

L'ERGOTHÉRAPIE ET LE TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE AVEC UN TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE

Camille Gauthier-Boudreault¹
Université de Sherbrooke (Canada)

Audrée Jeanne Beaudoin²
Université de Sherbrooke (Canada)

Mélissa Coallier³
Université de Sherbrooke (Canada)

Nadine Larivière⁴
Université de Sherbrooke (Canada)

Mélanie M. Couture⁵
Université de Sherbrooke (Canada)

INTRODUCTION

Les troubles du spectre autistique (TSA) regroupent trois catégories de diagnostic du DSM-IV-TR, soit le trouble autistique (ou autisme), le syndrome d'Asperger et le trouble envahissant du développement non spécifié (American Psychiatric Association, 2003). Depuis 20 ans, la prévalence du TSA ne cesse d'augmenter. De fait, de 1997 à 2008, la prévalence de l'autisme aux États-Unis a bondi de 290 % (Boyle *et al.*, 2011). Aujourd'hui, avec une prévalence estimée entre 1/150 à 1/88, les TSA sont parmi les formes les plus fréquentes et graves de troubles du développement (Center for Disease Control and Prevention, 2012; Kogan *et al.*, 2009; Rice *et al.*, 2007).

Les TSA sont caractérisés par des difficultés dans les interactions sociales, la communication et la présence de comportements stéréotypés et d'intérêts restreints (American Psychiatric Association, 2003). En plus de cette triade de difficultés, des particularités au niveau sensoriel et moteur sont très fréquemment observées chez les individus avec un TSA. En effet, la majorité des personnes avec un diagnostic de TSA aurait des difficultés de traitement et de modulation de l'information sensorielle (Dunn, Cox, Foster, Mische-Lawson et Tanquary, 2012; Jasmin *et al.*, 2009; Lane, Reynolds et Dumenci, 2012; O'Donnell, Deitz, Kartin, Nalty et Dawson, 2012), ce qui peut contribuer entre autres au développement de problèmes comportementaux et de difficultés motrices (Bhat, Landa et Galloway, 2011; O'Donnell *et al.*, 2012; Blanche, Reinoso, Chang et Bodison, 2012; Lane, Harpster et Heathcock, 2012) Selon Green et coll. (2009), 79 % des enfants avec un TSA présentent également des difficultés motrices significatives, incluant des difficultés d'équilibre, de planification motrice, de coordination motrice, de contrôle postural

1 camille.gauthier-boudreault@usherbrooke.ca

2 audree.jeanne.beaudoin@usherbrooke.ca

3 melissa.coallier@usherbrooke.ca

4 nadine.lariviere@usherbrooke.ca

5 melanie.m.couture@usherbrooke.ca

et de motricité fine (Jasmin *et al.*, 2009; Lane, Harpster et Heathcock, 2012; MacNeil et Mostofsky, 2012; Mulligan et White, 2012; Van Waelvelde, Oostra, Dewitte et Van Den Broeck, 2010; Whyatt et Craig, 2011). L'ensemble de ces incapacités se manifestent par une diminution de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, telles que l'habillement, l'hygiène, l'alimentation, les activités de loisirs, les activités de la vie domestique et les jeux avec les pairs (Bhat *et al.*, 2011; Jasmin *et al.*, 2009; Kao, Kramer, Liljenquist, Tian et Coster, 2012; O'Donnell *et al.*, 2012).

1. LE TRAVAIL EN INTERDISCIPLINARITÉ AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE PRÉSENTANT UN TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE

La collaboration en équipe auprès de la clientèle ayant un TSA est reconnue comme une approche optimale pour développer les forces et répondre aux besoins des personnes atteintes d'autisme dans une variété de contextes (Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec, 2012; Interagency Autism Coordinating Committee, 2011; National Autism Center's, 2009; Wakeford et Baranek, 2011). Aujourd'hui, de multiples acteurs œuvrent auprès des enfants ayant un TSA afin de leur offrir des services individualisés adaptés à leurs besoins. Selon Carbone et Farley (2010), on retrouve, dans l'équipe interdisciplinaire : 1) l'audiologiste, qui évalue la perte d'audition comme une des causes de retard de développement; 2) le pédiatre, les médecins ou les neuropédiatres, qui réalisent des évaluations médicales, identifient et traitent les conditions associées; 3) le consultant en génétique et le généticien, qui effectuent des évaluations quand une condition médicale ou un syndrome génétique sous-jacent est suggéré par l'histoire familiale ou l'examen, et conseillent la famille sur les risques de récurrence; 4) le psychiatre, qui évalue et traite les conditions psychiatriques associées et les comportements problématiques; 5) le psychologue, qui administre des tests cognitifs et développementaux ainsi que des outils diagnostiques, contribue à identifier les conditions psychiatriques associées et développe des plans de traitement du comportement; 6) le travailleur social, qui identifie les besoins de la famille et réfère la famille à du soutien formel et informel; 7) l'orthophoniste, qui évalue les difficultés de communication, le langage expressif, réceptif et pragmatique, et développe des plans de traitement; et finalement, 8) l'ergothérapeute dont le principal rôle auprès de la clientèle avec un TSA est actuellement souvent restreint à l'évaluation de la motricité et du traitement de l'information sensorielle. Ces différents professionnels de la santé collaborent également avec les intervenants du milieu de l'éducation, dont les éducateurs spécialisés et les psychoéducateurs, qui soutiennent et accompagnent l'enfant en milieu scolaire et en service de garde pour lui offrir une scolarisation adaptée à ses besoins (Thermidor et Mineau, 2010). Finalement, les parents sont également d'importants partenaires dans l'intervention auprès des enfants ayant un TSA. Selon Kadar, McDonald et Lentin (2012), l'implication des parents dans le développement des objectifs d'intervention est cruciale afin d'avoir le maximum de participation et de coopération dans le processus d'intervention. Ils permettent également de mieux comprendre les expériences de l'enfant dans la vie quotidienne.

2. L'ERGOTHÉRAPIE

L'ergothérapie repose sur le postulat principal que les humains ont un besoin fondamental de participer à des occupations pour assurer leur survie, leur santé, leur bien-être et optimiser leur potentiel (Wilcock, 1993; Yerxa, 1998). Selon l'Association canadienne des ergothérapeutes (1997), l'occupation correspond à « l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification ». Pour les ergothérapeutes, le lien entre l'occupation et la santé est central. Les occupations peuvent à la fois aider à maintenir la santé et le bien-être ou les fragiliser. D'autre part, l'état de santé permet ou restreint la participation dans les occupations (Wilcock, 1993; Yerxa, 1998). Ainsi, en ergothérapie, la participation à une occupation a également un potentiel thérapeutique. Par exemple, l'occupation, lorsqu'analysée de façon approfondie en tenant compte d'un ensemble de facteurs personnels (par ex. capacités et incapacités, intérêts, traits de personnalité, besoins) et contextuels, peut permettre de travailler sur des incapacités

motrices, sensorielles, cognitives ou psychiques, l'autonomie fonctionnelle, la création d'une identité personnelle et sociale positive et donner un sens à la vie (Blesedell Crepeau et Boyt Schell, 2009). Selon la vision ergothérapique, les occupations sont propres à chaque personne en fonction de leurs expériences et leurs motivations (Townsend et Polatajko, 2008) et donc, l'usage de l'occupation thérapeutique est personnalisé.

L'ergothérapie s'appuie sur les évidences découlant des sciences de l'occupation, science organisée en discipline académique depuis la fin des années 1980 (*Ibid.*). Les études découlant des sciences de l'occupation ont permis de démontrer, notamment, que l'engagement dans des activités significatives est essentiel à la santé et à une qualité de vie raisonnable (Ay-Woan, Sarah, Lynn, Tsy-Jang et Ping-Chuan, 2006; Glass, Mendes de Leon, Bassuk et Berkman, 1999; Rudman, 2006) et que l'équilibre de vie (le temps passé par rapport au temps souhaité dans des activités) est associé à une plus grande satisfaction face à la vie, à un stress moins élevé et à une meilleure santé perçue (Backman, 2001; Bejerholm, 2010; Hakansson, Lissner, Björkelund et Sonn, 2009; Larivière, Levasseur et Boisvert, 2013; Matuska, 2012; Pentland, Harvey et Walker, 1998).

L'ergothérapie est un domaine de la réadaptation qui vise à faciliter la participation de la personne dans les activités de la vie quotidienne (par ex. alimentation, habillage), les activités de la vie domestique (par ex. déplacement dans la communauté, entretien intérieur et extérieur du domicile), l'éducation, le travail rémunéré et non rémunéré, l'implication communautaire et les loisirs (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2011). Pour ce faire, l'ergothérapeute évalue le rendement occupationnel en analysant l'interaction dynamique entre une personne, ses occupations et son environnement (Townsend et Polatajko, 2008). Le rôle de l'ergothérapeute inclut l'évaluation des capacités de l'individu en ciblant ses forces et ses difficultés, ses croyances, ses intérêts et ses valeurs; l'organisation des occupations et des rôles et la satisfaction face à ceux-ci; les facilitateurs et les obstacles dans l'environnement physique et social (Berquin, 2010; Kielhofner, 2007). Selon les résultats de l'évaluation, une intervention individualisée sera conçue et appliquée spécifiquement pour la personne et/ou le système dans lequel elle vit et participe (par ex. la famille ou le milieu de travail) (AOTA, 2011). Les différentes interventions utilisées en ergothérapie ont comme objectif commun de favoriser l'épanouissement occupationnel des personnes en réduisant ou éliminant les barrières à la participation et en diminuant, en éliminant ou en compensant les incapacités.

2.1 L'apport de l'ergothérapie à la surveillance et au dépistage des troubles du spectre autistique

Selon Dworkin (2004), la surveillance du développement est un processus flexible, longitudinal et continu qu'utilisent les professionnels compétents pour faire des observations pertinentes pendant leurs consultations auprès de l'enfant dans le but d'identifier des problèmes de développement chez les enfants en bas âge. La pratique de la surveillance exige des connaissances du développement typique et atypique ainsi que de l'expérience clinique et de la formation spécifique en matière de développement de l'enfant (Nachshen *et al.*, 2008). Le dépistage de premier niveau est un dépistage systématique qui consiste à appliquer un outil de dépistage normalisé à une grande population en ayant pour objectif d'identifier les personnes ayant des probabilités élevées de présenter un trouble spécifique pour ensuite les orienter vers une évaluation plus approfondie menant au diagnostic. Le dépistage de premier niveau de l'autisme n'est actuellement pas recommandé au Canada (*Ibid.*). Le dépistage de second niveau est un dépistage ciblé auprès d'un sous-groupe de personnes dont le risque d'être atteint du trouble est élevé. La recommandation actuelle est de procéder à un dépistage de second niveau auprès de la fratrie d'un enfant déjà diagnostiqué ou encore auprès des enfants présentant un retard de développement (*Ibid.*). De par sa formation développementale et sa vision holistique des personnes, l'ergothérapeute peut être un professionnel de choix pour repérer les enfants ayant des difficultés relationnelles, de communication, d'interactions sociales ou des retards dans les autres sphères de développement. Toutefois, encore trop peu d'ergothérapeutes travaillent dans les CSSS-CLSC en première ligne ou visitent les services de garde dans une optique de promotion de la santé et de prévention des situations de handicap. D'ailleurs, les

résultats d'une étude visant à décrire les services en ergothérapie offerts à la clientèle pédiatrique dans les CSSS-CLSC montrent que ces services sont insuffisants et peu développés au Québec, notamment en ce qui a trait à la prévention et à la promotion de la santé (Cotelleso, Mazer et Majnemer, 2009). Plusieurs rôles de l'ergothérapeute pourraient être développés, dont celui de la promotion de la santé dans les services de garde éducatifs à l'enfance et à l'école ainsi que le dépistage de retards développementaux (*Ibid*).

2.2 L'apport de l'ergothérapie à l'équipe interdisciplinaire d'évaluation

Le travail en équipe interdisciplinaire est crucial lors de l'évaluation diagnostique des enfants avec une suspicion de TSA (Nachshen *et al.*, 2008). En effet, puisque les TSA sont des troubles neurodéveloppementaux complexes qui affectent plusieurs sphères du développement de l'enfant, l'équipe interdisciplinaire permet d'incorporer les différents points de vue des professionnels afin de représenter l'ensemble des habiletés, des forces et des défis de l'enfant (*Ibid*).

L'évaluation en ergothérapie typiquement reconnue se restreint souvent à l'évaluation de la motricité et du traitement de l'information sensorielle (Baranek, Parham et Bodfish, 2005; Carbone et Farley, 2010) et ne représente pas la vision holistique des ergothérapeutes (Townsend et Polatajko, 2008). En fait, l'évaluation ergothérapique auprès des personnes avec un TSA devrait viser principalement à identifier et comprendre les impacts des incapacités sur la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique (Volkmar, State et Klinet, 2005). De plus, une analyse des activités, des tâches et de l'environnement permet d'évaluer l'impact des éléments contextuels sur l'autonomie de l'enfant en fonction de ses capacités. Puisque la signification accordée à différentes occupations peut être différente pour une personne avec un TSA, les ergothérapeutes portent une attention particulière à la motivation de ces personnes à participer aux activités et aux routines. Finalement, une connaissance approfondie de la séquence développementale de l'enfant permet aux ergothérapeutes de cibler les forces et les limites des enfants dans leur participation dans les activités quotidiennes et les relations sociales (Wakeford et Baranek, 2011).

2.3. L'apport de l'ergothérapie à l'équipe interdisciplinaire d'intervention

L'ergothérapie est l'un des services de santé le plus fréquemment utilisé auprès des enfants avec un TSA au Canada (McLennan, Huculak et Sheehan, 2008). Au Québec, l'émergence de la profession auprès des individus avec un trouble du spectre autistique se manifeste notamment par une importante augmentation du nombre de postes en ergothérapie dans les Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED). En effet, selon la Fédération québécoise des CRDITED, le nombre de postes en ergothérapie au Québec est passé de 15 à 73 postes entre 2004 et 2012. L'expertise des ergothérapeutes est maintenant reconnue et valorisée dans différents milieux cliniques où ils peuvent intervenir avec une clientèle avec un TSA dont dans les CRDITED, les centres de réadaptation en déficience physique, les écoles spécialisées, les cliniques privées, les centres locaux de services communautaires (CLSC), les cliniques de pédopsychiatrie et les cliniques spécialisées en évaluation des troubles envahissants du développement (Plouffe et Larivée, 2012). Cette émergence des services en ergothérapie auprès de la clientèle avec un TSA peut s'expliquer par l'apport particulier de la profession auprès des personnes avec un TSA. En effet, les ergothérapeutes peuvent contribuer à l'équipe interdisciplinaire d'intervention autour de l'enfant et de sa famille via l'analyse de la participation aux occupations. L'ergothérapeute vise ainsi à faciliter la participation de l'individu aux activités significatives adaptées à son niveau de développement pour lesquelles une situation de handicap est observée (Kadar *et al.*, 2012), tels les soins personnels, les activités scolaires, le jeu et les loisirs. L'atteinte de ces objectifs nécessite la collaboration avec les différents professionnels qui développent les capacités sous-jacentes à la participation aux occupations.

L'intervention en ergothérapie s'appuie sur différentes approches dont l'approche biopsychosociale et l'approche *top-down*. L'approche biopsychosociale est une intégration des

modèles médical et social qui vise à produire une vision cohérente de la santé, en incorporant les perspectives biologiques, psychologiques et sociales qui participent simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie (Berquin, 2010). Donc, deux personnes ayant la même maladie peuvent présenter différents niveaux de participation sociale, et deux personnes avec le même niveau de fonctionnement ne présentent pas nécessairement le même problème de santé. En effet, les deux individus vont généralement présenter des facteurs environnementaux et personnels différents qui vont interagir avec leurs fonctions corporelles (Berquin, 2010; Burnett, 2006). Dans cette optique, l'ergothérapie présente deux composantes essentielles, soit l'élargissement des perspectives et la participation active du client. L'élargissement des perspectives correspond à une vision holistique de l'individu et de son problème de santé alors que la participation active du client fait référence à la notion que les croyances et les attentes du client influencent directement les résultats du traitement. Une évaluation des attitudes, des croyances, des attentes, des comportements, des facteurs émotionnels et relationnels ainsi que des contextes sociaux, culturels et professionnels est donc nécessaire pour comprendre l'individu dans son intégralité (Berquin, 2010).

De son côté, l'approche *top-down* se centre sur la performance occupationnelle de la personne à domicile, à l'école et dans la communauté. L'environnement et le contexte dans lequel la personne réalise ses occupations sont également des éléments centraux de cette approche. Plutôt que de mettre l'accent sur les composantes spécifiques de la personne qui limitent la réalisation d'une occupation, l'approche *top-down* adopte une vision plus globale et se centre d'abord et avant tout sur la réalisation des occupations considérées importantes (Brown et Chien, 2010). Cette approche vise l'engagement de l'individu dans ses rôles occupationnels de façon satisfaisante, soit en réalisant les tâches et les activités qui constituent les rôles attendus (Chen, Tickle-Degnen et Cermak, 2003). Cette approche cible d'emblée l'entraînement des capacités en utilisant à la fois des interventions spécifiques à une tâche et des stratégies cognitives visant toutes deux la transposition des acquis dans la vie quotidienne (Chen *et al.*, 2003; Schoemaker, Niemeijer, Reynders et Smits-Engelsman, 2003). L'application de ces principes et l'intégration des multiples composantes englobant la condition médicale du client nécessitent un travail en interdisciplinarité afin de comprendre l'individu dans sa globalité et de répondre à ses besoins de façon adéquate.

2.3.1 Données probantes sur les interventions en ergothérapie auprès de la clientèle avec un trouble du spectre autistique

Le but de l'ergothérapie est de favoriser l'engagement des individus dans leurs occupations significatives quotidiennes (AOTA, 2002), incluant les activités de soins personnels, de loisirs et de productivité (Law *et al.*, 2005; Townsend et Polatajko, 2008). Afin de répondre à cet objectif, les ergothérapeutes utilisent des stratégies basées sur des données probantes qui peuvent découler de recherches spécifiques en ergothérapie ou de données provenant d'autres domaines incluant l'éducation, la psychologie et l'orthophonie (Wakeford et Baranek, 2011). Les données probantes sur les stratégies utilisées auprès d'une clientèle avec un TSA ont été résumées par deux organismes américains, soit le *National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders* (Site internet) et le *National Autism Center's* (2009). Le tableau 1 (situé à la fin du texte) résume les résultats des recensions exhaustives effectuées par ces deux organismes sur l'efficacité des stratégies d'intervention utilisées auprès de la clientèle. Ces stratégies, non spécifiques à une discipline, peuvent ainsi être utilisées par différents intervenants selon les objectifs d'intervention spécifiques à leur profession, tels que l'amélioration des habiletés langagières pour les orthophonistes, le développement des pré-requis scolaires pour les éducateurs et la diminution des comportements perturbateurs pour les psychologues.

En fait, selon Tsatsanis, Saulnier, Sparrow et Cicchetti. (2010) les stratégies d'intervention utilisées sont moins importantes que la composante fonctionnelle au cœur de l'intervention en ergothérapie. L'intervention doit ainsi cibler le développement de comportements adaptatifs, c'est-à-dire, le développement d'habiletés fonctionnelles, dans des activités significatives, en contexte réel et dans de multiples environnements (AOTA, 2011; Tsatsanis *et al.*, 2010). Cette

approche fonctionnelle spécifique à l'ergothérapie avec une clientèle avec un TSA se base sur les évidences scientifiques qui indiquent que la symptomatologie autistique et le fonctionnement de l'enfant sont des construits relativement indépendants. En fait, les études démontrent que la réduction des symptômes ne mène pas directement à un changement des comportements adaptatifs chez les enfants avec un TSA (Klin *et al.*, 2007; Szatmari, Bryson, Boyle, Streiner et Duku., 2003; Tsatsanis *et al.*, 2010). Sachant que la majorité des professionnels de la santé se concentre sur la réduction des symptômes principaux des TSA, incluant la communication sociale, les interactions sociales et les intérêts restreints et comportements stéréotypés, l'intervention sur l'ensemble des comportements adaptatifs visant une plus grande autonomie et participation sociale est un domaine important à prendre en charge (Tsatsanis *et al.*, 2010). L'apport de l'ergothérapie dans une équipe interdisciplinaire d'intervention auprès des personnes ayant un TSA est donc l'intervention favorisant la participation de la personne dans ses activités quotidiennes significatives, soutenant ainsi sa satisfaction personnelle, sa santé et son sentiment de bien-être (AOTA, 2011).

2.3.2 Développement des interventions ergothérapeutiques auprès des individus avec un trouble du spectre autistique

Ainsi, les stratégies d'intervention les plus couramment utilisées par les ergothérapeutes auprès des enfants ayant un TSA décrites par Kadar *et al.* (2012), qui comprennent l'intervention basée sur l'intégration sensorielle, la modification de l'environnement, la stimulation sensorimotrice et la thérapie par le jeu, ne représentent pas le cœur de l'ergothérapie qui est de favoriser l'engagement des individus dans leurs occupations significatives quotidiennes (AOTA, 2002). En effet, bien que l'ergothérapeute puisse utiliser ces stratégies d'intervention, celles-ci doivent constituer un outil pour atteindre l'objectif fonctionnel et non pas une finalité en soi. Il est donc primordial, pour les ergothérapeutes de faire la promotion des interventions basées sur la vision holistique et fonctionnelle propre à leur profession. Par exemple, les ergothérapeutes travaillant auprès des enfants avec un TSA devraient cibler les domaines souvent atteints, dont les soins personnels et la participation au jeu et aux loisirs (Jasmin *et al.*, 2009; Rodger, Ashburner, Cartmill et Bourke-Taylor, 2010). Ces défis occupationnels évolueront au cours des années et les interventions en ergothérapie devront être ajustées en conséquence. En effet, sachant que le TSA est une condition permanente, l'ergothérapeute doit fournir un soutien aux personnes avec un TSA tout au long de leur vie (Association canadienne des ergothérapeutes, 2008). Ainsi, par sa vision fonctionnelle, l'ergothérapeute visera à favoriser la transition des personnes ayant un TSA aux nouvelles situations et à leurs nouveaux rôles de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte (Watling, Tomchek et LaVesser, 2005). Les milieux d'intervention en ergothérapie, qui se veulent les plus naturels possible (AOTA, 2011), varieront alors selon les besoins de la personne, incluant notamment la garderie, l'école, la maison, les milieux de vie supervisés, le lieu de travail et les cliniques externes (Wakeford et Baranek, 2011).

Dans le contexte québécois actuel, les ergothérapeutes travaillant auprès de la clientèle avec un TSA agissent principalement comme consultant dans les CRDITED auprès de la famille et des enseignants (Law, 2006; Plouffe et Larivée, 2012). Les équipes multidisciplinaires des institutions qui offrent des services aux personnes avec un TSA auraient avantage à mieux structurer le rôle de consultant. En effet, le modèle consultatif peut être élargi à une consultation collaborative entre professionnels de la santé (Wakeford et Baranek, 2011). De plus, Graham et Rodger (2010) présentent un modèle consultatif structuré, en accord avec la philosophie centrée sur l'occupation et l'intervention centrée sur la famille qui faciliterait l'implantation d'une telle modalité de services. Selon ce modèle, l'ergothérapeute et le parent (ou autre collaborateur) abordent les trois composantes suivantes : 1) le soutien émotionnel, 2) l'échange d'information et 3) le processus de résolution de problème structuré. Le modèle de consultation structuré vise ainsi à améliorer la performance occupationnelle de l'enfant dans les domaines ciblés par le collaborateur et à améliorer les habiletés du collaborateur à gérer les défis occupationnels ultérieurs.

CONCLUSION

Les ergothérapeutes ont un rôle relativement bien connu dans les équipes d'évaluation diagnostique bien que leur mandat pourrait être élargi au-delà de la motricité et du traitement de l'information sensorielle pour documenter la participation dans les occupations significatives. Dans les équipes d'intervention en CRDITED, une place grandissante est offerte aux ergothérapeutes et de nombreux défis sont encore à relever à cet égard. Deux défis principaux se dessinent à l'horizon. Le premier consiste à se positionner comme profession biopsychosociale dans un milieu où la culture psychosociale prédomine. Notre apport sur la compréhension neurologique du trouble peut être un ajout intéressant à l'analyse de certaines problématiques vécues par les équipes avec des clients. L'utilisation d'un langage commun fondé sur des modèles conceptuels validés comme le modèle intégré d'intervention (McIntyre, 2013) une adaptation québécoise du modèle SCERTS (*Social Communication Emotion Regulation Transactional System*) (Prizant, Wetherby, Rubin, Laurent et Rydell, 2003) pourrait être une piste de solution pour arrimer tous les partenaires de l'équipe d'intervention interdisciplinaire. L'organisation des services en ergothérapie qui ont été historiquement offerts en 1 : 1, mais dont un virage important s'est effectué vers le modèle consultatif auprès des éducateurs des CRDITED qui offrent le suivi quotidien, doit être revu. D'une part, les ergothérapeutes doivent s'appropriier les nouveaux modèles consultatifs centrés sur l'occupation. D'autre part, une réflexion sur la place de l'ergothérapeute comme intervenant directement auprès de l'utilisateur doit être aussi reconsidérée.

Intervention faite par les parents	Le NSP ne considère pas les interventions implémentées par les parents comme une catégorie de pratiques basées sur les données probantes. Cependant, 24 des études révisées par le NSP sous d'autres catégories d'intervention impliquent l'implantation de l'intervention par les parents.
Groupe d'entraînement aux habiletés sociales	Les groupes d'entraînement aux habiletés sociales (programme d'habiletés sociales) ont été identifiés comme une pratique émergente par le NSP.
Appareils générant discours	Les appareils générant discours (appareils de communication augmentée et alternative) ont été identifiés comme une pratique émergente par le NSP.
Instruction facilitée par ordinateur	L'instruction facilitée par ordinateur (programme basé sur la technologie) a été identifié comme une pratique émergente par le NSP.
Communication par échange d'images	Le système de communication par échange d'images (PECS) a été identifié comme une pratique émergente par le NSP.
Extinction	L'extinction (programme de réduction) a été identifiée comme une pratique émergente par le NSP.

Traduction libre. Tiré de : National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders, Evidence-Based Practice Briefs, <<http://autismpdc.fpg.unc.edu/content/national-standards-project>> (avril 2013).