus, ils ont senti que toute l'équipe qui les entourait avait travaillé de concert dans la prise de décision pour le bien de Samuel.

Les avantages d'une telle clinique où les services aigus et de réadaptation cohabitent sont nombreux. La communication entre les thérapeutes, physiatres, chirurgiens et évidemment les parents permet d'atteindre une conclusion et une recommandation uniques. La famille évite donc de recevoir des services à la pièce et d'avoir ensuite à démêler les opinions. Les chirurgiens profitent de la connaissance des thérapeutes sur l'enfant et ont l'avantage de poursuivre le suivi à long terme. Les thérapeutes bénéficient de l'expertise médicale et chirurgicale des médecins et consultent ceux-ci rapidement en cas de changement.

Samuel a maintenant 3 ans. Il va encore à Marie Enfant pour des visites de contrôle en physiothérapie et en ergothérapie. Il n'a pas de souvenir de cette période difficile. Il est gaucher, et son bras droit est fonctionnel. On lui permet de faire la plupart des activités qu'il souhaite faire avec ses amis de la garderie.

## La douleur chez les enfants non ou peu communicants

Julie Arcadie,

infirmière bachelière, assistante infirmière chef,

Suzanne Plante,

infirmière coordonnatrice clinico-administrative,

Carole Bourdages,

chef de programme

Sanja Stojanovic,

pédiatre

Unité d'hébergement-répît

Il y a presque un an, l'Unité d'hébergement du Centre de réadaptation Marie Enfant s'est en effet donnée comme mandat de systématiser l'évaluation de la douleur auprès des enfants hébergés de façon à améliorer leur confort et à maximiser leur qualité de vie. Pour atteindre cet objectif, l'équipe a choisi d'utiliser la grille D.E.S.S (*Douleur Enfant San Salvadour*). Le D.E.S.S a été développé par une équipe de l'Hôpital San Salvadour, en France, pour évaluer la douleur chez les enfants peu ou pas communicants.

L'utilisation de l'outil se fait en deux temps. Tout d'abord, un dossier de base est complété pour chaque enfant, démontrant le comportement normal de l'enfant en dehors de tout phénomène douloureux et sur lequel l'équipe soignante pourra s'appuyer objectivement plus tard pour faire l'évaluation. Les parents et le personnel des trois quarts de travail se consultent pour valider la compréhension de ce dossier qui doit être « le reflet, le plus fidèle et le plus précis, dans les différentes situations de la vie quotidienne, des modes de communication, des modes de réaction, des potentialités cognitives, mais aussi motrices du patient » (COMBE, J.-C. et P. COLLIGNON dir. p.2).

Dans un deuxième temps, lorsqu'une situation potentiellement douloureuse est détectée ou qu'on note une modification du comportement habituel de l'enfant, la grille D.E.S.S. est remplie puis comparée au dossier de base.



La grille repose sur dix critères d'évaluation qui relèvent de l'observation du non verbal et qui permettent une cotation, soit :

- les pleurs et les cris;
- la réaction de défense, coordonnée ou non à l'examen d'une zone douloureuse;
- la mimique douloureuse;
- la protection des zones douloureuses;
- les gémissements ou les pleurs silencieux;
- l'intérêt pour l'environnement;
- l'accentuation des troubles du tonus;
- la capacité d'interagir avec l'adulte;
- l'accentuation des mouvements spontanés;
- l'attitude antalgique spontanée.

Un suivi de la douleur et de l'efficacité de l'analgésie est assuré par une réévaluation régulière de la cotation, ce qui favorise la continuité des soins et permet de procéder à des ajustements ou à des modifications de la médication prescrite, s'il y a lieu.

La grille *Douleur Enfant San Salvador* est utilisée à l'Unité d'hébergement depuis maintenant plusieurs mois, et les évaluations préliminaires sont positives. L'expérimentation de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur se poursuit. Les travaux actuellement en cours visent à faire bénéficier l'ensemble de la clientèle du Centre de réadaptation Marie Enfant de cette démarche de prise en charge systématique des phénomènes douloureux.

### **Bibliographie**

COMBE, J.-C. et P. COLLIGNON dir. « La douleur chez la personne polyhandicapée ». Paris-Hyères. [www.cesap.aso.fr/dossiers.html](http://www.cesap.aso.fr/dossiers.html)

## **Le guide de préparation à la réintégration scolaire et le profil du jeune en lien avec la réintégration scolaire : des outils développés en interdisciplinarité**

Francine Noël,  
orthopédagogue,  
service scolaire en milieu hospitalier,  
CSDM

Danielle Poitras-Martin,  
psychologue

Josée Lepage,  
neuropsychologue  
Programme de neurotraumatologie

Conçu en 1998 et révisé en 2005 par les professionnels d'une équipe du Programme de neurotraumatologie du Centre de réadaptation Marie Enfant, le guide de préparation à la réintégration scolaire se présente sous forme d'une liste aide-mémoire pour les intervenants en réadaptation. Il détaille, sans que ce soit exhaustif, les aspects du fonctionnement d'un jeune neurotraumatisé, ses habitudes de vie et les paramètres de réintégration scolaire à considérer lors de discussions et échanges préparatoires, tant avec le jeune, ses parents qu'avec les intervenants scolaires. Le guide sert également comme plan de base aux rencontres dans le milieu scolaire avec tous les acteurs impliqués.

Lorsque pertinent, un profil du jeune en lien avec la réintégration scolaire peut ensuite être rédigé en collégialité par les principaux thérapeutes, à l'intention des intervenants scolaires. Il résume alors le fonctionnement du jeune neurotraumatisé et nos recommandations en lien avec la vie scolaire et les apprentissages en reprenant les points appropriés du guide de préparation. Ce profil se module selon les besoins particuliers de chaque jeune et selon les impératifs du moment de sa rédaction. Avec l'autorisation des parents ou du jeune, selon l'âge, ce document-synthèse intégratif est remis aux intervenants scolaires directement impliqués (tels l'enseignant, l'orthopédagogue) comme document de référence souvent moins ardu à lire ou à décoder que la somme des rapports des intervenants de réadaptation. Nous visons ainsi à favoriser une transition harmonieuse vers le milieu scolaire et à optimiser les échanges fructueux entre le jeune, ses parents, le milieu scolaire et le centre de réadaptation.

Nous avons présenté une affiche sur ces deux outils au Congrès québécois de réadaptation en traumatologie qui s'est tenu à Montréal les 17 et 18 novembre dernier. Par la suite, nous avons distribué le guide pour les thérapeutes, le canevas du profil à l'intention des intervenants scolaires ainsi qu'un exemple de profil, à des intervenants de plusieurs centres de réadaptation pédiatrique en neurotraumatologie qui nous en avaient fait la demande. La diffusion de ces outils à l'intérieur de notre centre a déjà été faite par l'entremise de nos coordonnatrices cliniques. Nous souhaitons que ces outils puissent être utiles dans notre travail de réadaptation à l'approche du retour à l'école ou en cours de suivi scolaire.

## Foot fauteuil

Claude Guilbault,  
ergothérapeute,  
Programme de réadaptation en milieu scolaire  
École Joseph-Charbonneau

Raymond St-Jean,  
technicien en éducation spécialisée

André Perras,  
éducateur physique,  
CSDM

En octobre 2005 a eu lieu à Coimbra au Portugal la première rencontre internationale de football en fauteuil roulant électrique. Ce fut le premier pas vers une discipline paralympique. André Perras, éducateur physique, et Claude Guilbault, ergothérapeute, furent présents à cette rencontre grâce au financement du CHU Sainte-Justine, l'École secondaire Joseph-Charbonneau et la Fondation des écoles Victor-Doré et Joseph-Charbonneau.

Tout au long de la semaine, quatre formes de ce sport furent présentées, analysées et évaluées (c.-à-d. France, É.-U., Japon et Angleterre). Les membres des neuf délégations présentes (c.-à-d. Portugal, Belgique, France, É.-U., Japon, Angleterre, Danemark, Canada et Québec) ont délibéré pour déterminer quelle discipline avec ou sans modifications serait retenue pour être pratiquée uniformément sur la planète.

Il en est ressorti à l'unanimité que l'approche des Anglais serait retenue comme base de discussion. Chaque délégation a pu exprimer ce qui était à retenir de cette approche dans l'avenir et ce qui devrait être ajouté, modifié ou retiré. Le tout s'est fait dans une surprenante harmonie et a été un exemple d'ouverture d'esprit à retenir considérant que la France et la Colombie-Britannique pratiquent des formes de ce sport depuis plus de 20 ans.

Des comités de l'International Powerchair Football Association (IPFA) furent formés soit : le comité de règlement devant recommander une dimension de ballon, un pare-chocs et une vitesse maximale pour janvier 2006, et un comité sur les statuts légaux devant produire les statuts de l'IPFA pour mars 2006.

Ce projet vise à offrir une adaptation du football, soit le soccer pour nous Nord-Américains, aux jeunes lourdement handicapés : le Powerchair Football. C'est le seul sport collectif exclusivement destiné aux gens en fauteuil roulant électrique.

Une équipe multidisciplinaire composée d'un éducateur physique, un éducateur spécialisé et un ergothérapeute pilotent le comité. Ils sont supportés par l'École Joseph-Charbonneau de la Commission scolaire de Montréal (CSDM) et le Centre de réadaptation Marie-Enfant du CHU Sainte-Justine.

Les objectifs de ce projet sont de favoriser une participation sociale exceptionnelle en augmentant l'activité physique et en enrichissant la vie scolaire de notre clientèle par le :

1. Développement d'une ligue parascolaire;
2. Développement d'une équipe d'élite;
3. Participation au tournoi international de Vancouver;
4. Participation au développement d'une discipline paralympique.

Les élèves visés par ce sport (c.-à-d. environ 33 % de la clientèle de l'école) sont lourdement handicapés et sont dépendants pour la majorité des activités de la vie quotidienne. Ils se déplacent en fauteuil roulant électrique et ont peu de contrôle sur leur environnement.

Le Powerchair football leur offre l'occasion d'une vie active telle que :

- Pratiquer un sport collectif;
- Se dépasser dans une activité physique;
- Développer de nouvelles habiletés;
- Améliorer leur estime de soi et leur qualité de vie;
- Avoir un sentiment d'appartenance et de fierté;
- Participer et représenter leur communauté lors d'une rencontre internationale.

À ce jour, nous avons acquis l'équipement pour une équipe (c.-à-d. pare-chocs et ballons) et nous sommes à sensibiliser et expérimenter le sport avec nos élèves.

La tenue de la seconde rencontre internationale de l'IPFA aura lieu à Atlanta, aux États-Unis en juillet 2006. Les buts de cette rencontre visent à mettre en pratique les nouvelles règles et leurs variantes pour enfin entériner une réglementation universelle. Par notre participation à cette rencontre (Raymond St-Jean, éducateur spécialisé, et Claude Guilbault, ergothérapeute), nous entendons collaborer au raffinement d'une nouvelle discipline sportive et avoir la possibilité d'influencer son développement dans cette phase cruciale du projet.

En juillet 2007, la Ville de Vancouver accueillera un tournoi international de Powerchair Football qui se déroulera en parallèle à un tournoi international de soccer junior. Nous comptons y être avec la toute première « Équipe Québec » de Powerchair Football.

Voici le site de l'école pour information générale et Powerchair football :  
[www.csdm.qc.ca/joseph-charbonneau](http://www.csdm.qc.ca/joseph-charbonneau)

Voici le site de l'IPFA pour « Liens » vers les sites des États-Unis, France, Canada et Japon (vidéo) :  
[www.powerchairfootball.com](http://www.powerchairfootball.com)



## Donjons et dragons : médium projectif et outil d'intervention ?

Raymond St-Jean,  
technicien en éducation spécialisée CSDM,

Manon Côté,  
psychologue

Claude Guilbault,  
ergothérapeute  
École Joseph-Charbonneau

L'École secondaire Joseph-Charbonneau accueille une clientèle présentant une déficience motrice âgée de 13 à 21 ans. Une activité de jeu de rôle « Donjons et Dragons » est menée auprès d'un groupe de six élèves atteints d'une maladie neuromusculaire. Ces jeunes vivent une détérioration de leur condition alors qu'ils aspirent à une plus grande autonomie. Le groupe est mené par Manon Côté, psychologue, Claude Guilbault, ergothérapeute, et Raymond St-Jean, technicien en éducation spécialisée.

Le jeu de rôle est utilisé comme médium projectif et outil d'intervention. Ce jeu de table né du monde de Tolkien se déroule dans un univers médiéval-fantastique. Chaque joueur crée un personnage de toutes pièces et dirige chacune de ses actions à l'intérieur de scénarios menés par un maître de jeu / intervenant.

Par le jeu, nous visons à stimuler et éveiller des dimensions personnelles :

- 1) pour recueillir une quantité maximale d'informations concernant chaque jeune;
- 2) pour générer un groupe d'entraide;
- 3) pour créer un lien plus étroit entre les jeunes et les intervenants;
- 4) pour développer une variété efficace de mécanismes d'adaptation pour s'ajuster à des situations de perte;
- 5) pour créer une dynamique facilitant l'expression de soi lors des forums de discussion.

Aux séances de jeu s'ajoutent des forums de discussion où les jeunes s'expriment lors de sessions d'information et de franc-parler sur des thèmes concernant leurs maladies et ses retombées. Les élèves y acquièrent une meilleure connaissance de soi et des autres, ce qui leur permet de mieux utiliser leur compétence.

Notons qu'au préalable, les jeunes sont évalués quant à leur intérêt face au médium, leur niveau d'abstraction et leur fragilité psychologique. Une grille d'observations qualitatives nous permet d'évaluer les changements à court et à long terme de chaque participant.

Nous observons, après 15 ans, le développement des liens de confiance avec les intervenants, le développement des liens d'amitié entre pairs et la formation d'un groupe d'entraide.

Nous notons une meilleure amorce du processus de questionnement sur leur condition. Les résultats obtenus indiquent une généralisation des acquis au quotidien.

Que l'aventure continue...

## Enseignement et recherche

### Projet Guérison AS, Étude multi-centrique Phase II : essai combiné de l'acide valproïque et de la carnitine chez les patients atteints d'amyotrophie spinale (SMA CARNI-VAL Trial) : avancement des travaux

Monique Émond  
Physiothérapeute  
Programme des maladies neuromusculaires

Les membres du programme des maladies neuromusculaires du Centre de réadaptation Marie-Justine du CHU Sainte-Justine sont fiers de participer au projet « Guérison AS phase II : SMA Carni-Val trial ».

Ce protocole multicentrique, impliquant six sites aux États-Unis et un site au Canada a pour but premier d'évaluer la sécurité, l'efficacité ainsi que la tolérance d'une combinaison de médicaments, l'acide valproïque et la carnitine chez des enfants atteints d'amyotrophie spinale. Les objectifs secondaires sont de raffiner les techniques d'évaluation électrophysiologiques et cliniques afin de permettre un meilleur suivi de l'évolution de la maladie. Ces dernières comprennent : 1) l'évaluation clinique qui aide à mesurer de façon objective et précise les capacités fonctionnelles des patients, 2) les techniques électrophysiologiques qui permettent d'étudier l'évolution de la perte au niveau des motoneurons et 3) l'étude des mécanismes génétiques qui influencent la sévérité du phénotype. L'enfant qui participe à ce projet de recherche cli-

nique devra être vu à cinq reprises pour une période de douze mois. Chaque visite comprend deux demi-journées dans deux sites différents soit à la clinique de neurologie du CHU Sainte-Justine et du Centre de réadaptation Marie-Justine. Lors de chaque visite, nous procédons aux différentes mesures requises par le protocole : évaluation neurologique, tests sanguins, évaluation de la fonction motrice et de la capacité pulmonaire.

En décembre 2005, nous avons obtenu la certification du comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine et l'approbation de Santé Canada en mars 2006. Quant à la collecte de données, le premier sujet a été évalué en mai 2006. Nous travaillons pour cette étude avec deux cohortes de patients : 1) des enfants âgés de 2 à 8 ans, non ambulants, avec un diagnostic confirmé d'amyotrophie spinale de type II et 2) des enfants âgés de 3 à 17 ans, ambulants, avec un diagnostic confirmé d'amyotrophie spinale de type 2 ou de type 3. Nous devons recruter un minimum de dix sujets pour la cohorte 1 et de 5 sujets pour la cohorte 2. Le recrutement a débuté activement pendant l'hiver 2006 afin d'atteindre notre objectif minimal de 15 sujets. Les familles intéressées par le projet peuvent contacter la coordonnatrice de cette étude au Centre de réadaptation Marie-Justine du CHU Sainte-Justine, Monique Émond, au 514 374-1710 poste 8278 dès maintenant.

## Dysphagie : plaisir et sécurité à chaque bouchée

Christiane G.Khoury, nutritionniste  
Debby Simoes Martins, nutritionniste  
Marie-Jean Cournoyer, nutritionniste  
Marie-Karine Oliva, nutritionniste

Peut-on concilier plaisir de manger et alimentation sécuritaire chez l'enfant présentant une dysphagie ? Voilà tout un défi pour l'équipe de dysphagie oeuvrant auprès d'enfants et leur famille au Centre de réadaptation Marie Enfant du CHU Sainte-Justine!

Chaque jour, nous effectuons de six cents à mille déglutitions afin d'avaler les aliments solides et liquides, ainsi que la salive, la plupart du temps sans même y penser! La déglutition implique de nombreuses structures anatomiques qui accomplissent un ensemble de phénomènes assurant le transit des aliments et de la salive de la bouche vers l'estomac, en passant par le pharynx et l'œsophage.

Les quatre étapes de la déglutition normale sont la phase de préparation orale, la phase orale, la phase pharyngienne et la phase œsophagienne.

1. **La phase de préparation orale**, au cours de laquelle les aliments et la salive forment le bol alimentaire. Il s'agit d'une phase consciente, volontaire et en partie réflexe.
2. **La phase orale**, pendant laquelle la langue propulse le bol alimentaire vers l'arrière de la gorge, ce qui initie le réflexe de déglutition. Cette phase est également consciente, volontaire et en partie réflexe.
3. **La phase pharyngienne**, où le bol alimentaire passe du pharynx au sphincter supérieur de l'œsophage. Cette phase dure une à dix secondes durant lesquelles la respiration est suspendue. Cette troisième phase est consciente, involontaire et réflexe.
4. **La phase œsophagienne**, où le péristaltisme œsophagien permet au bol alimentaire de passer de l'œsophage à l'estomac. Cette dernière phase est inconsciente, involontaire et réflexe.

La dysphagie se définit comme une perturbation de ce passage des aliments et de la salive de la bouche vers l'estomac. Les principaux signes et symptômes de la dysphagie sont une baisse d'appétit ou une tendance à délaissier certains aliments, une peur ou un refus de s'alimenter, un changement de la vitesse d'alimentation, une difficulté à garder les aliments solides ou liquides et la salive dans la bouche, une sensibilité à la déglutition, de la toux ou des étouffements, une sensation de blocage dans la gorge, la présence de résidus alimentaires dans la bouche après le repas, une voix modifiée après les repas, une présence importante de sécrétions dans la bouche ou la gorge, un besoin fréquent de se racler la gorge, des régurgitations, une fièvre subite d'étiologie inconnue, une perte de poids ou un retard staturopondéral.

Lorsqu'une personne est atteinte d'un trouble de la déglutition, elle devient à risque d'aspiration, c'est-à-dire de pénétration d'aliments, de liquides ou de salive dans les voies respiratoires.

Des aspirations répétées d'aliments dans les voies respiratoires inférieures augmentent les risques de pneumonies d'aspiration, d'abcès, d'atélectasie ou de fibrose pulmonaires, d'asphyxie et de décès. Ces conditions occasionnent un stress métabolique accru pour l'organisme. Ceci, jumelé à la diminution des apports alimentaires, peut également engendrer un état de déshydratation, de malnutrition et une perte de poids chez les personnes atteintes de dysphagie. Ceci affecte la morbidité et la mortalité dues à la dysphagie en augmentant le nombre d'épisodes d'aspiration et en fragilisant le système immunitaire, diminuant ainsi la capacité individuelle à se guérir des affections pulmonaires. La dénutrition affaiblit également les muscles, notamment oropharyngés et respiratoires, et altère les conductions nerveuses qui jouent un rôle important dans la déglutition. À son tour, cette détérioration des fonctions musculaires et neuronales aggrave le problème de dysphagie. S'ensuit donc un cercle vicieux entre dysphagie et malnutrition, lequel doit être brisé par le suivi d'une nutritionniste.

Les manifestations pratiques de la dysphagie sont diverses. Chez certains enfants, la dysphagie rend l'alimentation difficile et gênante puisqu'elle nécessite des manipulations particulières. Dans d'autres cas, les dangers d'aspiration menacent sans cesse la santé de l'enfant. En général, chez la clientèle présentant une dysphagie, l'alimentation peut s'avérer plus limitée; la variété des aliments est réduite étant donné l'obligation de respecter un menu à consistances spécifiques. Par ailleurs, l'alimentation procure une satisfaction autant physiologique que psychologique et le repas s'avère un moyen social d'échanges à l'intérieur de la famille et entres amis. Il arrive alors que l'enfant présentant une dysphagie puisse ressentir du rejet ou de la gêne compte tenu de son état et des conséquences que cela implique (alimentation différente, toux, risque d'étouffement). Finalement, au quotidien, la préparation des repas devient plus laborieuse pour les parents, tandis que les repas pris en famille et au restaurant peuvent poser problème.

Au Centre de réadaptation Marie Enfant du CHU Sainte-Justine, les problèmes de dysphagie se retrouvent majoritairement chez la clientèle suivie dans les programmes des déficits moteurs cérébraux, des maladies neuromusculaires, de neurotraumatologie et des troubles de développement. Afin de traiter adéquatement cette clientèle, une intervention interdisciplinaire est essentielle. L'équipe interdisciplinaire de la clinique de dysphagie est composée du médecin, de l'infirmière, de la nutritionniste, de l'ergothérapeute, de la psychologue et de l'inhalothérapeute. En collaboration avec la famille, les membres élaborent le plan d'intervention et assurent un support et un suivi personnalisés à l'enfant et sa famille. L'alimentation étant au cœur du problème, l'implication de la nutritionniste est cruciale tout au long du traitement.

Il n'y a pas de régime type pour la clientèle présentant une dysphagie. L'alimentation doit être adaptée à chaque enfant selon son état de santé général, ses préférences, sa tolérance et selon sa capacité à gérer les aliments dans la bouche. Une modification de la texture des aliments et de la consistance des liquides s'impose donc afin de rendre leur alimentation des plus sécuritaires, en évitant les aspirations. Généralement, la gradation des textures va des aliments réduits en purée aux aliments hachés, puis aux aliments mous et écrasables pour enfin arriver à l'alimentation normale. Selon les besoins de l'enfant, les liquides devront être épaissis à une consistance de nectar, miel ou pouding.

Pour bien comprendre les caractéristiques physiques des aliments, les professionnels intervenant auprès de la clientèle atteinte de dysphagie s'appuient sur les principes de la rhéologie. Cette science est une branche de la physique qui s'intéresse aux propriétés physiques des matériaux telles que la viscosité, l'élasticité et l'écoulement des liquides et des solides. Elle est utilisée dans l'industrie alimentaire pour la standardisation des produits et présente donc un grand potentiel pour identifier les aliments ayant des caractéristiques optimales sécuritaires pour notre clientèle.

### En dysphagie, le rôle de la nutritionniste est donc :

1. D'évaluer l'état nutritionnel de l'enfant. Pour ce faire, la nutritionniste tient compte de l'état de santé de l'enfant, de son évolution statur pondérale et d'autres signes cliniques de l'état nutritionnel;
2. De déterminer les besoins énergétiques, protéiques, hydriques, en vitamines et minéraux de l'enfant;
3. De déterminer la voie d'alimentation appropriée :
  - a. Par voie orale : en collaboration avec l'ergothérapeute, de déterminer les textures et les consistances sécuritaires;
  - b. Par voie entérale (gastrojéjuno ou gastrojéjunostomie, sonde nasogastrique ou naso-jéjunale) : de déterminer la solution entérale appropriée, le volume et le débit permettant de combler les besoins nutritionnels;
4. D'élaborer un plan de soins nutritionnels;
5. D'élaborer un programme d'enseignement et d'assurer le suivi.

Le suivi nutritionnel est primordial. Les éléments de ce suivi à considérer sont :

1. Le suivi et l'interprétation des mesures anthropométriques, des analyses de laboratoire et du bilan biochimique;
2. L'évaluation des apports alimentaires et l'ajustement du plan de soins nutritionnels en conséquence;
3. En collaboration avec les autres membres de l'équipe de dysphagie, l'évaluation de la déglutition lors d'observations de repas et l'ajustement de la texture des aliments et de la consistance des liquides en conséquence;
4. La vérification de la présence de nouveaux signes et symptômes influençant la prise alimentaire et les apports nutritionnels.

Voici quelques stratégies thérapeutiques à communiquer et à développer avec les familles d'enfants présentant une dysphagie afin de rendre les repas sécuritaires et conviviaux.

### Avant les repas : créer un milieu agréable

- Éviter toute activité susceptible de fatiguer l'enfant 30 minutes avant le repas;
- Éviter les distractions telles que la télévision et les allées et venues dans la pièce;
- S'assurer que l'enfant est en position confortable et sécuritaire. La tête doit généralement être inclinée légèrement vers l'avant pour protéger les voies respiratoires;

- Vérifier que la température des aliments est adéquate avant de les offrir à l'enfant;
- Stimuler tous les sens. Présenter les aliments de manière appétissante à la vue. Utiliser des ustensiles et offrir des aliments de texture sécuritaire et agréable au toucher sur le plan oral. Stimuler la déglutition en communiquant verbalement avec l'enfant. Offrir des aliments aux arômes et aux saveurs relevés afin de maximiser leur perception dans la bouche.

### Pendant le repas : favoriser la communication et respecter les besoins et le rythme de l'enfant

- Encourager l'enfant à manifester sa faim, sa soif et sa satiété. Être attentif pour répondre à ses besoins;
- Projeter une attitude positive face aux aliments servis tout en encourageant l'enfant à exprimer ses goûts;
- Maintenir le contact visuel et assurer une position sécuritaire en s'installant devant l'enfant, à la hauteur de ses yeux pour le nourrir;
- Utiliser des ustensiles adaptés, s'il y a lieu, et laisser place à l'exploration alimentaire avec les mains;
- Éviter de mélanger tous les aliments afin de permettre la différenciation des saveurs;
- Alterner les aliments;
- Alimenter l'enfant lentement, en lui offrant de petites bouchées à la fois;
- Attendre que le bol alimentaire soit avalé en entier avant de présenter une autre bouchée;
- Ne jamais pousser la nourriture à l'arrière de la bouche;
- Éviter de racler trop souvent la nourriture autour des lèvres;
- Accorder le temps nécessaire pour le repas sans dépasser 30 minutes, car l'enfant se fatigue rapidement.

### Après le repas : le confort et la sécurité à l'honneur!

- Lors des soins d'hygiène buccale, s'assurer qu'il ne reste pas d'aliment dans la bouche afin d'éviter toute pénétration ou aspiration;
- Laisser l'enfant en position assise 15 minutes après le repas pour faciliter le transit intestinal et la digestion.

En somme, la dysphagie ne doit pas être perçue comme un obstacle au plaisir de manger. Il s'agit plutôt d'un défi à relever. Les intervenants de l'équipe de dysphagie qui entourent chaque enfant et sa famille sont là pour assurer l'atteinte de cet objectif et faire de l'alimentation une expérience sécuritaire, saine et surtout source de plaisir gourmand.

*La forme féminine utilisée dans ce document vise à alléger le texte et désigne autant les hommes que les femmes.*

## Le phare des intervenants en réadaptation : les besoins du client

Nicole Lessard

Chef de programme

Programme des troubles de la communication

Il arrive bien souvent que la problématique pour laquelle un client consulte un centre de réadaptation en déficience physique persiste au-delà de l'âge préscolaire. Les besoins du client se modifient à travers le temps ou ils changent en fonction des nouvelles habitudes de vie à réaliser. Bien que dans le contexte d'un centre de réadaptation (CR) pédiatrique le mandat d'un programme desservant la clientèle qui présente une déficience du langage intègre les jeunes d'âge scolaire, ceux-ci sont souvent dépourvus de services. En effet, les ressources limitées et les nombreuses demandes de services teintent la pratique clinique des professionnels. Jusqu'à ce jour, en CR pédiatrique, l'expertise s'est davantage développée auprès de la clientèle d'enfants d'âge préscolaire en raison des services offerts principalement à cette clientèle. Les besoins de la clientèle d'âge scolaire et la responsabilité du CR à l'égard de ce groupe de jeunes incitent maintenant les intervenants à s'en préoccuper. L'élaboration d'un programme d'intervention pour la clientèle d'âge scolaire peut donc représenter un défi. En outre, les intervenants peuvent être perplexes face aux diverses avenues pouvant être empruntées afin de répondre aux besoins de cette clientèle. Un point d'ancrage s'impose pour éventuellement mieux se diriger.

### Identification des besoins

Les besoins de la clientèle sont devenus la source d'inspiration de l'équipe du Programme des troubles de la communication (PTC) du Centre de réadaptation Marie Enfant. Pour se guider, l'équipe multidisciplinaire a privilégié une analyse des besoins de la clientèle d'âge scolaire. Une cueillette de données a été réalisée au moyen de l'instrument *La mesure des habitudes de vie (MHA-VIE)*<sup>2</sup> qui a été administré par un intervenant de l'équipe aux parents d'une trentaine de jeunes âgés de 8 à 15 ans, ou au jeune lui-même, lorsque possible. Dans ce contexte, la clientèle a mentionné des difficultés à tenir une conversation et à raconter un événement, à créer ou à maintenir des liens d'amitié, à suivre le programme académique de la classe, à se faire des amis et à pratiquer des sports. À travers cet exercice, la clientèle a formulé une insatisfaction quant à la réalisation des habitudes de vie concernant respectivement la communication, les relations interpersonnelles, l'éducation et les sports. Un manque d'organisation dans les activités quotidiennes touchant diverses habitudes de vie a également été rapporté. De plus, les parents ont transmis leur préoccupation quant aux conséquences de ces difficultés sur l'estime de soi du jeune qui est souvent fragilisée.

### Choix de la cible d'intervention

Depuis lors, l'information ainsi recueillie sert de point de référence aux intervenants du PTC pour le développement et la réorganisation des services offerts à cette clientèle. Cibler une habitude de vie rejoignant les besoins du plus grand nombre de ces jeunes et concevoir un programme d'activités permettant d'atteindre les objectifs fixés deviennent maintenant les défis que l'équipe doit relever. Or tous ces jeunes présentent un problème de communication dont le lien étroit avec les relations interpersonnelles est

largement reconnu dans les écrits<sup>3-5</sup>. En considérant que les relations sociales se retrouvent en toile de fond dans l'ensemble des milieux de vie de ces jeunes et que ces relations contribuent au développement de l'estime de soi<sup>6</sup>, il devient impérieux d'outiller le jeune pour qu'il puisse vivre des relations interpersonnelles satisfaisantes. Pour toutes ces raisons et compte tenu des besoins identifiés par le client, l'équipe a convenu d'élaborer une intervention appelée le Club des Super Amis en lien avec l'habitude de vie des relations interpersonnelles. Les autres habitudes de vie ciblées par la clientèle lors de la cueillette de besoins ont été intégrées dans un plan de développement des interventions cliniques répondant aux besoins de cette clientèle.

### Choix de la modalité d'intervention

Lorsque la clientèle et la cible d'intervention sont identifiées, les intervenants sont ensuite confrontés au choix d'une modalité d'intervention. Les données probantes et l'expérience clinique de divers professionnels oeuvrant en CR ont influencé le choix de la modalité d'intervention et du type d'activités développées par l'équipe. La modalité de groupe a été retenue car elle paraît plus propice au développement des relations interpersonnelles chez ces jeunes<sup>7-9</sup>. Outre le fait que le contact avec d'autres jeunes permette de constater que d'autres jeunes vivent les mêmes difficultés, la réalisation d'activités en groupe de pairs est souvent source de plaisir et elle peut davantage rejoindre les intérêts de ces jeunes. De plus, le groupe lui-même offre de nombreuses occasions pour établir des relations sociales. Quant au programme d'activités, il a été convenu de l'élaborer de façon à intégrer des activités qui se rapprochent le plus possible des situations de vie naturelles de façon à favoriser la généralisation des acquis tout en rejoignant les intérêts des jeunes.

### Effet domino sur l'offre de service

La mise en place d'une nouvelle modalité d'intervention pour la clientèle d'âge scolaire n'est toutefois pas sans impact sur le reste de la clientèle. Cette action engendre un effet domino qui se traduit par une réflexion sur les services offerts en amont et en aval de cette nouvelle intervention. Au cours de la conceptualisation et de l'actualisation du programme d'activités, la poursuite des activités s'est avérée nécessaire, de même qu'un travail préparatoire pour développer ou consolider les habiletés préalables. En ce sens, des activités déjà offertes à la clientèle ont été révisées dans le but d'arrimer les objectifs aux besoins de la clientèle. Le tableau ci-dessous reflète des exemples d'activités développées ou en cours de développement au PTC. Elles se rattachent directement aux habitudes de vie ciblées par la clientèle du programme.

(voir tableau page suivante)

## Activités interdisciplinaires de groupe au PTC

Nom de l'activité	Cible principale	Âge	Statut de l'activité
Club des Super Amis (grands)	Habilités sociales	7 à 9 ans	En cours
Club des Super Amis (petits)	Habilités sociales	5-6 ans	En cours
Les Petits Bavards	Habilités langagières, motrices fines et autonomie	4-5 ans	En cours
Atelier de cirque	Habilités de coordination motrice et d'équilibre	7-8 ans	En développement
Accrofluidité	Habilité à produire une parole fluide	13 à 17 ans	En développement
Les mots à mots	Habilité à produire une parole fluide	8 à 12 ans	En développement
Les métatrucs	Habilités d'autorégulation	7 à 10 ans	En développement
(À venir)	Habilités d'organisation dans les AVQ	7 ans et plus	À développer

Par ailleurs, il devient impérieux de se pencher sur les besoins de la clientèle en liste d'attente, lorsque le développement de nouveaux services s'effectue avec les mêmes ressources et que le nombre de références augmente. Dans le sillon de la révision de toute l'offre de services au PTC, des rencontres d'information s'adressant aux parents de la clientèle en attente ont donc été mises en place. En coup d'envoi, la première rencontre offre de l'information sur le fonctionnement du programme et la préparation à l'élaboration du plan d'intervention individualisé. Par la suite, un menu à la carte est offert aux parents afin qu'ils puissent sélectionner des rencontres thématiques selon leurs besoins. Un contenu plus spécifique (ex. : gestion du comportement, stratégies pour favoriser le développement de l'autonomie) est abordé dans ces rencontres en lien avec les thèmes pour lesquels les parents souhaitent usuellement un soutien.

### Mesure des résultats

L'implantation d'une nouvelle modalité d'intervention suscite la curiosité des intervenants quant aux résultats obtenus. Cette préoccupation entraîne la réflexion de l'équipe sur la mesure des résultats. Au préalable, la description des objectifs d'intervention et des activités s'avère essentielle. De plus, le grand roulement de professionnels dans le milieu clinique confère un caractère important à cette activité, car si les paramètres de l'intervention sont solidement établis, le nombre de variables en cause peut être réduit. La démarche entreprise au sein du PTC a favorisé le développement d'une culture où les intervenants décrivent leur intervention. Ainsi tout nouveau professionnel dispose des documents nécessaires pour prendre la relève de leur collègue, le cas échéant. Cette étape ne suffit toutefois pas à la mesure des résultats. En effet, la définition d'indicateurs permettant de mesurer le changement relié à l'intervention de groupe s'avère incontournable. L'équipe du PTC fait actuellement face à ce nouveau défi que représente la précision d'indicateurs pour mesurer le résultat d'une nouvelle modalité d'intervention. À cela s'ajoute le fait qu'il semble opportun que

ces indicateurs traduisent la valeur écologique<sup>10</sup> de l'intervention ou du changement en lien avec la participation sociale des jeunes, compte tenu de la mission du CR.

### Perspective d'avenir

La mise en place de nouvelles modalités d'intervention émerge du souci des intervenants d'offrir des services de qualité et de répondre aux besoins de la clientèle. Les innovations au sein du PTC sont tributaires de l'ouverture des intervenants à analyser leur propre intervention. Elles dépendent également de la volonté des intervenants à réfléchir en équipe sur la manière de faire autrement pour favoriser la participation sociale de la clientèle. La démarche effectuée par l'équipe du PTC s'est déroulée au cours des deux dernières années. Elle s'est actualisée à travers le travail clinique courant des intervenants. Malgré le roulement de personnel qu'a connu le PTC au cours de cette période, le plan d'action résultant d'une analyse des besoins de la clientèle a servi de phare à l'équipe. L'offre de services qu'affiche mainte-

nant le PTC est le fruit de la réflexion de l'ensemble de ces intervenants. La démarche entreprise pourrait se poursuivre puisque la mesure des résultats obtenus peut révéler un besoin d'ajustement qui mériterait à son tour d'être évalué.

### Références

- 1 Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, Cadre structurant la programmation des services spécialisés de réadaptation pour les jeunes ayant une déficience du langage (0-18 ans). Montréal. AERDPQ, 2005.
- 2 FOUGEYROLLAS, P., L. NOREAU & C. LEPAGE, La mesure des habitudes de vie adaptée aux enfants de 5 à 13 ans. Instrument détaillé. Lac St-Charles. RIPPH, 2001.
- 3 BRINTON, B., M. FUJIKI., & L. McKEE, Negotiation skills of children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing*, 1998, 41, pp.927-940.
- 4 STEVENS, L. J. & L. S. BLISS, Conflict resolution abilities of children with specific language impairment and children with normal language. *Journal of Speech and Hearing Research*, 1995, 38, pp.599-611.
- 5 GROVE, J., G. CONTI-RAMSDEN & C. DONLAN, Conversational interaction and decision-making in children with specific language impairment. *European Journal of Disorders of Communication*, 1993, 28, pp.141-152.
- 6 LAPORTE D., L. SÉVIGNY, L'estime de soi des 6-12 ans. Montréal. Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2002.
- 7 SCHAEFFER, C. E., H. E. JACOBSEN, M. GHARAMANLOU, Play group therapy for social deficits in children. In H. Gerard Kaduson & C.E. Schaeffer (Eds.). *Short-term play therapy for children*. New York. The Guildford Press, 2000.
- 8 MISHNA, F. & B. MUSKAT, « I'm not the only one! » Group therapy with older children and adolescents who have learning disabilities. *International journal of group psychotherapy*, 2004, 54, pp.455-476.
- 9 NELSON N. W., *Childhood language disorders in context. Infancy through adolescence*. New York. Macmillan Publishing Co., 1993.
- 10 FRATTALI, C. M., *Outcomes Measurement: Definitions, Dimensions, and Perspectives*. In C. M. Frattali (Ed.). *Measuring Outcomes in Speech and Language Pathology*, pp.1-27. New York. Thieme, 1998.

## La neuropsychologie et le jeune traumatisé crânien

Gilbert Desmarais, Ph.D.

Neuropsychologue,  
Professeur associé, Département de psychologie,  
UQÀM et UdeM  
Professeur, chargé de formation clinique,  
Département de psychiatrie, Faculté de médecine, UdeM

Élizabeth Roussy, M.A.

Conseillère spécialisée en psychométrie  
Programme de neurotraumatologie

La neuropsychologie constitue une science de l'observation du comportement, et plus particulièrement des fonctions mentales supérieures de la personne cérébralisée.

Les objectifs neuropsychologiques sont d'identifier les atteintes cognitives, mais surtout les ressources disponibles pour la réadaptation. En raison des changements qui s'opèrent pendant le développement et des différences interpersonnelles ou culturelles, voire entre garçons et filles, l'examen neuropsychologique de l'enfant ou de l'adolescent représente un défi de taille. Chaque jeune vit donc des transformations intellectuelles propres à son développement. Il en résulte une hétérogénéité des profils cognitifs. Le dommage cérébral perturbe considérablement l'évolution cognitive, et peut retarder ou empêcher l'apparition des habiletés en voie de développement. Les déficits alors engendrés sont particuliers à chaque individu. Contrairement à la croyance traditionnelle, plus l'atteinte cérébrale survient tôt dans la vie, plus les séquelles cognitives peuvent être permanentes, généralisées et complexes. Il existe toutefois des variations énormes entre les jeunes, eu égard à la *plasticité cérébrale*. La *plasticité cérébrale* résulte de la capacité de réorganisation du cerveau qui s'opère naturellement. Contre toute attente, certains enfants gravement blessés récupèrent mieux que d'autres dont le traumatisme est considéré comme modéré. Les *mécanismes compensatoires* et la *plasticité cérébrale* dépendent largement de l'enfant, du site de la lésion, de l'étendue de celle-ci, de la réadaptation, du potentiel prétraumatique et de la qualité de l'approche systémique. Le neuropsychologue évalue également les effets bénéfiques de la réadaptation, ce qui constitue une préoccupation centrale des intervenants. L'évaluation de l'enfant présentant une atteinte cérébrale constitue donc un défi pour la neuropsychologie.

L'analyse des méthodes de travail de la personne cérébralisée apporte parfois plus de renseignements que ne le permet le seul pointage final aux tests administrés. Des hypothèses sont soulevées et doivent être vérifiées, d'où l'importance, en second lieu, de multiplier les mesures afin de documenter les observations. Le travail interdisciplinaire prend alors toute son importance, car le contexte socioculturel et familial de l'enfant, sa performance scolaire, de même que ses habiletés sensorimotrices sont pertinentes pour le tracé du profil cognitif et l'exécution de certaines tâches.

Le neuropsychologue, bien qu'il n'ait pas connu le jeune avant l'avenue du dommage cérébral, doit se référer à son fonctionnement antérieur et connu de ce dernier. Les données norma-

tives offertes par les épreuves cognitives ne sont que des indicateurs qui peuvent même camoufler des différences interpersonnelles, d'où l'importance d'une analyse rigoureuse des stratégies de résolution de problèmes, en route vers une solution finale adéquate ou inadéquate. Cette approche fut développée par Kaplan, dans le cadre du programme des sciences neurologiques institué au Boston University School of Medicine et à son hôpital universitaire, le Boston V.A. Medical Center. Qui plus, le neuropsychologue est un psychologue avant tout : il doit donc effectuer une observation du vécu affectif de l'enfant, entravant ou favorisant la cognition. Au même titre que le marteau et la scie n'ont de valeur qu'entre les mains du menuisier, les diverses mesures cognitives ne sont donc que des épiphénomènes, à moins d'être employées comme outils d'observation, et non comme fin en soit. Ce ne sont donc pas les marteau et scie qui construisent une maison, mais le menuisier qui sait s'en servir adéquatement. La seule connaissance des tests et du cerveau ne constitue point une formation en neuropsychologie; la compréhension de la relation cerveau-comportement constitue un *sine qua non* à la bonne maîtrise de la problématique.

En raison de ses déficits, l'enfant utilise conséquemment des stratégies de compensation, qu'il est important de découvrir et de canaliser en réadaptation. Ce sont donc les ressources du jeune que le neuropsychologue met en évidence, en observant sa façon de travailler. Le neuropsychologue doit apprendre à jongler avec une multitude d'informations qu'il recueille à chaque étape de son évaluation, tels les architectes et ingénieurs qui analysent une construction à partir de ses composantes et des interactions entre celles-ci. Ce travail est accompli dans un contexte interdisciplinaire et mène à des réflexions conjointes.

Les connaissances en matière d'évaluation des fonctions mentales supérieures, notamment de l'enfant et de l'adolescent, sont récentes. En plus de l'âge, du sexe et de la culture, le fonctionnement prétraumatique du jeune influe considérablement son développement cognitif. La possibilité de déficits prémorbides de l'attention, les fluctuations dans les acquisitions sociales et scolaires, la nature et la sévérité du dommage cérébral et l'âge d'apparition de ce dommage sont au nombre des variables qui doivent être prises en considération. Lors d'un traumatisme, les dommages cérébraux sont généralement diffus, surtout si l'impact est accompagné d'une force de décélération, avec coup et contrecoup, ce qui entrave sérieusement le *processus de récupération* et la *plasticité cérébrale*. En effet, la généralisation de l'atteinte nuit aux mécanismes de compensations offerts par les structures saines du cerveau.

L'attention est généralement la première fonction à être affectée par le dommage cérébral, et constitue ainsi l'une des séquelles cognitives les plus fréquemment observées à la suite d'un traumatisme. Cette problématique s'associe à des déficits sur les plans de la *mémoire* et des *fonctions exécutives*. La réintégration scolaire est parfois considérablement entravée. Il est important de travailler en étroite relation avec l'orthopédagogue et le professeur régulier de l'élève, afin que des conditions adéquates d'apprentissages soient mises en place. Un retour périodique sur la matière scolaire, la participation d'un preneur de notes, l'emplacement de l'élève en classe de façon à ce que celui-ci perçoive bien le professeur et le tableau, l'accès à un agenda électronique facilitant le rappel des activités préparatoires aux loisirs et tâches académiques, l'établissement d'un programme d'études adaptés aux capacités résiduelles du jeune, sont au nombre des recommandations du neuropsychologue. Certains acquis scolaires sont oubliés suite au traumatisme, mais des souvenirs épars peuvent revenir progressivement à la mémoire, ce qui souligne la présence de traces mnésiques. La matière scolaire est toutefois récemment acquise chez le jeune, à telle enseigne que même certaines connaissances académiques apparemment robustes, peuvent être affectées. Il n'est pas rare d'entendre l'orthopédagogue émettre l'opinion à l'effet qu'un jeune, victime d'un traumatisme craniocérébral, doit reprendre plus d'une année scolaire. L'ergothérapeute verra à développer toutes les stratégies possibles favorisant le retour à l'école et au milieu de vie, par l'entremise d'aides techniques et grâce au support cognitif. Le physiothérapeute travaillera directement la problématique motrice, afin de redonner le maximum d'autonomie au jeune, et verra, notamment, à conseiller l'établissement scolaire pour favoriser les déplacements du jeune.

La problématique attentionnelle doit également être validée par l'audiologiste dont l'expertise permet de documenter la capacité du jeune à capter et à traiter les données perçues auditivement. L'éducateur spécialisé concrétisera certaines des recommandations et verra à les mettre en application. L'orthophoniste nuancera la problématique attentionnelle de l'enfant de celle d'une mauvaise compréhension verbale et recommandera tant aux parents qu'aux professeurs, les meilleures modalités d'expression pour que le jeune intègre bien les consignes. Si le neuropsychologue documente, chez le jeune cérébrolésé, une difficulté d'accès à l'information découlant d'une problématique de la mémoire, de l'attention ou d'un manque d'activation posttraumatique, l'orthophoniste évaluera la qualité du discours. Le professeur et la famille du jeune seront donc informés de la nécessité, par exemple, de s'exprimer succinctement et d'insister pour une réponse complète, voire d'offrir une stimulation appropriée. L'approche doit donc être échosystémique, dans le respect des valeurs du jeune, de sa famille et de son milieu scolaire.

Dans cette même foulée, le neuropsychologue considèrera la capacité du jeune à programmer ses activités de la vie quotidienne, à vérifier l'efficacité de ses comportements lors du retour à domicile et en confrontation à la réalité scolaire, et à reformuler ses projets de vie eu égard aux habiletés de la vie quotidienne; ce sont les *fonctions exécutives*. Les *fonctions exécutives* sont à la base de la motivation et permettent d'établir des priorités d'action ainsi qu'une conduite séquentielle, d'estimer le bénéfice des actions encourues, de généraliser et de favoriser le pragmatisme sur le plan des habiletés sociales et contextuelles. La motivation et la capacité de planification du jeune constituent les bases de la

réadaptation. Aussi le contexte social où évolue le jeune rend indispensable l'intervention du travailleur social. L'encadrement familial naturel qui est offert au jeune, le deuil vécu par les membres de la famille et le déséquilibre *systémique* engendré par le traumatisme constituent certains des défis qui attendent l'équipe du service social. L'efficacité du travail du neuropsychologue dépend du système familial, et la collaboration interdisciplinaire s'avère essentielle.

Les *émotions humaines* relèvent également du cerveau, mais doivent être prises en considération dans le contexte systémique. Le jeune vit un deuil, perd parfois ses amis, est rétrogradé sur le plan scolaire, n'a plus le même rôle dans la famille et avec ses pairs, vit une réduction de sa mobilité et doit tenter de reconstruire sa vie dans ce contexte. Le suivi psychologique est donc essentiel et représente un défi considérable pour le psychologue qui est parfois confronté à la négation ou à la capacité d'introspection limitée du jeune.

La médication fait également partie des méthodes de traitement. Le neuropsychologue peut en vérifier les effets cognitifs, lorsque le médecin décide de prescrire certains stimulants du système nerveux. Les traversées des rues, l'usage de la bicyclette, voire éventuellement la conduite d'un véhicule motorisé doivent également être prises en compte lors des mesures cognitives, voire surveillées par l'éducateur spécialisé.

Lorsque les capacités d'adaptation du jeune sont gravement affectées, leur évaluation est primordiale, et si la situation devient insurmontable pour la réadaptation, l'encadrement extérieur devient alors une nécessité, au moins jusqu'à l'âge adulte. Le neuropsychologue, en collégialité avec les autres professionnels, doit intégrer ces notions à la dynamique familiale ou sociale des jeunes, afin de favoriser les meilleurs mécanismes d'adaptation.

Le rapport neuropsychologique parle aux lecteurs et, en aucun cas, ne doit constituer une nomenclature des tests administrés. Les tests et sous-tests ne permettent que de démontrer les difficultés du jeune et, tel qu'il a été mentionné, ne constituent pas une fin en soi. Inutile d'insister sur le fait que l'examen neuropsychologique permet d'identifier davantage les ressources du jeune pour sa réadaptation que ses déficits. Ce sont donc des moyens de compensation que le jeune tente de mettre en pratique, et que l'intervenant doit employer à bon escient.

# Rencontre avec...

## Docteur Clown à Marie Enfant!

Josée Tousignant,  
travailleuse sociale  
Programme des ressources résidentielles



Dans le but d'écrire cet article pour le journal, j'ai eu l'immense plaisir de suivre Docteur Super Bill Boquet et Docteur Ti-Bout lors de leur présence dans l'établissement. Comment entrent-ils en contact avec les enfants et les membres du personnel? Quelles interventions préconisent-ils pour chacun des enfants? Comment arrivent-ils à s'intégrer dans le travail du personnel? Vous trouverez dans cet article l'information qui, je l'espère, vous apprendra à connaître l'équipe du Dr Clown et pourra vous servir dans vos interventions auprès des enfants.

### D'où vient la profession de Dr Clown?

C'est en 1980 qu'est née la profession de clown thérapeutique, et ce, simultanément à New York et à Winnipeg. Mais à Montréal, ce n'est qu'en 1999 que le projet Docteur Clown a vu le jour. Depuis, vous avez sûrement un jour ou l'autre « entendu », « croisé » ou encore « assisté » aux bouffonneries de Dr Clown au CRME!

### Qui sont ces Drs Clowns?

Les clowns-docteurs que vous croisez sont des professionnels de la scène qui reçoivent une formation spéciale sur le travail en milieu hospitalier, sur la compréhension de l'environnement hospitalier, sur les comportements psychosociaux des enfants et leurs parents. Avant d'intervenir auprès des enfants, ils doivent apprendre à habiter le *plancher*, prendre l'espace tout en respectant l'hygiène, la confidentialité et le protocole d'hospitalisation.

Toujours en groupe de deux afin de se soutenir artistiquement et émotivement, les clowns-docteurs viennent ici au CRME les mardis et jeudis de chaque semaine. Leur travail n'est pas de divertir mais de renverser les rôles. Lorsque les clowns-docteurs rendent visite aux enfants, ce sont les enfants qui deviennent les experts. Dans leur logique désordonnée et vulnérable, l'équipe du Dr Clown a recours aux enfants pour les sortir de leurs désopilantes situations.

Dans chaque hôpital, l'équipe du Docteur Clown est généralement composée d'un clown résidant qui connaît davantage les enfants, les professionnels, la routine de l'établissement et de deux ou trois clowns volants qui viennent à tour de rôle. Grâce à leur présence hebdomadaire, ils arrivent à nouer des liens étroits avec les enfants et les membres du personnel.

### Comment arrivent-ils à aider les enfants?

L'effet que Docteur Clown a sur les enfants est considéré comme thérapeutique, car le système immunitaire et le système nerveux fonctionnent ensemble. Le rire, l'imaginaire et la relaxation peuvent aider un enfant, sans



prétendre le traiter. De plus, ils aident à diminuer la crainte du monde hospitalier grâce aux mots, aux accessoires et aux attitudes qu'ils utilisent. Ils ne sont pas là pour épater ou prendre la vedette. C'est plutôt l'enfant qui est le centre du spectacle, metteur en scène ou le héros de l'histoire. Il n'y a pas de doute après une bonne séance de rire, tout le monde se sent mieux!

### Comment interviennent les Drs Clowns au CRME?

Ils se promènent aux consultations externes. Ils accompagnent les enfants et leurs parents lorsqu'ils attendent pour leur rendez-vous. En ce qui concerne le 2<sup>e</sup> étage, lorsqu'ils arrivent ils demandent aux orthopédagogues ce qu'il y a de prévu pour l'après-midi et, en collaboration avec eux, interviennent auprès des enfants tout en respectant le thème de la journée. Leurs interventions auprès des enfants multihandicapés est d'abord la recherche de la stimulation qui correspondra à chaque enfant. Ils essaient de trouver un son, un toucher, une routine avec lesquels l'enfant se reconnaîtra; une répétition que l'enfant apprivoisera avec le temps. Par exemple, pour faire rire « J. », les clowns-docteurs entament sa chanson à laquelle se joignent les orthopédagogues et le personnel médical présents. Dès que « J. », l'entend, un sourire illumine son visage. Pour « Q. », un petit coup de gazou, et le tour est joué! Pour « S. » qui dort beaucoup le jour, « parce qu'elle sort tard le soir », on prend le temps de discuter avec elle de sa soirée, on lui masse les mains, on l'accompagne dans sa mélodie...

Avec les enfants multihandicapés, l'intervention privilégiée est prioritairement le un pour un afin de maximiser le contact avec l'enfant, ce qui n'empêche pas les docteurs de se compléter dans leurs bouffonneries.

Au 3<sup>e</sup> étage, en ce qui concerne les enfants qui présentent moins ou pas de limitations intellectuelles, l'équipe du Dr Clown travaille en duo et se promène de chambre en chambre ou encore va dans le salon des enfants pour rire, participer à des spectacles improvisés, « embuller » les enfants et le personnel présents.

Un clown étant un clown et, malgré tout le sérieux de leur formation psychosociale, il arrive que nous devons arrêter momentanément notre travail lorsque ceux-ci passent près de nous. Ils ont comme philosophie que lorsqu'ils sont avec un enfant, d'être également en interaction avec l'environnement de celui-ci, et nous en faisons partie. Il est donc de leur devoir de s'en prendre également à nous. Mais pourquoi ne pas prendre exemple sur eux en intégrant parfois à notre routine « un petit moment de folie » à l'image du Docteur Clown qui arrive à créer en stimulant la routine de notre petit train-train quotidien!

### Comment Dr Clown peut nous aider?

Aujourd'hui, « C. » ne voulait pas aller à l'école. L'infirmière a conclu une entente avec lui, elle lui a dit, que s'il allait à l'école, à son retour Dr Clown l'attendrait. « C » est donc parti à l'école en souriant. À son arrivée, le duo des clowns-docteurs était à l'entrée pour l'accueillir et « C » est alors retourné à l'étage avec le sourire!

Enfin, peu importe que ce soit en ergothérapie, en physiothérapie ou en orthophonie, que ce soit aux unités de vie ou encore aux consultations externes, vous pouvez contacter Dr Clown, leur proposer une rencontre afin de discuter avec eux de la manière dont ils pourraient vous aider, leur donner des pistes d'intervention, favoriser une collaboration par le biais du jeu, etc. Cela leur fera grandement plaisir de vous accompagner. Vous pouvez également les inviter à votre rencontre d'équipe, ils pourront écouter vos besoins et voir avec vous de quelle façon ils peuvent vous accompagner dans vos interventions. Ils sont au CRME pour tous les enfants et tous les intervenants!

Le Dr Clown résidant au CRME est le Dr Super Bill Boquet. Vous pouvez le contacter lorsqu'il est présent soit les mardis et jeudis ou encore à son adresse courriel: [drsuperbill@drclown.ca](mailto:drsuperbill@drclown.ca) Vous pouvez également contacter Florence Vinit qui est la directrice psychosociale de Dr Clown à l'adresse [psychosocial@drclown.ca](mailto:psychosocial@drclown.ca)

Je remercie les Docteurs Super Bill et Ti-Bout de m'avoir permis de les suivre. J'ai passé et je passerai encore sûrement d'excellentes pauses en leur compagnie!

## Agenda



### 7<sup>e</sup> Congrès québécois de réadaptation

Les 9 et 10 novembre 2006 se tiendra  
le 7<sup>e</sup> Congrès québécois de réadaptation  
à l'hôtel Hilton Bonaventure de Montréal.  
Pour plus d'information consulter le programme.

Prochaine parution  
du Capteur d'idées  
hiver 2007



## coordonnées



Centre de  
Réadaptation  
Marie-Enfant

CHU Sainte-Justine

Université   
de Montréal

5200, rue Bélanger Est  
Montréal (Québec)  
H1T 1C9

Tél. : (514) 374-1710

Télec. : (514) 723-7118

Site internet :

[www.hsj.qc.ca/documentation/autres-publications/publications-régulières](http://www.hsj.qc.ca/documentation/autres-publications/publications-régulières)

Dépôt légal : Deuxième trimestre 2006  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
Imprimé : ISSN 1712-9508  
Électronique : ISSN 1712-9516