

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. Sc.)

PAR  
JEANNE BOIVIN-LAFRANCE

LA PRATIQUE ERGOTHÉRAPIQUE AUPRÈS DES ADULTES  
EN PHASE D'AMNÉSIE POST-TRAUMATIQUE

DÉCEMBRE 2014

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## **REMERCIEMENTS**

Premièrement, je tiens à remercier ma directrice d'essai Claire Dumont, ergothérapeute et professeure, qui m'a épaulée et guidée tout au long de mes démarches. Ses conseils judicieux et ses suggestions ont contribué à l'amélioration et au développement de mon projet de recherche. Je remercie également Lyne Tardif, coordonnatrice de stage au département d'ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa judicieuse correction de l'essai et ses suggestions. Je transmets ma gratitude aux ergothérapeutes ayant accepté de participer à cet essai en complétant un questionnaire. De plus, je remercie la personne ayant vécu une phase d'amnésie post-traumatique qui a accepté de me partager son histoire. Finalement, une attention spéciale à mes collègues de classe, spécialement celles des séminaires thématiques, qui m'ont conseillée et soutenue à différents moments.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	i
TABLE DES MATIÈRES.....	ii
LISTE DES TABLEAUX .....	iv
LISTE DES FIGURES .....	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	vi
RÉSUMÉ.....	vii
1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLÉMATIQUE .....	2
2.1 L'amnésie post-traumatique.....	2
2.2 Les impacts de l'APT.....	2
2.3 Outils d'évaluation utilisés .....	3
2.4 Interventions préconisées.....	4
2.5 Impacts sociaux de ce problème .....	8
2.6 L'amnésie post-traumatique et l'ergothérapie .....	8
2.7 But de l'étude et questions de recherche.....	9
3. CADRE CONCEPTUEL .....	10
3.1 Orientation dans les trois sphères .....	10
3.2 Agents agresseurs.....	10
3.3 Réadaptation précoce.....	11
3.4 Travail en équipe interdisciplinaire .....	11
3.5 Pratique centrée sur le client.....	12
3.6 Modèle personne-environnement-occupation (PEO) .....	12
4. MÉTHODE .....	13
4.1 Devis de recherche.....	13
4.2 Consultation des ergothérapeutes travaillant auprès d'adultes en phase d'APT .....	13
4.2.1 Recrutement.....	13
4.2.2 Considérations éthiques.....	13
4.2.3 Collecte de données.....	14
4.2.4 Saisie et analyse des données .....	14
4.3 Consultation d'adultes ayant eu une phase d'APT .....	14
4.3.1 Recrutement.....	14
4.3.2 Considérations éthiques.....	15
4.3.3 Collecte de données.....	15
4.3.4 Saisie et analyse des données .....	15
4.4 Triangulation.....	15

5. RÉSULTATS .....	16
5.1 Résultats provenant des questionnaires auto-administrés par les ergothérapeutes .....	16
5.1.1 Description des répondants.....	16
5.1.2 Description de la pratique auprès de la clientèle desservie .....	16
5.1.3 Évaluations utilisées .....	18
5.1.4 Interventions utilisées .....	18
5.2 Résultats provenant d'un participant adulte ayant eu une phase d'APT .....	21
5.2.1 Description des répondants.....	21
5.2.2 Description de la période d'APT .....	21
5.2.3 Description des soins reçus par l'équipe soignante .....	22
5.2.4 Interventions utilisées pertinentes .....	22
5.3 Triangulation.....	23
6. DISCUSSION .....	24
6.1 Retour sur les résultats.....	24
6.2 Retour sur les questions à l'origine de l'étude.....	26
6.3 Forces et limites de l'étude .....	27
6.4 Conséquences de l'étude pour la pratique de l'ergothérapie .....	28
7. CONCLUSION .....	30
RÉFÉRENCES .....	31
ANNEXE A CERTIFICAT D'ÉTHIQUE .....	34
ANNEXE B LETTRE D'INFORMATION POUR LES PARTICIPANTS ERGOTHÉRAPEUTES .....	36
ANNEXE C FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS ERGOTHÉRAPEUTES .....	38
ANNEXE D QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ POUR LES PARTICIPANTS ERGOTHÉRAPEUTES .....	39
ANNEXE E BROCHURE D'INFORMATION POUR LES PARTICIPANTS ADULTES AYANT VÉCU UNE PHASE D'APT.....	41
ANNEXE F LETTRE D'INFORMATION POUR LES PARTICIPANTS ADULTES AYANT VÉCU UNE PHASE D'APT.....	43
ANNEXE G FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS ADULTES AYANT VÉCU UNE PHASE D'APT .....	45
ANNEXE H QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ POUR LES PARTICIPANTS ADULTES AYANT VÉCU UNE PHASE D'APT .....	46

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Synthèse des interventions préconisées.....	7
Tableau 2.	Description des répondants.....	16
Tableau 3.	Membres des équipes interdisciplinaires.....	17
Tableau 4.	Évaluations utilisées selon les répondants.....	18
Tableau 5.	Interventions utilisées selon les répondants.....	19
Tableau 6.	Professionnels de la santé étant intervenus dans le processus de réadaptation.....	22
Tableau 7.	Évaluations et interventions utilisées selon la littérature et les répondants.....	23

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1.	Fréquence d'interventions.....	17
Figure 2.	Durées des interventions.....	17

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

APT	Amnésie post-traumatique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CH	Centre hospitalier
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
GOAT	Test d'orientation et d'amnésie de Galveston
IRDQP	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
MIF	Mesure de l'indépendance fonctionnelle
PEO	Personne-environnement-occupation
TCC	Traumatisme cranio-cérébral
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
PRPP	<i>Perceive, Recall, Plan and Perform</i>
PANSA	<i>Parallel Assessments of Neuropsychological Status</i>



## RÉSUMÉ

**Problématique :** Les connaissances actuelles disponibles au sujet de l'amnésie post-traumatique (APT) sont limitées. Elles démontrent l'importance de réduire la durée de cette phase, mais ne décrivent pas les meilleures interventions en ergothérapie à utiliser. Cependant, plus l'APT est courte, meilleurs seront les résultats fonctionnels (Brown et coll., 2008; Kosch et coll., 2010; Langhom, Sorensen et Pederson, 2010; Nakase-Richardson et coll., 2011). De plus, lorsqu'une personne est en phase d'APT, elle ne peut réaliser ses occupations, puisqu'elle est confuse, agitée et désorientée. **Objectif :** Découvrir et décrire les meilleures interventions ergothérapeutiques auprès des adultes en phase d'APT. De ce fait, la recherche vise à explorer ce phénomène et à accroître les connaissances à ce sujet. **Cadre conceptuel :** Les concepts suivants sont décrits afin de mieux comprendre le phénomène de l'APT : orientation, agents agresseurs, réadaptation précoce, travail en équipe interdisciplinaire, pratique centrée sur le client. Le modèle théorique à la base de l'étude est le modèle personne-environnement-occupation (PEO). **Méthode :** Une étude qualitative descriptive a été faite auprès d'ergothérapeutes, recrutés par réseau et consultés en dehors de leurs heures de travail, ainsi que d'un adulte ayant vécu une phase d'APT. Ce dernier a été recruté par réseau. Les participants ergothérapeutes avaient à compléter un questionnaire comprenant quatre sections : 1) les données sociodémographiques du professionnel, 2) les évaluations utilisées par le professionnel, 3) la fréquence d'intervention auprès des clients et l'équipe de travail, et 4) les interventions utilisées par le professionnel. Quant au participant ayant vécu une phase d'APT, il a complété un questionnaire comprenant deux sections : 1) les données sociodémographiques du participant et 2) la durée et la description de son APT. Ensuite, il a participé à une entrevue téléphonique afin d'élaborer au sujet de son vécu en lien avec l'APT. Des analyses de contenu ont été effectuées afin de dégager des tendances à partir des réponses obtenues. **Résultats :** L'échantillon de cette étude comprend sept ergothérapeutes et un adulte ayant vécu une phase d'APT. Les résultats principaux obtenus via les ergothérapeutes sont une fréquence d'interventions, une clientèle desservie et une équipe interdisciplinaire semblables. De plus, le test d'orientation et d'amnésie de Galveston (GOAT) est l'évaluation la plus utilisée, alors qu'un programme d'orientation et l'élimination des agents agresseurs sont les deux interventions jugées les plus efficaces pour réduire la durée de l'APT. Le participant ayant vécu la phase d'APT ajoute que la reprise d'une habitude antérieure ancrée (fumer la cigarette) a réduit cette phase et que ses proches y ont contribué. **Discussion :** Une triangulation des données a été faite entre les écrits scientifiques, les données des ergothérapeutes et celles du participant ayant vécu une phase d'APT. Cela a permis de répondre aux questions : quelles sont les meilleures interventions ergothérapeutiques auprès des adultes en phase d'amnésie post-traumatique suite à un traumatisme cranio-cérébral modéré à sévère afin de réduire la durée de cette phase? Les interventions présentées dans les écrits scientifiques sont-elles les mêmes que dans la pratique au Québec? Est-ce qu'il y a adéquation entre les interventions en milieu hospitalier et en centre de réadaptation? Est-ce que les ergothérapeutes sont sensibilisés à réduire la phase d'APT? **Conclusion :** Cette étude a permis de documenter davantage une pratique peu discutée dans les écrits scientifiques. Il ne faut pas oublier que chaque client est unique et que le praticien doit user de son jugement afin d'être centré sur les besoins de son client.

**Mots clés :** ergothérapie, réadaptation, amnésie post-traumatique, traumatisme crânio-cérébral, intervention précoce.

**Key words :** *occupational therapy, rehabilitation, post traumatic amnesia, traumatic brain injury, early intervention.*

## 1. INTRODUCTION

Chaque année, 13 000 personnes sont victimes d'un traumatisme cranio-cérébral (TCC) au Québec. De ce nombre, 40 % subissent un traumatisme modéré à sévère. Les principales causes du TCC sont les accidents de la route, les chutes, les accidents de travail, les accidents liés aux sports et aux loisirs ainsi que les agressions physiques (Fondation Martin Matte, 2012). Suite au traumatisme, les personnes reçoivent des soins spécialisés dans les centres hospitaliers (CH) et les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) résultant en un parcours typique en cinq phases (Carrière, Reinharz et Tétreault, 2004). Ces phases sont les services pré-hospitaliers (premiers répondants, services ambulanciers), les soins aigus, la réadaptation précoce, la réadaptation et le soutien à l'intégration qui peut inclure l'adaptation du domicile ou la recherche d'une ressource d'hébergement appropriée au maintien des acquis et de la participation sociale ainsi que l'adaptation du véhicule et l'indemnisation de remplacement du revenu. En plus de parcourir ces phases de réadaptation, la personne, suite à un traumatisme cranio-cérébral, subit le plus souvent d'abord une perte de conscience plus ou moins longue. À son réveil, la personne est habituellement en phase d'amnésie post-traumatique (APT).

L'ergothérapeute, en tant que professionnel de la santé, joue un rôle important auprès de la clientèle TCC en APT lors de la réadaptation en CH et en CRDP. De plus, en sachant que la durée de l'APT a potentiellement un impact sur le niveau de fonctionnement post-traumatisme (Marshman, Jakabek, Hennessy, Quirk et Guazzo, 2013), il semble pertinent de clarifier les interventions préconisées auprès de cette clientèle. Cependant, ces interventions sont peu documentées. En effet, la réalisation d'une recherche documentaire a permis de constater que peu de données sont disponibles et comparables. La présente étude portera sur la description et la clarification de la pratique ergothérapeutique auprès d'adultes en phase d'APT.

Tout d'abord, la problématique associée à l'APT ainsi que sa pertinence scientifique seront exposées. Ensuite, les concepts nécessaires à la compréhension de l'étude seront définis dans le cadre conceptuel. Il en suivra la présentation de la méthode utilisée dans l'étude. Par la suite, les résultats de la recherche seront présentés avant d'être discutés.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

Cette section présente les connaissances actuelles au sujet de la pratique ergothérapique auprès d'adultes en phase d'APT, soit l'APT lui-même, ses impacts, les outils d'évaluation utilisés et les interventions préconisées en lien avec l'APT. Les connaissances ont été recensées dans la documentation scientifique. De plus, une justification sur la pertinence du sujet est apposée selon les impacts sociaux et l'ergothérapie. Finalement, le but de l'étude et la question de recherche sont détaillés.

### **2.1 L'amnésie post-traumatique**

La phase d'APT, bien que courte ( $\leq 24$  heures) pour les personnes ayant subi un TCC léger, peut durer plusieurs semaines chez les personnes ayant subi un traumatisme modéré ou grave (Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP), 2007). De ce fait, la personne est en APT lors de certaines phases de réadaptation. Lorsque la personne est en APT, elle est troublée, confuse et désorientée. Elle n'a pas nécessairement conscience du lieu où elle se trouve et des circonstances qui l'ont menée dans cet état. De plus, elle ne peut mémoriser de nouveaux souvenirs ou les faits et les événements qui l'entourent (Bérubé, 1991; Math, 2008). La problématique majeure en lien avec la clientèle en phase d'APT est l'absence de connaissance au sujet des meilleures modalités d'intervention afin d'en réduire la durée. Toutefois, il est primordial d'intervenir auprès de ces personnes, puisque cette situation a des impacts majeurs sur les activités de la vie quotidienne (AVQ). Suite à un TCC modéré ou grave, les personnes « subissent des atteintes qui peuvent altérer de façon significative leur intégrité personnelle sur les plans physique, cognitif, psychologique, affectif ou comportemental. Ces atteintes viennent perturber les habitudes de vie et les projets en plus de bouleverser l'équilibre familial » (IRDQP, 2007, p. 14). De ce fait, la situation de handicap varie d'une personne à une autre selon l'intensité des déficiences et des incapacités ainsi que selon la quantité d'habitudes de vie touchées.

### **2.2 Les impacts de l'APT**

Bien que le terme amnésie post-traumatique soit défini de manière semblable entre les auteurs, Marshman, Jakabek, Hennessy, Quirk et Guazzo (2013) tentent d'expliquer le

phénomène selon les composantes cognitives touchées dans leur revue documentaire. Ces composantes sont celles nommées dans diverses définitions, soit l'amnésie, la confusion et l'agitation.

Tout d'abord, l'amnésie peut être antérograde ou rétrograde. L'amnésie antérograde est un trouble de la mémoire d'événements qui surviennent à la suite du TCC. Ensuite, l'amnésie rétrograde est un trouble de la mémoire des événements antérieurs au TCC. Ce type d'amnésie est moins fréquent, mais se caractérise par une diminution plus importante d'oublis des événements plus proches du TCC que des événements plus lointains. Par contre, en phase d'APT, le client vit plutôt une perturbation de la mémoire globale. En effet, bien que le nouvel apprentissage soit altéré, une augmentation du taux d'oublis est également notée, résultant d'une perturbation à la fois dans l'encodage et le stockage de nouvelles informations ainsi que dans l'extraction d'information.

Par la suite, les incapacités en lien avec la confusion concernent l'orientation temporelle et spatiale ainsi que la synthèse des perceptions (figure-fond). La synthèse des perceptions correspond au mécanisme, d'une part du traitement des informations via les systèmes sensoriels, et d'autre part des représentations qui permettent d'interpréter les stimuli physiques (Delorme et Flückiger, 2003). De plus, la parole est souvent abondante et sans réelle signification. Aussi, une désinhibition peut être présente dans les idées et les comportements. En d'autres mots, le client fera en acte ce qu'il a en pensée.

En ce qui concerne l'agitation, elle comprend l'agitation psychomotrice, la labilité émotionnelle, le rythme diurne perturbé, l'impulsivité ainsi que l'agression verbale et physique. L'agitation est un facteur pronostique à la fois positif et négatif selon Reyes, Bhattacharyya et Heller (1981). L'agitation peut mener à une amélioration rapide des capacités physiques, mais peut être mauvaise pour l'adaptation psychologique.

### **2.3 Outils d'évaluation utilisés**

Le test d'orientation et d'amnésie de Galveston (GOAT), tel que défini par Levin, O'Donnell et Grossmann (1979), comprend 16 questions reliées à l'orientation spatiale et

temporelle ainsi qu'à la mémoire antérograde et rétrograde. La note globale à cette évaluation permet de déterminer si le patient est en phase d'APT, s'il est limite entre la phase et la sortie, ou s'il est sorti de cette phase. Il est recommandé de faire la passation de cette évaluation à tous les jours lors de la première semaine, puis deux fois par semaine jusqu'à la sortie de la phase d'APT. Le client est sorti de la période d'APT lorsqu'il obtient un résultat de 76 et plus, deux jours de suite. En ce qui a trait à la durée de l'administration, elle varie entre cinq et dix minutes.

Ensuite, la mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) (Ali et Raad, 2013; Minaire, 1991) comporte 18 énoncés en lien avec les activités de la vie quotidienne, la mobilité, les fonctions mentales et les interactions sociales. Plus spécifiquement, ces énoncés se regroupent selon six dimensions, soit les soins personnels, les contrôles des sphincters, les transferts, les déplacements, la communication et les fonctions cognitives. La MIF a pour but de considérer le niveau d'assistance requise, de mesurer le degré d'autonomie ainsi que d'obtenir un portrait global de l'utilisateur. Pour obtenir le score global, il faut additionner le score aux 18 énoncés. Il est pertinent d'utiliser cette évaluation, comme démontré dans l'article de Kosch, Browne, King, Fitzgerald et Cameron (2010). En effet, cette étude descriptive rétrospective aborde la relation entre la durée de l'APT, la durée du séjour en soins et les résultats fonctionnels. Les mesures pré et post de 638 participants australiens ayant subi un TCC grave sont analysés lors de la première phase de réadaptation à l'aide de la MIF. Les principaux résultats de cette étude sont que la durée de l'APT corrèle fortement avec la durée du séjour à l'unité de réadaptation ainsi qu'avec les résultats liés au fonctionnement. Aussi, la durée de l'APT affecte le taux de récupération et la reprise du fonctionnement de l'utilisateur.

## **2.4 Interventions préconisées**

Peu d'écrits sont disponibles sur les meilleures interventions à utiliser avec les clients en phase d'APT, mais plusieurs auteurs s'entendent sur le fait qu'il est important de tenter de réduire la durée de cette phase (Brown et coll., 2008; Kosch et coll., 2010; Langhom, Sorensen et Pederson, 2010; Nakase-Richardson et coll., 2011). La revue de Langhom, Sorensen et Pederson (2010) contient dix-huit articles, soit six revues et douze articles scientifiques, publiés entre 1992 et 2008. Le niveau de preuve d'évidence scientifique varie entre les

articles, soit d'études d'observations ou de cohorte à l'essai clinique randomisé et la revue systématique. Ces auteurs recommandent de réduire la durée de la phase d'APT, puisque lorsqu'elle est de longue durée, elle est associée à un mauvais pronostic neurologique. Pour le faire, il est recommandé d'introduire un programme d'orientation, étant donné la pertinence clinique. Toutefois, les interventions décrites dans les articles sont très variables et ne permettent pas ou peu de comparaisons les unes avec les autres.

De plus, bien que les écrits disponibles aient souvent un faible niveau d'évidence scientifique et ne soient pas ou peu comparables entre eux en raison de la diversité des interventions présentées, plusieurs auteurs discutent de l'importance d'intervenir au sujet de l'orientation (De Guise, Leblanc, Feyz, Thomas et Gosselin, 2005; Nott, Chapparo, et Heard, 2008; Tittle et Burgess, 2011). Les interventions suggérées facilitent la réadaptation physique, en plus de l'orientation dans les trois sphères, de la mémoire, de l'attention et du langage.

L'article de Nott, Chapparo et Heard (2008) étudie l'efficacité de l'ergothérapie chez des patients démontrant de l'agitation en phase d'APT suite à un TCC. Dans cet essai expérimental, les huit participants ont eu des séances quotidiennes d'ergothérapie où le *Perceive, Recall, Plan and Perform* (PRPP) était utilisé. Les ergothérapeutes filmaient leurs séances afin de les analyser et d'identifier des stratégies pour contrer les erreurs, lors de la réalisation d'activités, afin qu'elles ne se reproduisent pas. De plus, les participants étaient suivis par une équipe multidisciplinaire. L'étude démontre une efficacité immédiate de l'intervention, soit l'utilisation du PRPP, sur la performance quotidienne des patients confus et agités. De plus, sept participants se sont significativement améliorés dans l'application de stratégies de traitement de l'information. Les stratégies axées sur le traitement de l'information semblent ainsi plus efficaces que les stratégies traditionnelles pour améliorer la capacité de traitement de l'information dans les tâches occupationnelles (Nott, Chapparo et Heard, 2008).

Ensuite, l'article de Tittle et Burgess (2011) examine la contribution de l'attention et de la mémoire en lien avec l'orientation / désorientation suite à un TCC modéré à sévère. L'essai comparatif non randomisé comprend 105 participants répartis en trois groupes selon une

orientation élevée, modérée ou faible. Les participants ont été évalués pendant leur réadaptation selon l'orientation, la mémoire, l'attention et le langage à l'aide du *Parallel Assessments of Neuropsychological Status* (PANSA) (Attwood, 2013). Les participants du groupe avec l'orientation élevée ont eu les résultats les plus élevés à tous les indices de performance cognitive, suivi par le groupe avec l'orientation modérée, puis celui à l'orientation faible. Ces résultats sont statistiquement significatifs. L'orientation est une compétence cognitive complexe qui influence fortement la reprise de l'attention/concentration et de la mémoire/apprentissage et, à un moindre degré, d'autres fonctions cognitives comme le langage.

L'étude de De Guise, Leblanc, Feyz, Thomas et Gosselin (2005) a pour objectif d'évaluer l'effet d'un programme d'orientation, soit le *North Star Project*, en soins intensifs auprès d'adultes en phase d'APT suite à un TCC. Les auteurs ont émis comme hypothèse que les douze participants recevant les interventions du *North Star Project* auront une APT de plus courte durée que les 26 autres participants. Dans les résultats, les auteurs mentionnent que la durée d'APT a été cinq jours plus courte pour les participants recevant les interventions du *North Star Project*. Cependant, ce résultat n'est pas statistiquement significatif, mais a une importance clinique. En effet, il semble possible qu'un programme d'orientation ait un impact positif sur la réadaptation.

L'étude de Larson et ses collaborateurs (2011) a pour objectif d'évaluer la faisabilité de l'application de la réalité virtuelle et des technologies robotiques pour améliorer l'attention lors des premières phases de réadaptation chez les patients ayant subi un TCC grave. Cet essai comparatif non randomisé compte dix-huit participants recrutés dans une unité de soins pour les TCC. Les participants ont été répartis en deux groupes selon qu'ils étaient en phase d'APT ou non. Quinze des dix-huit participants ont démontré une tolérance à la réalité virtuelle en ne démontraient aucun signe d'inconfort et aucune détérioration de l'attention. De plus, la fréquence des comportements problématiques a diminué au cours de la deuxième journée de réadaptation et cela même en présence de la phase d'APT.



Aussi, le programme intitulé *L'intervention auprès des personnes qui présentent un trouble de comportement après un TCC* (IRDQP, 2006) suggère des pistes d'interventions auprès des adultes en phase d'APT. Il est recommandé de travailler en équipe afin de trouver des stratégies environnementales, comportementales et pharmacologiques afin de réduire les fugues, les contentions et les stimuli extérieurs.

Le Tableau 1 fait une synthèse des interventions préconisées dans les écrits scientifiques selon l'utilisation qu'en font les ergothérapeutes et certaines caractéristiques propres aux interventions.

*Tableau 1*  
*Synthèse des interventions préconisées*

<b>Interventions</b>	<b>Utilisation par l'ergothérapeute</b>	<b>Caractéristiques</b>
<i>Perceive, Recall, Plan and Perform</i> (PRPP) (Nott, Chapparo et Heard, 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Filmer leurs séances</li> <li>▪ Analyser leurs interventions</li> <li>▪ Trouver des stratégies pour contrer les erreurs de leurs clients lors de la réalisation d'activités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Standardisée</li> <li>▪ Utilisée auprès de client dont la performance est compromise par des difficultés à répondre aux exigences cognitives des occupations</li> <li>▪ Type d'erreurs : précision, omission, répétition ou rythme</li> <li>▪ Analyse selon quatre quadrants : perception, mémoire, planification et performance</li> </ul>
<i>Parallel Assessments of Neuropsychological Status</i> (PANSAs) (Tittle et Burgess, 2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluer les composantes cognitives liées à l'orientation, la mémoire, l'attention et le langage lors de la réadaptation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Selon quatre composantes cognitives : orientation, attention et concentration, mémoire et apprentissage, ainsi que langage</li> </ul>
<i>North Star Project</i> (De Guise, Leblanc, Feyz, Thomas et Gosselin, 2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comme programme d'orientation en soins aigus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programme d'orientation de la réalité</li> <li>▪ Orientation spatiale, temporelle et personnelle</li> </ul>
Réalité virtuelle et technologies robotiques (Larson et coll., 2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour améliorer l'attention lors des premières phases de réadaptation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tolérance adéquate des clients face aux technologies</li> <li>▪ Comprend l'ordinateur, la tablette, les consoles de jeux et les programmes de réalité virtuelle</li> </ul>
Travail en équipe interdisciplinaire (IRDQP, 2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour réduire les fugues, les contentions et les stimuli extérieurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recherche de stratégies environnementales, comportementales et pharmacologiques</li> </ul>

Les études démontrent globalement l'importance de faire de plus amples recherches sur ce problème afin de se positionner et de déterminer quelles sont les interventions efficaces. Ces recherches supplémentaires permettraient notamment de confirmer la pertinence des interventions auprès de la clientèle cible, la nécessité de commencer les interventions tôt dans

le processus de réadaptation et l'efficacité des interventions au sujet de l'orientation afin de réduire la durée de la phase d'APT. En effet, la durée de l'APT est utilisée pour guider la pratique en déterminant les compétences de prise de décision pour le client, le degré de surveillance requis, les références en réadaptation requises, les congés possibles et la fin des services. De plus, la durée de l'APT est utilisée comme outil d'évaluation pronostique. Effectivement, la durée permet de prédire les capacités cognitives à la suite du TCC, la durée du séjour à l'hôpital, le risque d'épilepsie précoce ou tardive, ainsi que les capacités fonctionnelles à la sortie du client (Marshman, Jakabek, Hennessy, Quirk et Guazzo, 2013). En plus, le clinicien doit user de son jugement professionnel afin d'utiliser adéquatement les interventions qui s'appliqueront à son client. De plus, il est important de travailler en équipe interdisciplinaire afin de maximiser les résultats à l'aide de l'expertise spécifique à chaque membre de l'équipe (IRD PQ, 2007).

## **2.5 Impacts sociaux de ce problème**

Les interventions efficaces auprès de cette clientèle afin de réduire la durée de l'APT amènent un questionnement d'ordre socio-économique. En effet, le continuum de services en traumatologie est très coûteux (Carrière, Reinharz et Tétreault, 2004). En 2004, le coût total pour un adulte ayant subi un TCC modéré varie de 48 245 à 121 541 dollars, alors qu'il varie de 114 441 à 377 885 dollars pour un TCC grave. De plus, la réduction des coûts en santé est un sujet d'actualité.

## **2.6 L'amnésie post-traumatique et l'ergothérapie**

La résolution de cette problématique porte les ergothérapeutes à avoir un regard critique sur leur pratique afin d'offrir les meilleurs services possibles. En effet, l'ergothérapeute joue un rôle important auprès de cette clientèle lors de la réadaptation à l'hôpital et en centre de réadaptation (Carrière, Reinharz et Tétreault, 2004). Bien que l'APT «interfère significativement avec les buts de la réadaptation» (IRD PQ, 2006, p. 10), l'ergothérapeute habilite le client par l'occupation significative (Townsend et Polatajko, 2013). De ce fait, l'ergothérapeute se soucie de réduire la durée de l'APT, puisque plus la phase d'APT est longue, moins bons sont les résultats fonctionnels.

## **2.7 But de l'étude et questions de recherche**

Le but de l'étude est de découvrir et de décrire les meilleures interventions ergothérapeutiques auprès des adultes en phase d'APT. De ce fait, la recherche vise à explorer ce phénomène et à accroître les connaissances à ce sujet en répondant à la question : quelles sont les meilleures interventions ergothérapeutiques auprès des adultes en phase d'amnésie post-traumatique suite à un traumatisme cranio-cérébral modéré à sévère afin de réduire la durée de cette phase? Ensuite, trois sous-questions sont abordées dans cette recherche afin de mieux explorer ce phénomène : les interventions présentées dans les écrits scientifiques sont-elles les mêmes que dans la pratique au Québec? Est-ce qu'il y a adéquation entre les interventions en CH et en CRDP? Est-ce que les ergothérapeutes sont sensibilisés à réduire la phase d'APT?

### **3. CADRE CONCEPTUEL**

Afin de mieux comprendre les notions entourant l'APT, cette section présente la définition de certains termes centraux. Ces termes sont l'orientation dans les trois sphères, les agents agresseurs, la réadaptation précoce et le travail en équipe interdisciplinaire. De plus, la pratique centrée sur le client sera définie, puisqu'il s'agit d'un fondement de l'ergothérapie. Aussi, le modèle théorique utilisé est le modèle personne-environnement-occupation (PEO) (Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby et Letts, 1996) qui sera également décrit.

#### **3.1 Orientation dans les trois sphères**

L'orientation englobe trois sphères, soit personnelle, spatiale et temporelle (Bérubé, 1991). Premièrement, l'orientation personnelle est la capacité d'un individu à s'identifier soi-même et à reconnaître les membres de son entourage. Ensuite, l'orientation spatiale est «l'aptitude à évaluer avec précision la relation physique entre le corps et l'environnement et à traiter les modifications de cette relation au cours des déplacements» (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté et St-Michel, 1998, p.74). Finalement, l'orientation temporelle concerne «l'aptitude à évaluer avec précision la relation chronologique des événements les uns par rapport aux autres et à les situer dans le temps» (Fougeyrollas et coll., p.74). Comme mentionné précédemment, le client en APT est habituellement désorienté dans les trois sphères.

#### **3.2 Agents agresseurs**

Selon Chevalier, Cordier, Dab, Gérin, Gosselin et Quénel (2003), les agresseurs peuvent être de nature biologique, chimique, physique ou autre. L'agresseur biologique découle habituellement d'une exposition microbienne, comme des bactéries et des virus. Les CH et CRDP sont des lieux où ce type d'agent agresseur peut se trouver et se propager de manière directe (contact direct entre humains) ou indirecte (par voie aérienne par exemple). En effet, il est possible que le client contracte une infection. Ce nouvel élément de la condition médicale doit être pris en compte, puisqu'il peut s'agir d'un agent agresseur pour le client. Ensuite, les agresseurs peuvent être de nature chimique, soit toutes les substances n'existant pas dans l'environnement naturel. Par exemple, les médicaments, ne constituant pas

habituellement une menace pour la santé humaine, peuvent dans certain cas être un agent agresseur. Ensuite, les agresseurs physiques sont, par exemple le bruit et la lumière. Le bruit, pour être considéré comme agent agresseur, est un son considéré comme indésirable par le client. Ces bruits peuvent engendrer de l'insomnie, du stress et une diminution de la qualité de vie. En ce qui concerne la lumière, si elle est jugée agressive par le client, elle peut avoir les mêmes conséquences psychosociales que pour les bruits. Ensuite, en ce qui a trait aux autres types d'agresseurs, il peut être question de stress si la personne est incapable de le gérer. De plus, une présence humaine, comme un agent de sécurité, peut être perçu comme un agent agresseur pour certains clients. En d'autres termes, un facteur de l'environnement physique ou social est considéré comme agent agresseur lorsque le client n'a pas les aptitudes nécessaires pour le tolérer (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté et St-Michel, 1998). Bref, ces agents agresseurs peuvent amener de l'agitation et de la confusion chez les clients en APT.

### **3.3 Réadaptation précoce**

La réadaptation précoce débute dès que la vie du client n'est plus en danger et selon l'état de ce dernier. Langhom, Sorensen et Pederson (2010), dans leur revue documentaire, recommandent de débiter la réadaptation précoce lors de la phase d'APT. En effet, les auteurs suggèrent que la réadaptation, lorsqu'elle est précoce, aide à réduire la durée de la phase d'APT. Cette étape peut se situer en milieu hospitalier et se continuer en CRDP.

### **3.4 Travail en équipe interdisciplinaire**

L'interdisciplinarité, telle que décrite par Sellamna (2008), a pour but de traiter une problématique dans son ensemble et est utile lors de situations complexes. De ce fait, les professionnels de la santé faisant un travail interdisciplinaire ont un but commun en ayant des objectifs partagés tout en respectant leur discipline. En effet, aucune discipline, à elle seule, ne peut analyser et comprendre une problématique complexe. Une vision globale impliquant diverses professions est donc nécessaire. De plus, pour que le travail interdisciplinaire soit efficace, il est important de bien identifier les contributions de chacun en répartissant les tâches. Les tâches réalisées en équipe consistent à la production des idées, l'échange des expériences, la communication des informations et à la prise des décisions. Pour ce qui est des tâches réalisées en individuel ou en sous-groupe, elles consistent à rassembler l'information,

élaborer des idées, apporter des propositions, préparer les sessions de travail d'équipe et à faire de la tenue de dossier. Par ailleurs, toujours dans le but d'augmenter l'efficacité des interventions, les membres de l'équipe doivent tenir compte du système de valeurs. En effet, les membres appartenant à plusieurs disciplines peuvent avoir des valeurs différentes. Il est donc important que chaque membre de l'équipe comprenne et apprécie l'apport des autres disciplines et leur contribution possible auprès du client. De plus, ils doivent mieux comprendre le langage spécifique de leurs collègues et adapter leur jargon pour mieux communiquer les uns avec les autres. Finalement, l'APT étant complexe, le travail interdisciplinaire est nécessaire afin de mieux analyser la problématique du client.

### **3.5 Pratique centrée sur le client**

La pratique centrée sur le client est un principe fondamental de l'ergothérapie. De ce fait, la pratique du thérapeute doit être axée sur les objectifs du client en exerçant une collaboration avec ce dernier. La pratique centrée sur le client répond aux besoins et respecte les valeurs, les centres d'intérêt et les désirs du client, peu importe qui il est (Townsend et Polatajko, 2013).

### **3.6 Modèle personne-environnement-occupation (PEO)**

Le modèle choisi est le PEO de Law et ses collaborateurs (1996) et a pour objectif de maximiser la congruence entre les trois dimensions, soit la personne, l'environnement et l'occupation. Tout d'abord, la personne se définit comme un être unique assumant divers rôles. De plus, le concept de soi est inclus dans la personne et comprend la personnalité, les antécédents culturels, les compétences personnelles, l'état de santé en général ainsi que les habiletés acquises et innées motrices, sensorielles et cognitives. Ensuite, l'environnement peut être culturel, socioéconomique, institutionnel, physique et social. Finalement, l'occupation représente un groupe de tâches et d'activités auquel prend part une personne tout au long de sa vie. Ces occupations ont pour but de satisfaire les besoins de la personne.

Le modèle PEO suggère que les défis occupationnels apparaissent lorsqu'il y a une faible congruence entre la capacité de la personne, les exigences occupationnelles ainsi que les soutiens et les obstacles environnementaux (Townsend et Polatajko, 2013).

## **4. MÉTHODE**

Cette section présente le devis de recherche et les participants selon le recrutement, les considérations éthiques, la collecte de données ainsi que la saisie et l'analyse des données. Les participants sont des ergothérapeutes et des personnes ayant vécu une phase d'APT.

### **4.1 Devis de recherche**

Afin de répondre à la question de recherche, un devis de type descriptif qualitatif exploratoire et transversal est utilisé. Ce type de devis permet de découvrir et de décrire les meilleures interventions ergothérapeutiques auprès des adultes en phase d'APT (Brousselle, Champagne, Contandriopoulos et Hartz, 2011). De plus, trois sources de données sont triangulées, soit les écrits scientifiques, l'opinion des ergothérapeutes travaillant auprès de clients en APT ainsi que l'opinion d'adultes ayant vécu une phase d'APT. La triangulation permet la corroboration des différentes données (Mucchielli, 2009).

### **4.2 Consultation des ergothérapeutes travaillant auprès d'adultes en phase d'APT**

#### **4.2.1 Recrutement**

Les participants ergothérapeutes sont recrutés à travers les CH et CRDP du Québec à l'aide de la méthode d'échantillonnage par réseau (Fortin, 2010). En effet, il est demandé aux participants d'identifier, si possible, d'autres ergothérapeutes œuvrant auprès de la clientèle cible afin de leur offrir de participer. Les critères d'inclusion sont que le participant soit un ergothérapeute et qu'il travaille ou qu'il ait déjà travaillé auprès d'adultes en phase d'APT suite à un TCC modéré à sévère. Le critère d'exclusion pour ces participants est que le professionnel ne parle pas français.

#### **4.2.2 Considérations éthiques**

Sur le plan éthique, il n'est pas nécessaire de faire une demande d'autorisation au comité d'éthique des établissements où travaillent les ergothérapeutes, puisque les ergothérapeutes doivent participer au projet de recherche en dehors de leurs heures de travail. Toutefois, il importe d'obtenir le certificat éthique de l'UQTR, placé en annexe A. Il est fourni au participant une lettre d'information, illustrée à l'annexe B, et un formulaire de

consentement, annexe C. Le formulaire de consentement doit être signé par l'ergothérapeute participant et par le chercheur. Il est retourné par courriel par le participant après avoir numérisé sa signature.

#### **4.2.3 Collecte de données**

L'opinion des ergothérapeutes est obtenue à l'aide d'un questionnaire auto-administré présenté à l'annexe D. Ce questionnaire comprend quatre sections : 1) les données sociodémographiques du professionnel, 2) les évaluations utilisées par le professionnel, 3) la fréquence d'interventions auprès des clients et l'équipe de travail, et 4) les interventions utilisées par le professionnel. Pour chaque section, l'ergothérapeute peut émettre ses commentaires. Le questionnaire est administré une seule fois et le temps requis est d'environ 20 minutes.

#### **4.2.4 Saisie et analyse des données**

D'abord, les commentaires recueillis via le questionnaire auto-administré sont entrés dans un logiciel de traitement de texte. Ensuite, ils sont codés et regroupés par questions et par thèmes. Aussi, des matrices sont utilisées afin de saisir, d'analyser et d'interpréter les données recueillies (Miles et Huberman, 2003).

### **4.3 Consultation d'adultes ayant eu une phase d'APT**

#### **4.3.1 Recrutement**

Les participants adultes ayant eu une phase d'APT sont recrutés par réseau (Fortin, 2010). Il est demandé aux personnes de l'entourage de l'étudiante-chercheuse de lui référer des connaissances ayant eu une phase d'APT suite à un TCC. Une brochure d'information (annexe E), décrivant la recherche et l'implication des participants, est remise à ces personnes. Les critères d'inclusion sont que le participant soit âgé entre 18 et 65 ans, qu'il ait subi un TCC modéré à sévère et qu'il ait eu une phase d'APT de plus de sept jours. Les critères d'exclusion pour ces participants sont d'avoir des difficultés sévères de communication et de ne pas parler français. Toutefois, il est possible que le participant soit accompagné d'un proche afin de faciliter les échanges entre le participant et le chercheur.



### **4.3.2 Considérations éthiques**

Sur le plan éthique, un certificat d'éthique, placé à l'annexe A, est obtenu via le comité de recherche de l'UQTR. De plus, le participant doit lire la lettre d'information (annexe F) avant de signer le formulaire de consentement présenté à l'annexe G. Ce formulaire est signé au début de la rencontre avec le participant.

### **4.3.3 Collecte de données**

L'opinion des participants est obtenue à l'aide d'un court questionnaire (annexe H) et d'une entrevue individuelle. Le questionnaire, visant à mieux connaître le cheminement de réadaptation du participant, comprend deux sections, soit les données sociodémographiques du participant ainsi que la durée et la description de l'APT vécue, tel qu'elle lui a été racontée par ses proches. Ensuite, l'entrevue est menée dans le but d'élaborer le vécu du participant en lien avec l'APT. Avec le consentement du participant, l'entrevue est enregistrée afin de faciliter l'analyse des données. Le tout se déroule en une seule rencontre d'une durée maximale d'une heure. La rencontre a lieu dans un milieu déterminé avec le participant ou par téléphone.

### **4.3.4 Saisie et analyse des données**

Pour commencer, les verbatim enregistrés lors des entrevues ainsi que les réponses au questionnaire sont transcrits dans un logiciel de traitement de texte. Par la suite, les données sont codées et regroupées par thèmes. De plus, des matrices sont utilisées afin de voir le mode d'interaction entre les différentes données (Miles et Huberman, 2003).

## **4.4 Triangulation**

En plus des matrices faites avec les données recueillies selon les deux groupes de participants, une matrice sur les effets des évaluations et des interventions utilisées est construite. Cette matrice regroupe les informations recueillies dans les écrits scientifiques, via le questionnaire auto-administré complété par les participants ergothérapeutes et durant les entrevues effectuées avec les adultes ayant vécu une phase d'APT. Cette triangulation est effectuée à l'aide de tactiques d'interprétation comme compter et regrouper les données semblables (Miles et Huberman, 2003).

## 5. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats provenant des questionnaires auto-administrés par les ergothérapeutes et provenant d'un participant adulte ayant eu une phase d'APT. De plus, une triangulation des données est faite.

### 5.1 Résultats provenant des questionnaires auto-administrés par les ergothérapeutes

Les prochains paragraphes présentent les répondants ainsi que les renseignements obtenus via les questionnaires auto-administrés. Les renseignements sont regroupés en fonction des thèmes suivants : la description de la pratique auprès de la clientèle desservie, les évaluations utilisées par les répondants ainsi que les interventions utilisées.

#### 5.1.1 Description des répondants

Sept ergothérapeutes, de sexe féminin, travaillant auprès d'adultes en phase d'APT suite à un TCC modéré à sévère ont participé au projet de recherche en complétant le questionnaire auto-administré. Les questionnaires ont été collectés de mai à juillet 2014. Le Tableau 2 présente la description des répondants selon leur formation, leur lieu de pratique et leur expérience de travail. L'expérience en lien avec l'APT varie énormément, soit d'un à 22 ans.

*Tableau 2*  
*Description des répondants*

Répondants	Formation	Région	Milieu de travail	Nb. d'années d'expérience ergothérapeutique	Nb. d'années d'expérience en lien avec l'APT
Ergothérapeute 1	Maîtrise	Montérégie	CRDP <sup>1</sup>	4	4
Ergothérapeute 2	Maîtrise	Mauricie	CRDP	20	15
Ergothérapeute 3	Baccalauréat	Mauricie	CRDP	3,5	1
Ergothérapeute 4	Baccalauréat	Mauricie	CRDP	13	12
Ergothérapeute 5	Baccalauréat	Mauricie	CRDP	32	19
Ergothérapeute 6	Baccalauréat	Mauricie	CRDP	26	22
Ergothérapeute 7	Maîtrise	Montérégie	CRDP	12	12

<sup>1</sup> CRDP : Centre de réadaptation en déficience physique.

#### 5.1.2 Description de la pratique auprès de la clientèle desservie

Tout d'abord, les répondants mentionnent que la durée de l'APT chez leurs clients est très variable, soit de dix jours à 60 jours. La Figure 1 présente la fréquence d'intervention des

ergothérapeutes auprès d'un client par semaine, variant de quatre à cinq fois, alors que la Figure 2 expose la durée de ces interventions pouvant varier de cinq à 60 minutes.

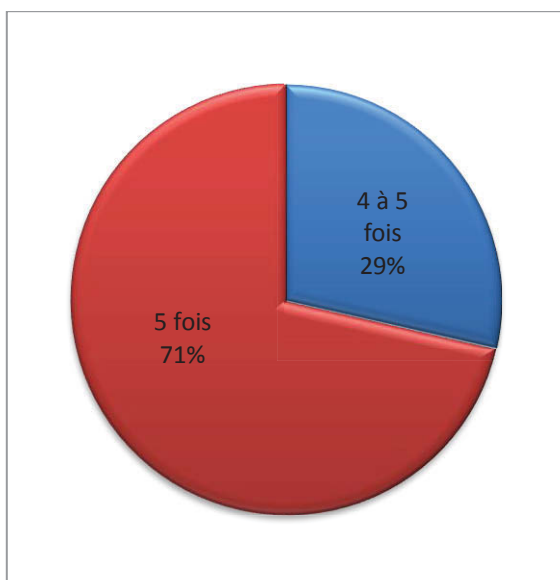


Figure 1. Fréquence d'interventions

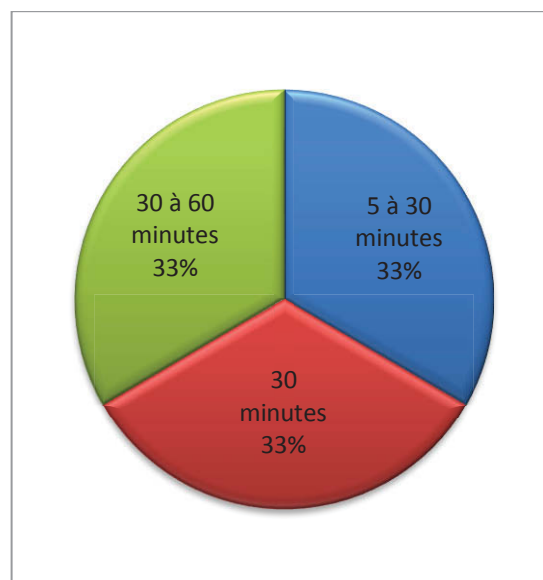


Figure 2. Durées des interventions

De plus, tous les répondants mentionnent faire de la réadaptation précoce. Ils précisent commencer la réadaptation dès l'admission du client. Parmi les répondants, trois se sentent bien outillés à intervenir auprès de clients en APT, alors que quatre ergothérapeutes mentionnent se sentir peu outillés. Aussi, la pratique des ergothérapeutes se fait en équipe interdisciplinaire. Le Tableau 3 présente les membres de l'équipe interdisciplinaire selon les répondants.

Tableau 3  
Membres des équipes interdisciplinaires

	Ergothérapeute	Physiothérapeute	Orthophoniste	Éducateur spécialisé	Neuropsychologue	Travailleur social	Personnel infirmier	Médecin	Psychoéducateur	Psychologue	Physiatre	Nutritionniste
Ergothérapeute 1	x	x	x	x	x	x	x					
Ergothérapeute 2	x	x			x		x	x				
Ergothérapeute 3	x	x	x		x	x	x	x			x	x
Ergothérapeute 4	x	x			x	x	x		x			
Ergothérapeute 5	x	x				x	x		x			
Ergothérapeute 6	x	x					x		x			
Ergothérapeute 7	x	x	x	x	x	x	x	x				

### 5.1.3 Évaluations utilisées

Pour continuer, le Tableau 4 présente les évaluations utilisées par les ergothérapeutes. Tous les répondants utilisent le GOAT, alors que seulement deux ergothérapeutes utilisent la MIF. De plus, deux ergothérapeutes évaluent à l'aide d'autres outils.

*Tableau 4*  
*Évaluations utilisées selon les répondants*

	MIF <sup>1</sup>	GOAT <sup>2</sup>	Autres
Ergothérapeute 1		x	Mises en situation fonctionnelle selon le Profil des AVQ
Ergothérapeute 2	x	x	
Ergothérapeute 3		x	
Ergothérapeute 4		x	
Ergothérapeute 5	x	x	
Ergothérapeute 6		x	
Ergothérapeute 7		x	Wessex Head Injury Matrix et Rancho Los Amigos

<sup>1</sup> MIF : Mesure de l'indépendance fonctionnelle.

<sup>2</sup> GOAT : Test d'orientation et d'amnésie de Galveston.

En précision, deux ergothérapeutes mentionnent ne pas utiliser le GOAT à tous les jours lorsque le client est loin de la cote de 76/100. De plus, ces deux ergothérapeutes utilisent cet outil pour orienter le client en lui donnant les bonnes réponses et en regardant, par exemple, un calendrier avec lui. De plus, ces mêmes répondants précisent qu'il est essentiel de questionner l'entourage du client dans le but de connaître les intérêts du client afin d'obtenir l'attention de ce dernier.

Aussi, deux répondants précisent que la MIF est administrée par le personnel infirmier. Par contre, le résultat obtenu par le client n'est pas discuté en équipe interdisciplinaire.

### 5.1.4 Interventions utilisées

En continuité, les interventions utilisées par les répondants apparaissent dans le Tableau 5. Parmi toutes les évaluations, trois sont utilisées par tous les répondants, soit un programme d'orientation, l'élimination des agents agresseurs ainsi que la réduction des risques d'errance, de chute ou de blessure. De plus, l'astérisque représente l'intervention jugée comme étant la plus efficace selon chaque ergothérapeute.

*Tableau 5*  
*Interventions utilisées selon les répondants*

	PRPP <sup>1</sup>	Réalité virtuelle et technologie robotique	Programme d'orientation	PANSA <sup>2</sup>	Élimination des agents agresseurs	Réduction des risques d'errance, de chute ou de blessure	Autres
Ergothérapeute 1			x *		x	x	Stimulation des AVQ
Ergothérapeute 2		x	x		x	x	Utilisation d'occupations significatives
Ergothérapeute 3			x *		x	x	Mises en situation fonctionnelle
Ergothérapeute 4		x	x		x *	x	Enseignement à la famille
Ergothérapeute 5		x	x		x *	x	Enseignement à la famille
Ergothérapeute 6			x		x	x	
Ergothérapeute 7	x		x *		x	x	Apprentissage sans erreur dans les AVQ

<sup>1</sup> PRPP : *Perceive, Recall, Plan and Perform*.

<sup>2</sup> PANSA : *Parallel Assessments of Neuropsychological Status*.

Tout d'abord, bien que le PRPP soit utilisé par seulement un répondant, il suscite de l'intérêt chez deux autres ergothérapeutes. En effet, sachant qu'une formation est nécessaire afin de pouvoir utiliser le PRPP, ces ergothérapeutes s'en inspirent pour réaliser des mises en situation. D'ailleurs, un ergothérapeute compte suivre la formation éventuellement.

Ensuite, en ce qui a trait à la réalité virtuelle et aux technologies robotiques, la Wii<sup>MC</sup> est utilisée par les trois répondants. De plus, deux répondants favorisent l'usage d'un ordinateur pour que le client, en phase d'APT, puisse explorer son contenu et communiquer avec son environnement social.

Par la suite, un programme d'orientation comprend habituellement trois sphères. Par rapport à la sphère personnelle, les répondants mentionnent afficher des photos du client et de sa famille à la chambre. De plus, un ergothérapeute précise inscrire le nom des personnes photographiées. Sur le plan de l'orientation spatiale, les interventions consistent à aider le

client à se retrouver sur l'unité. Par exemple, une image ou son nom peut être posé sur l'entrée de la chambre du client et un logo placé sur la porte de la salle de bain. Aussi, les objets personnels peuvent aider le client à se repérer, puisqu'il peut reconnaître ces objets. Quant aux interventions concernant l'orientation temporelle, elles consistent à installer un calendrier et une horloge à la chambre du client. Finalement, un seul répondant mentionne utiliser certains éléments du *North Star Project* (De Guise, Leblanc, Feyz, Thomas et Gosselin, 2005) comme programme d'orientation.

Pour continuer, l'élimination des agents agresseurs est utilisée par tous les répondants. Ces derniers identifient les agresseurs sonores comme les bruits externes pouvant être les cloches ou encore les téléphones près des chambres qui sonnent fréquemment. De plus, les ergothérapeutes mentionnent que certains éléments de l'environnement physique peuvent agir en tant qu'agent agresseur. Par exemple, le fait de partager une chambre plutôt qu'avoir une chambre individuelle. Aussi, ils mentionnent que des éléments médicaux peuvent être un agent agresseur, comme une infection urinaire, une gastrostomie ou encore une orthèse. Finalement, les répondants identifient diverses stratégies. Tout d'abord, ils conseillent de mettre en place un environnement favorable en diminuant les bruits agresseurs, en choisissant une chambre seule et plus éloignée du poste infirmier ainsi qu'en mettant de la musique à la chambre du client.

Pour poursuivre, les interventions concernant la réduction des risques d'errance, de chute ou de blessure consistent à utiliser des mesures alternatives et un gardien de sécurité plutôt que des contentions afin de permettre au client de circuler. En d'autres mots, les répondants adaptent l'environnement physique en intégrant, par exemple, un tapis de chute, un arrêt à la porte de la chambre ou en faisant porter au client un bracelet anti-fugue.

Dans un autre ordre d'idées, les répondants pouvaient mentionner d'autres interventions utilisées dans leur milieu. Celles-ci ont toutes pour but de favoriser la reprise des automatismes. En effet, il a été mentionné de faire de la stimulation dans les AVQ par mises en situation fonctionnelles et en graduant le degré de difficulté. L'apprentissage sans erreur dans les AVQ a également été mentionné. De plus, des répondants ont mentionné l'importance

d'impliquer l'entourage du client dans les interventions, mais également de leur faire de l'enseignement.

En fin de compte, les répondants devaient mentionner l'intervention utilisée qui semble la plus efficace pour réduire la durée de l'APT et mettre fin à cette phase. Parmi les répondants, cinq ergothérapeutes ont répondu à cette question. L'opinion est divisée selon deux interventions, soit trois répondants jugent que c'est le programme d'orientation et deux mentionnent l'élimination des agents agresseurs.

## **5.2 Résultats provenant d'un participant adulte ayant eu une phase d'APT**

Tout d'abord, une seule personne ayant subi un TCC et vécu une phase d'APT a participé à l'étude. Les prochains paragraphes présentent le répondant ainsi que les renseignements obtenus via le questionnaire auto-administré et l'entrevue téléphonique. Les données sont classées selon la description de la période d'APT vécue, les soins reçus par l'équipe soignante et les interventions utilisées auprès du participant.

### **5.2.1 Description des répondants**

Le participant est un jeune homme de 25 ans ayant eu un TCC modéré en 2006 causé par un accident de la route. Il a subi une période d'APT de trois semaines. Il a été hospitalisé pendant un mois et a séjourné à un centre de réadaptation durant deux mois. Actuellement, il a un emploi et ne reçoit aucune aide au quotidien. Les symptômes persistants sont une grande fatigabilité et des pertes de mémoire.

### **5.2.2 Description de la période d'APT**

Le répondant mentionne avoir peu de souvenirs de la période d'APT. En effet, il mentionne que ses souvenirs sont par «flash», par exemple des visites de certaines personnes significatives pour lui. De plus, n'ayant pas pleinement conscience de ce qui se passait, la période d'APT a passé vite. Il était donc désorienté dans le temps. Il était également désorienté dans l'espace, ne sachant pas où il se trouvait, et désorienté dans la sphère personnelle. En effet, le répondant ne se souvenait pas de qui il était, de ce qu'il aimait. «Mon ami me racontait mon histoire, mais je ne la reconnaissais pas [mon histoire]. Peu à peu, je me suis

souvenu de certaines choses, à force qu’il me répète mon histoire». Aussi, le participant était impatient lorsqu’il percevait un long délai entre le moment où il sonnait la cloche et la réponse du personnel infirmier, ce qui pouvait démontrer une certaine agitation. Le participant mentionne également que, comme il n’avait pas la notion du temps, il pensait avoir fumé la veille. Il s’est donc levé de son lit et a voulu aller fumer. Il mentionne, qu’étrangement, suite à sa première cigarette, il est sorti de cette période de confusion.

### 5.2.3 Description des soins reçus par l’équipe soignante

Tout d’abord, le participant mentionne que cette période est très «vague» pour lui. Les soins reçus en CH lui semblaient minimales, puisqu’il avait l’impression que les professionnels ne s’occupaient pas de lui. Par contre, en CRDP, il a senti un suivi plus adéquat de l’équipe soignante. Il mentionne que la réadaptation en CRDP est très structurée. Le Tableau 6 présente les professionnels de la santé qui sont intervenus auprès du répondant au cours de son parcours de réadaptation. La liste de profession est la même que celle utilisée pour les participants ergothérapeutes (Tableau 3).

*Tableau 6*  
*Professionnels de la santé étant intervenus dans le processus de réadaptation*

	Ergothérapeute	Physiothérapeute	Orthophoniste	Éducateur spécialisé	Neuropsychologue	Travailleur social	Personnel infirmier	Médecin	Psychoéducateur	Psychologue	Psychiatre	Nutritionniste
Répondant 1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		

### 5.2.4 Interventions utilisées pertinentes

Tout d’abord, le répondant mentionne avoir vécu des interventions différentes les unes des autres. Il précise que certaines interventions l’ont plus marqué et aidé dans son parcours de réadaptation, outre la reprise de la cigarette. La première consiste aux appels téléphoniques d’un ami spécifique qui lui racontait son histoire de vie. Cet ami répétait encore et encore les mêmes souvenirs afin que le répondant se souvienne de sa propre vie. La seconde intervention concerne les occupations. En effet, le participant précise qu’il a dû tout réapprendre. Les interventions favorisant la reprise des automatismes l’ont beaucoup aidé. Finalement, les



sorties de fin de semaine chez ses parents lui ont permis de reconnaître ses repères. De plus, il a découvert de nouveau qui il était : «je suis allé sur mon ordinateur, j'ai regardé la musique que j'avais téléchargée avant l'accident et je me suis dit que c'est ce que je devais aimer écouter». Ces trois interventions ont principalement permis de lui rappeler qui il était.

### 5.3 Triangulation

Le Tableau 7 compare la durée de l'APT ainsi que les évaluations et interventions utilisées selon les écrits scientifiques, les ergothérapeutes et le participant ayant vécu une phase d'APT.

Tableau 7  
*Évaluations et interventions utilisées selon la littérature et les répondants*

	Littérature	Ergothérapeutes (n)	Adulte ayant vécu une phase d'APT
<b>Durée de l'APT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modéré : 1 à 14 jours</li> <li>• Sévère : plusieurs semaines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 à 60 jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 21 jours</li> </ul>
<b>Évaluations utilisées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GOAT<sup>1</sup></li> <li>• MIF<sup>2</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GOAT (7)</li> <li>• MIF (2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GOAT (semblable)</li> </ul>
<b>Interventions utilisées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme d'orientation (Langhom, Sorensen, Pederson, 2010)</li> <li>• PRPP<sup>3</sup> (Nott, Chapparo et Heard, 2008)</li> <li>• PANSAS<sup>4</sup> (Tittle et Burgess, 2011)</li> <li>• <i>North Star Project</i> (De Guise, Leblanc, Feyz, Thomas et Gosselin, 2005)</li> <li>• Réalité virtuelle et technologie robotique (Larson et coll., 2011)</li> <li>• Travail en équipe (IRDQP, 2006)</li> <li>• Réduction des fugues, contentions, stimuli extérieurs (IRDQP, 2006)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme d'orientation (7)</li> <li>• PRPP (1)</li> <li>• PANSAS (0)</li> <li>• <i>North Star Project</i> (1)</li> <li>• Élimination des agents agresseurs (7)</li> <li>• Réalité virtuelle et technologie robotique (3)</li> <li>• Réduction des risques d'errance, de chute ou de blessure (7)</li> <li>• Enseignement à la famille (2)</li> <li>• Favoriser la reprise des automatismes (4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication de l'environnement social</li> <li>• Technologie</li> <li>• Favoriser la reprise des automatismes</li> <li>• Sorties de fin de semaine (orientation)</li> <li>• Reprise de la cigarette</li> </ul>

<sup>1</sup> GOAT : Test d'orientation et d'amnésie de Galveston.

<sup>2</sup> MIF : Mesure de l'indépendance fonctionnelle.

<sup>3</sup> PRPP : *Perceive, Recall, Plan and Perform*.

<sup>4</sup> PANSAS : *Parallel Assessments of Neuropsychological Status*.

## **6. DISCUSSION**

Dans cette section, un retour sur les objectifs et les questions de recherche de cette étude est fait en lien avec les résultats obtenus. Rappelons que le but de l'étude est de découvrir et de décrire les meilleures interventions ergothérapeutiques auprès des adultes en phase d'APT. De manière plus précise, la question principale est : quelles sont les meilleures interventions ergothérapeutiques auprès des adultes en phase d'amnésie post-traumatique suite à un traumatisme cranio-cérébral modéré à sévère afin de réduire la durée de cette phase? Ensuite les sous-questions sont : les interventions présentées dans les écrits scientifiques sont-elles les mêmes que dans la pratique au Québec? Est-ce qu'il y a adéquation entre les interventions en CH et en CRDP? Est-ce que les ergothérapeutes sont sensibilisés à réduire la phase d'APT? Au terme du projet, les objectifs sont partiellement atteints et les questions partiellement répondues.

### **6.1 Retour sur les résultats**

Tout d'abord, la description de l'APT vécue par le répondant adulte correspond au phénomène décrit par Marshman, Jakabek, Hennessy, Quirk et Guazzo (2013). En effet, le répondant a vécu de l'amnésie (antérograde), de la confusion et de l'agitation.

Ensuite, les participants ergothérapeutes utilisent tous le GOAT comme outil d'évaluation. Par contre, la MIF est peu utilisée afin d'apprécier la relation entre la durée de l'APT, la durée du séjour en soins et les résultats fonctionnels comme le suggèrent Kosch, Browne, King, Fitzgerald et Cameron (2010). Il est possible que les ergothérapeutes appliquent certains éléments de cette évaluation de manière implicite dans leur pratique. Par contre, les deux ergothérapeutes des équipes dont le personnel infirmier administre la MIF disent ne pas discuter en équipe du résultat.

Par la suite, parmi l'ensemble des interventions, deux semblent plus efficaces pour réduire la durée de l'APT et mettre fin à cette phase, soit un programme d'orientation et la réduction des agents agresseurs. Par contre, il n'est pas possible de juger si l'une des interventions est meilleure que l'autre, puisque la durée de l'APT est relativement semblable

pour les clients des répondants ergothérapeutes. En d'autres mots, la durée d'APT varie peu entre les clients des différents ergothérapeutes. Il est important de mentionner que chaque client étant différent, chaque cas doit être analysé en étant centré sur la personne afin d'utiliser la meilleure intervention. De plus, les études tendent à suggérer d'utiliser un programme d'orientation comme intervention, malgré une faible évidence scientifique, c'est-à-dire même si les résultats des études ne sont pas statistiquement significatifs (De Guise, Leblanc, Feyz, Thomas et Gosselin, 200; Langhom, Sorensen et Pederson, 2010; Nott, Chapparo, et Heard, 2008; Tittle et Burgess, 2011). En effet, les résultats ont plutôt une pertinence clinique en raison des impacts positifs d'un programme d'orientation sur la réadaptation. De plus, De Guise et ses collaborateurs (2005) proposaient un outil structuré, le *North Star Project*, mais concluent qu'un outil maison peut être tout autant efficace. Ensuite, une troisième intervention est questionnable à savoir si la reprise d'une habitude ancrée à la personne, pouvant lui créer une dépendance, comme fumer des cigarettes, peut mettre fin à la période d'APT. En effet, le répondant adulte mentionne que suite à la reprise de la cigarette, il est sorti de cette période. Bien que cette intervention n'ait pas été mentionnée par les ergothérapeutes, certains ergothérapeutes précisent faire des interventions afin de favoriser la reprise des automatismes.

Dans un autre ordre d'idées, il est à noter l'importance d'intégrer l'entourage de la personne. En effet, quelques ergothérapeutes en ont fait mention et le répondant adulte indique que ça lui a été très aidant pour retrouver ses souvenirs. En effet, l'entourage est une source d'information essentielle à une meilleure connaissance du client. Par contre, cette notion est peu détaillée dans les écrits scientifiques.

En ce qui a trait au travail en équipe interdisciplinaire, les professions sont sensiblement les mêmes d'un milieu à l'autre et il est possible de noter un grand nombre de disciplines impliqués dans cette phase. Quelques indices portent toutefois à questionner le travail en équipe afin d'analyser la situation complexe qu'est l'APT, comme le suggère Sellamna (2008). En effet, deux ergothérapeutes ont mentionné ne pas discuter des résultats de la MIF obtenus par le personnel infirmier lors de la passation. Ensuite, le répondant ayant vécu une phase d'APT a mentionné avoir reçu les soins d'un psychologue, mais ses souvenirs peuvent ne pas refléter parfaitement la réalité. Les répondants ergothérapeutes n'ont pas

mentionné le psychologue comme membre de leur équipe interdisciplinaire, car le psychologue doit probablement intervenir auprès du client une fois qu'il n'est plus en APT. Il est donc difficile de se prononcer sur l'efficacité du travail interdisciplinaire avec les données recueillies.

Finalement, il a été demandé aux participants s'ils se sentaient outillés à intervenir auprès de clients en APT. Parmi les répondants, trois se sentent bien outillés à intervenir auprès de clients en APT, alors que quatre ergothérapeutes mentionnent se sentir peu outillés. Cependant, aucun élément ne diffère entre les ergothérapeutes se sentant bien outillés et ceux peu outillés, à l'exception de l'intervention jugée la plus efficace. En effet, les ergothérapeutes se sentant bien outillés ont majoritairement jugé le programme d'orientation comme le plus efficace, alors que ceux se sentant peu outillés, pour la majorité, ont choisi l'élimination des agents agresseurs. Il est juste d'affirmer que cette intervention, l'élimination des agents agresseurs, nécessite d'avoir une pratique centrée sur le client et d'user de l'environnement social afin de bien connaître le client pour déterminer l'agent agresseur. Par contre, le client en APT est parfois méconnaissable pour la famille et il est alors difficile, pour eux, de déterminer l'agent agresseur. Cette pratique est moins structurée qu'un programme d'orientation. De ce fait, les ergothérapeutes peuvent se sentir moins en confiance. Une question au sujet de leur niveau de confiance aurait été intéressante afin de voir si cela est une variable ayant un impact sur leur pratique.

## **6.2 Retour sur les questions à l'origine de l'étude**

À la question concernant les meilleures interventions ergothérapeutiques afin de réduire la durée de l'APT, quatre interventions semblent prometteuses. La première est le programme d'orientation utilisé dans la pratique et documenté dans la littérature. La seconde concerne l'élimination des agents agresseurs. En effet, cette intervention est jugée comme la plus pertinente par quelques ergothérapeutes en fonction de leur expérience. La troisième intervention est la reprise d'une habitude de vie ancrée au client ou des automatismes. Cette intervention a été mentionnée par le participant ayant vécu une phase d'APT et lui a semblé la plus pertinente. Afin de connaître les automatismes ou les occupations ancrées et saines, le professionnel doit impliquer l'environnement social du client ainsi que favoriser l'accessibilité

et la réalisation de cette occupation, lorsque possible. Finalement, l'implication de l'environnement social aide également la personne à retrouver ses souvenirs et qui elle est.

Brièvement à la question à savoir si les interventions présentées dans les écrits scientifiques sont les mêmes que dans la pratique au Québec, les écrits suggèrent principalement des interventions concernant l'orientation. Parmi les programmes d'orientation suggérés, les participants ergothérapeutes utilisent un programme maison. Seule un ergothérapeute mentionne utiliser des sections du *North Star Project* (De Guise, Leblanc, Feyz, Thomas et Gosselin, 2005).

Par la suite, les données recueillies ne permettent pas de répondre à la question au sujet de l'adéquation entre les interventions en CH et en CRDP. En effet, il est difficile de répondre à cette question, puisque seuls des ergothérapeutes travaillant en CRDP ont répondu au questionnaire.

Finalement, la dernière question référait à savoir si les ergothérapeutes sont sensibilisés à réduire la phase d'APT. Tous les participants ergothérapeutes ont mentionné faire de la réadaptation précoce et intervenir de quatre à cinq fois par semaine auprès de leur client dès leur admission. Ces éléments de réponse tendent à démontrer que les ergothérapeutes sont sensibilisés à la réduction de cette phase.

### **6.3 Forces et limites de l'étude**

Tout d'abord, la force majeure de cette étude est la clarification de certaines caractéristiques de la pratique ergothérapeutique au Québec auprès d'adultes en phase d'APT. Dans le même ordre d'idées, cette étude a un impact clinique et peut susciter de nouveaux questionnements menant à de futures études.

Ensuite, cette étude a des limites. En effet, l'étude comprend un petit échantillon. Le nombre de participant est faible autant pour les participants ergothérapeutes que les adultes ayant vécu une phase d'APT. De plus, il n'a pas été possible d'avoir des ergothérapeutes provenant de différentes régions administratives et différents milieux. Seulement des

ergothérapeutes provenant de la Mauricie et de la Montérégie et travaillant en CRDP ont répondu au questionnaire. De ce fait, les résultats sont peu généralisables. Par rapport aux participants adultes ayant vécu une phase d'APT, le recrutement a été très difficile, puisque l'association contactée n'a pas donné suite à la demande.

Dans le même ordre d'idée, une limite à l'étude est que les écrits disponibles ont un faible niveau d'évidence scientifique et qu'ils ne sont pas ou peu comparables entre eux. De ce fait, il est difficile de généraliser l'applicabilité des résultats.

Une autre limite est que certains ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire se sont probablement peu identifiés à la pratique auprès d'adultes en phase d'APT. De ce fait, certaines questions n'ont pas eu un taux de réponse de 100%. Il est également possible que les questions n'ayant pas eu un taux maximal de réponse aient été mal comprises par ces participants. Dans de futurs travaux, il serait pertinent d'évaluer la meilleure méthode à utiliser afin d'avoir un taux plus élevé de réponses et d'assurer une meilleure compréhension des questions. De ce fait, il serait intéressant de faire un pré-test du questionnaire pour assurer sa compréhensibilité et la pertinence des questions.

#### **6.4 Conséquences de l'étude pour la pratique de l'ergothérapie**

Le recrutement d'ergothérapeutes a notamment été difficile en raison de l'absence d'un regroupement d'ergothérapeutes travaillant auprès de la clientèle TCC. Les membres de ce regroupement pourraient spécifier à quelle phase de réadaptation ils interviennent, comme lors de la phase d'APT. En effet, la présence d'un regroupement pourrait faciliter la transmission d'informations entre les ergothérapeutes travaillant auprès de cette clientèle et mener à l'élaboration de lignes directrices.

De plus, relativement peu d'information a été obtenue sur le travail en équipe interdisciplinaire. Il est possible de se demander si les professionnels sont suffisamment sensibilisés à l'importance de la collaboration entre eux. Actuellement, les universités offrent des colloques et des cours interdisciplinaires pour sensibiliser les futurs professionnels au travail interdisciplinaire et aux rôles des autres professionnels. Ainsi, les prochains

professionnels devraient être sensibilisés et pourront possiblement sensibiliser les membres de leur équipe de travail.

Ensuite, une future recherche pourrait explorer l'impact de la reprise d'une habitude ancrée sur la durée de l'APT. En effet, le participant ayant vécu une phase d'APT a mentionné que la reprise d'un automatisme a aidé à mettre fin à l'APT. L'étude pourrait explorer la fréquence signifiante de l'automatisme et l'intensité.

Une autre recherche pourrait s'intéresser aux besoins des ergothérapeutes travaillant auprès d'adultes en phase d'APT, puisque quatre participants sur sept ont répondu se sentir peu outillés. De ce fait, un guide de pratique, adapté au système de santé québécois, pourrait être créé afin d'uniformiser les services rendus et que ces services soient basés sur les meilleures pratiques.

Finalement, une recherche pourrait explorer l'impact de la présence ou de l'implication de l'entourage auprès d'une personne en APT, en lien avec la réduction de cette phase.

## 7. CONCLUSION

L'ergothérapeute intervient fréquemment auprès du client lorsqu'il est en phase d'APT. Cependant, certains ergothérapeutes se sentent bien outillés alors que d'autres se sentent peu outillés. Deux interventions connues semblent les plus efficaces, soit un programme d'orientation et l'élimination des agents agresseurs. D'autres interventions sont à investiguer davantage, soit la reprise d'une habitude ancrée au client et l'implication des proches. Les résultats à cette étude montrent que la pratique de l'ergothérapie au Québec auprès d'adultes en phase d'APT n'est pas uniforme et diffère sur certains points des écrits scientifiques. En effet, les écrits proposent des outils d'intervention, mais la plupart des milieux de pratique utilisent des outils maison.

De plus amples recherches sur ce domaine d'étude seraient intéressantes afin d'explorer les besoins des ergothérapeutes et de confirmer la pertinence des interventions afin de réduire la durée de la phase d'APT. En plus, le clinicien doit user de son jugement professionnel afin d'utiliser adéquatement les interventions qui s'appliqueront à son client. En effet, le traumatisme crânien peut causer de multiples déficiences et chaque cas est unique. Il n'existe donc pas de recette préconçue pour la réadaptation. C'est pourquoi le professionnel doit choisir les meilleures interventions qui s'appliqueront au profil de son client. De plus, il est important de travailler en équipe interdisciplinaire afin de maximiser les résultats à l'aide de l'expertise spécifique à chaque membre de l'équipe.

Il est également intéressant de constater l'importance des gestes quotidiens pour le client et l'impact qu'ils peuvent avoir sur sa récupération. L'ergothérapeute pourrait ainsi user d'une vision holistique de son client afin de dresser son histoire occupationnelle et de connaître ses automatismes pour les intégrer dans ses interventions.



## RÉFÉRENCES

- Ali, D. et Raad, J. (2013). Rehab Measures : Functional Independence Measure. Repéré à <http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/DispForm.aspx?ID=889>
- Attwood, J. (2013) *Assessing for cognitive impairment in people with an acquired brain injury: validation of a brief neuropsychological assessment battery*. D. Clin. Psych. thesis, Canterbury Christ Church University.
- Bérubé, L. (1991). *Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement*. Éditions de la Chenelière. 176 p.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contantriopoulos, A.P. et Hartz, Z. (2011). *L'évaluation: concepts et méthodes*. Édition remise à jour. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.
- Brown, A.W., Malec, J.F., Mandrekar, J., Diehl, N.N., Dikmen, S.S., Sherer, M., Hart, T. et Novack, T.A. (2010). Predictive utility of weekly post-traumatic amnesia assessments after brain injury: A multicentre analysis. *Brain Injury*, 24(3), 472-478.
- Carrière, M., Reinharz, D. et Tétreault, S. (2004). *Analyse coût/efficacité et organisationnelle des services médicaux et sociaux visant la participation sociale des personnes avec TCC*. Université Laval, Québec.
- Chevalier, P., Cordier, S., Dab, W., Gérin, M., Gosselin, P. et Quénel, P. (2003). Santé environnementale. Dans : Guérin, P. Gosselin, S. Cordier, C. Viau, P. Quénel et É. Dewailly (dir.), *Environnement et santé publique – Fondements et pratiques* (p. 59-86). Paris, France : Edisem / Tec & Doc.
- De Guise, E., Leblanc, J., Feyz, M., Thomas, H. et Gosselin, N. (2005). Effect of an integrated reality orientation programme in acute care on post-traumatic amnesia in patients with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 19(4), 263-269.
- Delorme A. et Flückiger M. (2003) *Perception et réalité*. Boucherville, Québec : G. Morin.
- Fondation Martin-Matte (2012). Statistique sur les accidents et le traumatisme cérébral. Repéré à <http://www.fondationmartinmatte.com/statistiques/>
- Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J. et St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise : Processus de Production du Handicap*. Québec : RIPPH / SCCIDIH
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (2006). *L'intervention auprès des personnes qui présentent un trouble du comportement après un TCC*. Québec.

- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (2007). *Programme pour les adultes et les aînés ayant subi un traumatisme craniocérébral : Réadaptation et soutien à l'intégration sociale*. Québec.
- Kosch, Y., Browne, S., King, C., Fitzgerald, J. et Cameron, I. (2010). Post-traumatic amnesia and its relationship to the functional outcome of people with severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 24(3), 479-485.
- Langhorn, L., Sorensen, J.C. et Pedersen, P.U. (2010). A critical review of the literature on early rehabilitation of patients with post-traumatic amnesia in acute care. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 2959-2969.
- Larson, E.B., Ramaiya, M., Zollman, F.S., Pacini, S., Hsu, N., Patton, J.L. et Dvorkin, A.Y. (2011). Tolerance of a virtual reality intervention for attention remediation in persons with severe TBI. *Brain Injury: [BI]*, 25(3), 274-281.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. et Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63 (1), 9-23.
- Levin, H.S., O'Donnell, V.M. et Grossmann, R.S. (1979). *Test d'orientation et d'amnésie de Galveston (GOAT)*. (2<sup>e</sup> édition; traduit par M. Vanier, 1991). Repéré sur le site du Laboratoire d'évaluation et d'entraînement à la conduite automobile du CRIR, site IRM : [http://www.automobileevaluation.com/Goat-M\\_Vanier.pdf](http://www.automobileevaluation.com/Goat-M_Vanier.pdf)
- Marshman, L.A.G., Jakabek, D., Hennessy, M., Quirk, F. et Guazzo, E.P. (2013). Post-traumatic amnesia. *Journal of Clinical Neuroscience*, 20, 1475-1481.
- Math, F. (2008). *Neurosciences cliniques : De la perception aux troubles du comportement*. (1<sup>re</sup> édition). Belgique : Éditions De Boeck Université.
- Miles, M.B. et Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2<sup>e</sup> éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck University.
- Minaire, P. (1991). La mesure d'indépendance fonctionnelle (M.I.F.). Historique, présentation, perspectives. *Journal de réadaptation médicale*, 11(3), 168-174.
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (3<sup>e</sup> ed.) Armand Colin.
- Nakase-Richardson, R., Sherer, M., Seel, R.T., Hart, T., Hanks, R., Arango-Lasprilla, J.C., ... Hammond, F. (2011). Utility of post-traumatic amnesia in predicting 1-year productivity following traumatic brain injury: comparison of the Russell and Mississippi PTA classification intervals. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 82(5), 494-499.

- Nott, M.T., Chapparo, C. et Heard, R. (2008). Effective occupational therapy intervention with adults demonstrating agitation during post-traumatic amnesia. *Brain Injury*, 22(9), 669-683.
- Reyes, R.L., Bhattacharyya, A.K. et Heller, D. (1981). Traumatic head injury: restlessness and agitation as prognosticators of physical and psychological improvements in patients. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 62(1), 20-23.
- Sellamna, N. (2008). *Interdisciplinarité : Concepts-clés*. Repéré sur le site de l'ICRA : [www.icra-edu.org/objects/francolearn/ACFA0.pdf](http://www.icra-edu.org/objects/francolearn/ACFA0.pdf)
- Tittle, A. et Burgess, G.H. (2011). Relative contribution of attention and memory toward disorientation or post-traumatic amnesia in an acute brain injury sample. *Brain Injury*, 25(10), 933-942.
- Townsend, E.A. et Polatajko, H.J (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e ed., version française N. Cantin). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE

## ANNEXE A CERTIFICAT D'ÉTHIQUE



Université du Québec  
à Trois-Rivières

Décanat de la recherche et de la création

Le 4 avril 2014

Madame Jeanne Boivin-Lafrance  
Étudiante à la maîtrise  
Département d'ergothérapie

Madame,

J'accuse réception des documents corrigés nécessaires à la réalisation de votre protocole de recherche intitulé **La pratique ergothérapique auprès des adultes en phase d'amnésie post-traumatique** en date du 1<sup>er</sup> avril 2014.

Une photocopie du certificat portant le numéro (CER-14-199-07-09) vous sera acheminée par courrier interne. Sa période de validité s'étend du 4 avril 2014 au 4 avril 2015.

Nous vous invitons à prendre connaissance de l'annexe à votre certificat qui présente vos obligations à titre de responsable d'un projet de recherche.

Je vous souhaite la meilleure des chances dans vos travaux et vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FANNY LONGPRÉ  
Agente de recherche  
Décanat de recherche et de la création

FL/cd

p. j. Certificat d'éthique

c. c. Mme Claire Dumont, professeure au Département d'ergothérapie



## CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

**Titre :** La pratique ergothérapeutique auprès des adultes en phase d'amnésie

**Chercheurs :** Jeanne Boivin-Lafrance  
Département d'ergothérapie

**Organismes :** Aucun financement

**N° DU CERTIFICAT :** CER-14-199-07-09

**PÉRIODE DE VALIDITÉ :** Du 04 avril 2014 au 04 avril 2015

### En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Hélène-Marie Thérien  
Présidente du comité

Fanny Longpré  
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 04 avril 2014

ANNEXE B  
LETTRE D'INFORMATION POUR LES PARTICIPANTS ERGOTHÉRAPEUTES



LETTRE D'INFORMATION

---

**Invitation à participer au projet de recherche *La pratique ergothérapique auprès des adultes en phase d'amnésie post-traumatique***

**Jeanne Boivin-Lafrance,**  
**Étudiante à la maîtrise au Département d'ergothérapie**  
**Sous la direction de Claire Dumont**

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les interventions utilisées auprès des adultes en phase d'amnésie post-traumatique, serait grandement appréciée.

**Objectifs**

Les objectifs de ce projet de recherche sont de déterminer les meilleurs modes d'intervention ergothérapique auprès des adultes (18 à 65 ans) en phase d'amnésie post-traumatique suite à un traumatisme cranio-cérébral modéré à sévère afin de réduire la durée de cette phase. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

**Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche consiste remplir un questionnaire auto-administré, comprenant quatre sections : 1) les données sociodémographiques, 2) les évaluations utilisées, 3) la fréquence d'intervention auprès des clients et l'équipe de travail, et 4) les interventions utilisées. La durée est de vingt minutes et doit être fait en dehors de vos heures de travail.

**Risques, inconvénients, inconforts**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 20 minutes, demeure le seul inconvénient.

**Bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des interventions auprès d'adultes en amnésie post-traumatique sont les seuls bénéfices directs prévus à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

**Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par l'utilisation de code numérique et les rapports ne contiendront aucune information susceptible d'identifier les participants. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme la forme d'un transfert de connaissances par une brochure d'information, ne permettront pas d'identifier les participants. Toutefois, si vous le souhaitez, votre nom pourra être mentionné dans cette recherche.

Les données recueillies seront conservées sous clé de type USB protégé par un mot de passe et les seules personnes qui y auront accès seront Jeanne Boivin-Lafrance et Claire Dumont. Elles seront détruites à la fin de la recherche en décembre 2014 et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

**Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

**Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Jeanne Boivin-Lafrance par courriel, Jeanne.Boivin-Lafrance@uqtr.ca.

**Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-14-199-07-09 a été émis le 4 avril 2014.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

**ANNEXE C**  
**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS**  
**ERGOTHÉRAPEUTES**



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

**Engagement de la chercheuse**

Moi, Jeanne Boivin-Lafrance m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

**Consentement du participant**

Je, Cliquez ici pour taper du texte., confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *La pratique ergothérapique auprès des adultes en phase d'amnésie post-traumatique*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

**J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche**

Participante ou participant :	Chercheuse :
Signature : Cliquez ici pour taper du texte.	Signature :
Nom : Cliquez ici pour taper du texte.	Nom :
Date : Cliquez ici pour taper du texte.	Date :

Identifiez la situation souhaitée :

- Je souhaite que mon nom soit mentionné dans cette recherche.
- Je désire garder l'anonymat.



**ANNEXE D**  
**QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ POUR LES PARTICIPANTS**  
**ERGOTHÉRAPEUTES**

Nom :	Cliquez ici pour taper du texte.		
Formation :	<input type="checkbox"/> Baccalauréat	<input type="checkbox"/> Maîtrise	<input type="checkbox"/> Doctorat Autre : Cliquez ici pour taper du texte.
Sexe :	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme	
Âge :	Cliquez ici pour taper du texte.		
Milieu de travail :	<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> CRDP	Autre :
Région :	Cliquez ici pour taper du texte.		
Nb. d'années d'expérience ergothérapique :	Cliquez ici pour taper du texte.		
Nb. d'années d'expérience en lien avec l'APT :	Cliquez ici pour taper du texte.		

Quelle est la durée moyenne approximative (en jours) de l'APT chez vos clients :	Cliquez ici pour taper du texte.	
À quelle fréquence, par semaine, intervenez-vous auprès de vos clients en APT :	Cliquez ici pour taper du texte.	
Quelle est la durée de ces interventions :	Cliquez ici pour taper du texte.	
Commencez-vous la réadaptation précocement :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez à quel moment :	
Travaillez-vous en équipe :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez les professionnels : Cliquez ici pour taper du texte.	
Vous sentez-vous outillé à intervenir auprès de clients en APT?	<input type="checkbox"/> Pas outillé.	<input type="checkbox"/> Bien outillé.
	<input type="checkbox"/> Peu outillé.	<input type="checkbox"/> Très bien outillé.
Commentaires :	Cliquez ici pour taper du texte.	

Utilisez-vous les interventions suivantes dans votre pratique auprès d'adultes en phase d'APT suite à un TCC modéré à sévère ? :			
<i>Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP).</i>			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	Commentaires : Cliquez ici pour taper du texte.
Réalité virtuelle et technologies robotiques.			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, précisez les interventions / outils utilisés : Cliquez ici pour taper du texte.
Programme d'orientation. Précisez :			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, précisez les interventions / outils utilisés : Cliquez ici pour taper du texte.
<i>Parallel Assessments of Neuropsychological Status (PANSA).</i>			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	Commentaires : Cliquez ici pour taper du texte.
Élimination des agents agresseurs.			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, précisez les interventions utilisées : Cliquez ici pour taper du texte.
Réduction des risques d'errance, de chute ou de blessure.			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, précisez les interventions utilisées : Cliquez ici pour taper du texte.
Autres interventions.			
Précisez : Cliquez ici pour taper du texte.			
Quelle intervention utilisée semble la plus efficace pour réduire la durée de l'APT et mettre fin à cette phase ? :			
Précisez : Cliquez ici pour taper du texte.			

**ANNEXE E**  
**BROCHURE D'INFORMATION POUR LES PARTICIPANTS ADULTES AYANT VÉCU UNE PHASE D'APT**

Participants  
recherchés

*La pratique  
ergothérapique  
auprès d'adultes  
en phase  
d'amnésie post-  
traumatique*

Jeanne Boivin-Lafrance  
Département d'ergothérapie,  
Université du Québec à Trois-  
Rivières  
Courriel :  
Jeanne.Boivin-Lafrance@uqtr.ca



### Le participant doit :

1. Avoir subi un traumatisme crânio-cérébral modéré à sévère.
2. Avoir eu une phase d'amnésie post-traumatique de plus de 7 jours.
3. Communiquer des informations au sujet de l'amnésie post-traumatique.
4. Parler français.

### Le participant peut :

1. Être accompagné d'un proche.

### La participation comprend :

1. Un court questionnaire (15 minutes).
2. Une entrevue individuelle ou en petits groupes, selon votre préférence (30 minutes).

### Le temps requis :

Maximum 60 minutes.

### Le questionnaire comprend :

1. Données sociodémographiques, exemple:
  - a. Nom
  - b. Sexe
  - c. Âge
  - d. Année et sévérité du traumatisme
  - e. Niveau de fonctionnement
2. Durée et description de l'amnésie post-traumatique.

### L'entrevue porte sur :

1. Les souvenirs sur l'amnésie post-traumatique.
2. Les soins reçus.

### Quand ?

Communiquez avec Jeanne Boivin-Lafrance via courriel, [Jeanne.Boivin-Lafrance@uqtr.ca](mailto:Jeanne.Boivin-Lafrance@uqtr.ca), pour donner vos disponibilités, pour une entrevue individuelle.

### Où ?

La rencontre aura lieu à un endroit déterminé par le participant et le chercheur ou par téléphone.

### Comment la rencontre va se dérouler ?

1. Lecture de la lettre d'information.
2. Signature du formulaire de consentement.
3. Réponse au questionnaire.
4. Participation à l'entrevue.

### Pourquoi ?

Contribuer à l'avancement des connaissances au sujet des interventions auprès d'adultes en amnésie post-traumatique.

**ANNEXE F**  
**LETTRE D'INFORMATION POUR LES PARTICIPANTS ADULTES AYANT VÉCU**  
**UNE PHASE D'APT**



**LETTRE D'INFORMATION**

---

**Invitation à participer au projet de recherche *La pratique ergothérapique***  
***auprès des adultes en phase d'amnésie post-traumatique***

**Jeanne Boivin-Lafrance,**  
**Étudiante à la maîtrise au Département d'ergothérapie**  
**Sous la direction de Claire Dumont**

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les interventions utilisées auprès des adultes en phase d'amnésie post-traumatique, serait grandement appréciée.

**Objectifs**

Les objectifs de ce projet de recherche sont de déterminer les meilleurs modes d'intervention ergothérapique auprès des adultes (18 à 65 ans) en phase d'amnésie post-traumatique suite à un traumatisme cranio-cérébral modéré à sévère afin de réduire la durée de cette phase. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

**Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche consiste à remplir un questionnaire et à participer à une entrevue individuelle. Le questionnaire comprend deux sections, soit les données sociodémographiques, et la durée et la description de l'amnésie post-traumatique. L'entrevue individuelle, tant qu'à elle, est menée dans le but d'élaborer votre vécu en lien avec l'amnésie post-traumatique. La durée totale est de 60 minutes et doit se dérouler dans un lieu déterminé entre vous et la chercheuse (association, domicile, café).

**Risques, inconvénients, inconforts**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 60 minutes, demeure le seul inconvénient.

**Bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des interventions auprès d'adultes en amnésie post-traumatique sont les seuls bénéfices directs prévus à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

**Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par l'utilisation de code numérique et les rapports ne contiendront aucune information susceptible d'identifier les participants. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme la forme d'un transfert de connaissances par une brochure d'information, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé de type USB protégé par un mot de passe et les seules personnes qui y auront accès seront Jeanne Boivin-Lafrance et Claire Dumont. Elles seront détruites à la fin de la recherche en décembre 2014 et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

**Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

**Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Jeanne Boivin-Lafrance par courriel, [Jeanne.Boivin-Lafrance@uqtr.ca](mailto:Jeanne.Boivin-Lafrance@uqtr.ca).

**Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-14-199-07-09 a été émis le 4 avril 2014.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).

**ANNEXE G**  
**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS ADULTES**  
**AYANT VÉCU UNE PHASE D'APT**



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

---

**Engagement de la chercheuse**

Moi, Jeanne Boivin-Lafrance m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

**Consentement du participant**

Je, \_\_\_\_\_, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *La pratique ergothérapeutique auprès des adultes en phase d'amnésie post-traumatique*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

**J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche**

Participante ou participant :	Chercheuse :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

**ANNEXE H**  
**QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ POUR LES PARTICIPANTS ADULTES**  
**AYANT VÉCU UNE PHASE D'APT**

Nom :			
Sexe :	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme	
Âge :			
Année du traumatisme :			
Sévérité du traumatisme :	<input type="checkbox"/> Léger	<input type="checkbox"/> Modéré	<input type="checkbox"/> Sévère
Centre hospitalier :		Durée du séjour :	
Centre de réadaptation :		Durée du séjour :	
Quels énoncés correspondent à votre situation actuelle :	<input type="checkbox"/> Je ne reçois pas d'aide au quotidien. <input type="checkbox"/> Je reçois de l'aide au quotidien. <input type="checkbox"/> J'ai un emploi.		
Durée de l'amnésie post-traumatique :			
Décrivez la période de l'amnésie post traumatique :			
<p>a. Quels sont les éléments que vous vous souvenez de cette période?</p> <p>b. Décrivez comment s'est passé cette période pour vous?</p> <p>c. Quels sont les soins que vous avez reçus par l'équipe soignante?</p> <p>d. Quelles ont été les interventions les plus utiles ou pertinents, selon vous, pendant cette période?</p>			