

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

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

PAR
AUDREY MARCOUX

LES PRATIQUES ERGOTHÉRAPIQUES VISANT À FAVORISER LE RETOUR AU TRAVAIL DES ADULTES
AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL LÉGER

13 DÉCEMBRE 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

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 cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je voudrais remercier ma directrice d'essai, Madame Valérie Poulin, pour son soutien et ses conseils tout au long du projet. Je voudrais aussi la remercier pour son dévouement et son énorme disponibilité tout au long de la réalisation de ce projet d'envergure. Les rétroactions reçues m'ont permis de progresser, en plus de bonifier et structurer mes idées. Merci également à Alexe Desaulniers pour ses commentaires constructifs lors de la révision de mon essai.

De plus, j'aimerais remercier les ergothérapeutes ayant accepté de participer à cette étude, ainsi que tous ceux qui ont démontré leur intérêt pour ce projet. Je suis aussi très reconnaissante envers mes collègues de séminaire pour vos commentaires et suggestions qui m'ont permis de mettre mon projet à terme.

J'aimerais, dans un dernier temps, remercier ma famille, mes amies et mon copain pour m'avoir encouragée et soutenue pendant le cheminement de ce projet de maîtrise. Un énorme merci pour votre présence dans mon parcours universitaire en ergothérapie.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
TABLE DES MATIÈRES.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	vii
RÉSUMÉ.....	viii
1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLÉMATIQUE	3
2.1. Le traumatisme craniocérébral léger et ses répercussions	3
2.2. Le retour au travail à la suite d'un TCCL.....	4
2.3. Recommandation sur la reprise du travail à la suite d'un TCCL.....	5
2.4. Interventions interdisciplinaires pour la prise en charge des personnes ayant subi un TCCL afin de soutenir le retour au travail.....	6
2.5. Les pratiques ergothérapeutiques visant à soutenir le retour au travail.....	9
2.6. Pertinence d'une étude sur les pratiques ergothérapeutiques visant le retour au travail après le TCCL	12
2.7. Objectifs de l'étude	13
3. CADRE CONCEPTUEL.....	14
3.1. Le Modèle Canadien du Processus de Pratique	14
3.2. Le modèle de fonctionnement au travail.....	17
3.3. Le modèle de réadaptation au travail après un TCCL	18
3.4. Modèle conceptuel combiné.....	20
4. MÉTHODE.....	21
4.1. Devis	21
4.2. Participants.....	21
4.2.1. Recrutement.....	21
4.3. Collecte de données	22
4.4. Analyse des données	22
4.5. Considérations éthiques.....	23
5. RÉSULTATS	24
5.1. Description des participants.....	24
5.2. Le processus de prise en charge.....	26
5.2.1. Initier et établir le contact.....	26
5.2.2. Évaluer et analyser	27
5.2.3. Convenir du plan et des objectifs ainsi que mettre en œuvre le plan	29
5.2.4. Faire le suivi	32

	iv
2.2.5. Conclure et mettre fin	32
5.3. Les facilitateurs et obstacles	33
5.3.1. Les facteurs personnels des clients	33
5.3.2. La collaboration interprofessionnelle	34
5.3.3. Les structures organisationnelles	35
5.3.4. L'expertise professionnelle de l'ergothérapeute	36
5.3.5. L'accessibilité aux ressources pour soutenir la pratique.....	37
5.3.6. L'organisation du processus de pratique	38
6. DISCUSSION.....	40
6.1. Le processus de prise en charge ainsi que les stratégies d'évaluation et d'intervention en ergothérapie.....	40
6.2. Facilitateurs et obstacles à la pratique auprès des personnes ayant subi un TCCL.....	44
6.3. Retombées pour la pratique en ergothérapie	47
6.4. Forces et limites de l'étude	48
7. CONCLUSION.....	49
RÉFÉRENCES.....	50
ANNEXE A.....	55
ANNEXE B.....	57

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Caractéristiques sociodémographiques des participants	27
Tableau 2.	Stratégies d'évaluation des ergothérapeutes classifiées selon les dimensions du modèle du fonctionnement au travail	30
Tableau 3.	Stratégies d'intervention des ergothérapeutes classifiées selon les catégories du modèle de réadaptation au travail après un TCCL	33

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CO-OP	Cognitive Orientation to daily Occupational Performance
MCPP	Modèle Canadien du Processus de Pratique
INESSS	Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux
ISHT	Indicateur de Situation de Handicap au Travail
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
ONF	Ontario Neurotrauma Foundation
RAPTCCQ	Regroupement des Associations de Personnes Traumatisées CranioCérébrales du Québec
SPCP	Symptômes Post-Commotionnels Persistants
TCC	Traumatisme CranioCérébral
TCCL	Traumatisme CranioCérébral Léger

RÉSUMÉ

Problématique : Le traumatisme craniocérébral léger (TCCL) peut engendrer de nombreuses répercussions dans le quotidien des personnes touchées, notamment des difficultés à retourner au travail. Il existe toutefois peu de lignes directrices claires concernant la prise en charge en ergothérapie pour favoriser le retour au travail de ces personnes lorsque celles-ci présentent des symptômes persistants. Les ergothérapeutes sont toutefois souvent appelés à intervenir lorsqu'il y a un enjeu pour le retour au travail. **Objectifs :** L'objectif général de la recherche est de décrire les pratiques ergothérapeutiques actuelles pour favoriser le retour au travail des adultes ayant subi un TCCL. Plus spécifiquement, l'étude explore (1) le processus de prise en charge en ergothérapie ainsi que (2) les stratégies d'évaluation et d'intervention utilisées, et (3) les facilitateurs et obstacles à la pratique auprès de cette clientèle dans un contexte de retour au travail. **Cadre conceptuel :** Les modèles conceptuels utilisés pour guider cette étude sont le Modèle Canadien du Processus de Pratique (MCP), le modèle du fonctionnement au travail, ainsi que le modèle de réadaptation au travail après un TCCL. **Méthode :** Le devis de recherche utilisé est descriptif de nature qualitative. Grâce à une méthode d'échantillonnage par réseaux, sept ergothérapeutes travaillant avec la clientèle TCCL et exerçant dans trois milieux de pratique différents au Québec ont été recrutés. La collecte de données s'est effectuée par entrevues téléphoniques semi-structurées. **Résultats :** Bien que la prise en charge de cette clientèle pose plusieurs défis, les ergothérapeutes appliquent, en majorité, l'ensemble des étapes suggérées par le processus de la pratique. Ils utilisent une diversité de stratégies d'évaluation (ex. : simulations de tâches de travail, questionnaires) et d'intervention (ex. : visite en milieu de travail, psychoéducation) afin de répondre aux besoins de leurs clients et les aider à retourner au travail, mais certains manifestent un désir de réaliser encore davantage d'interventions directement en milieu de travail et de pouvoir avoir de la flexibilité dans la durée et les méthodes de suivi lors de la réintégration progressive au travail. Les principaux facilitateurs et obstacles perçus dans leur pratique concernent notamment les facteurs personnels des clients, la collaboration interprofessionnelle, les structures organisationnelles, l'expertise professionnelle de l'ergothérapeute, l'accessibilité aux ressources pour soutenir la pratique et l'organisation du processus de pratique. **Discussion :** Plusieurs résultats concernant la prise en charge de cette clientèle ainsi que les stratégies d'évaluation et d'intervention utilisées correspondent avec les écrits scientifiques émergeant dans ce domaine, et ce, malgré qu'il y ait peu de lignes directrices destinées spécifiquement aux ergothérapeutes. De plus, les éléments facilitant et limitant la pratique sont majoritairement influencés par les contextes sociétaux et de la pratique, comme le suggère le MCP. **Conclusion :** Cette étude a permis de documenter les pratiques ergothérapeutiques auprès d'une clientèle pour laquelle la pratique se développe et pose des défis. De plus, elle a permis de formuler des pistes de recommandations pour soutenir les professionnels et contribuer à l'amélioration des services.

Mots-clés : Traumatisme craniocérébral léger, retour au travail, ergothérapie

1. INTRODUCTION

Chaque année, au Québec, plus de 13 000 personnes sont victimes d'un traumatisme craniocérébral (TCC) (Regroupement des Associations de Personnes Traumatisées CranioCérébrales du Québec [RAPTCCQ], 2018). Chez l'adulte, de 70 à 90% de l'ensemble des TCC sont des traumatismes craniocérébraux légers (TCCL). Il y a un ratio d'environ 600 cas par 100 000 habitants, en plus de ceux qui ne seront jamais diagnostiqués puisqu'un nombre significatif de personnes ne consultera jamais un médecin ou un autre professionnel de la santé (Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux [INESSS], 2018). Les TCCL peuvent toucher les personnes de tout âge, particulièrement les jeunes adultes et les hommes, qui sont deux fois plus à risque que les femmes. Les causes principales sont les chutes, les accidents de la route ainsi que les activités sportives (Cassidy et coll., 2004). Suite au traumatisme, la majorité des individus retrouvent un fonctionnement normal. Toutefois, jusqu'à 15% des personnes touchées présentent des symptômes persistants (ex. : maux de tête, trouble de l'attention ou fatigue) (Ontario Neurotrauma Foundation [ONF], 2018), affectant leur participation dans leurs activités quotidiennes et leurs rôles, particulièrement le travail (Cancelliere et coll., 2014; Colantonio et coll., 2016). Certains demeurent d'ailleurs incapables de retourner au travail plusieurs mois suivant le TCCL, ce qui a de graves conséquences dans leur vie, d'autant plus que le travail est un fort moteur de l'identité d'une personne (Dodson, 2010). Ils nécessitent donc des services de réadaptation dans le but de favoriser leur retour au travail, qui est souvent l'un des enjeux principaux à la suite d'un TCCL (Chu, Tsai, Xiao, Huang et Yang, 2017). Les guides de pratique reconnaissent que l'ergothérapeute, en tant que professionnel de la santé, a un rôle important à jouer auprès de la clientèle TCCL afin d'évaluer et de soutenir les personnes dans un contexte de retour au travail (ONF, 2013; ONF, 2018; Stergiou-Kita, Yantzi et Wan, 2010). Il existe toutefois peu de lignes directrices claires concernant les interventions ergothérapeutiques à préconiser pour optimiser le retour au travail de ces personnes. Considérant que les multiples conséquences du TCCL sont maintenant mieux reconnues et que les services auprès de cette clientèle se développent de plus en plus, (Gouvernement du Québec, 2010) dont en ergothérapie, il apparaît pertinent d'explorer les

pratiques ergothérapeutiques actuelles visant à favoriser le retour au travail des adultes ayant subi un TCCL.

Ce projet de recherche comporte cinq sections principales. Celui-ci débute par une présentation de la problématique à l'étude, suivie du cadre conceptuel exposant les concepts clés de trois modèles complémentaires. Par la suite, la méthode, qui comprend le devis, les participants, la collecte de données, l'analyse des données ainsi que les considérations éthiques est présentée. Enfin, les résultats de l'étude sont exposés, suivis de la discussion et d'une courte conclusion présentant des pistes de recherches futures.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1. Le traumatisme craniocérébral léger et ses répercussions

Le traumatisme craniocérébral léger (TCCL) se définit comme « une atteinte cérébrale aiguë résultant d'un transfert d'énergie d'une source externe vers le crâne et les structures sous-jacentes » (Holm, Cassidy, Carroll, et Borg, 2005, p.140). Il est couramment appelé commotion cérébrale, qui est un terme fréquemment utilisé dans le domaine des sports (Cassidy et coll., 2004). Le diagnostic clinique repose sur la présence d'au moins un des éléments suivants: 1) de la confusion ou de la désorientation; 2) une perte de conscience de moins de 30 minutes; 3) une amnésie post-traumatique de moins de 24 heures; 4) tout autre symptôme neurologique transitoire comme un signe neurologique localisé, une convulsion ou une lésion intracrânienne ne nécessitant pas une intervention chirurgicale et 5) un résultat variant de 13 à 15 sur l'échelle de coma de Glasgow, qui aide à déterminer la gravité initiale d'un TCC, après les 30 minutes suivant l'arrivée à l'urgence (Holm et coll., 2005). De plus, selon une récente synthèse des connaissances en vue des révisions des orientations ministérielles sur les TCCL de 2005-2010, l'ajout d'un critère sur les atteintes physiologiques ou fonctionnelles à cette définition semblerait permettre de mieux reconnaître les altérations plus subtiles de l'état mental, les troubles de l'équilibre et les autres troubles transitoires comme des signes d'un TCCL (INESSS, 2018). Le niveau de gravité du TCC peut être qualifié de léger, modéré ou grave. Chez l'adulte, de 70 à 90% de l'ensemble des TCC sont des TCCL (Gouvernement du Québec, 2010). Habituellement, les individus touchés retrouvent un fonctionnement optimal dans les quelques jours à quelques mois suivants le traumatisme, mais de 5 à 15% des personnes vont continuer à éprouver des symptômes persistants d'ordre physique (ex. : maux de tête, nausées, étourdissements), cognitif (ex. : trouble de la mémoire, de l'attention, des fonctions exécutives) et émotionnel (ex. : fatigue, dépression, anxiété) (ONF, 2018). Ils peuvent également être qualifiés de symptômes post-commotionnels persistants (SPCP). Cela peut engendrer plusieurs répercussions, telles qu'une capacité fonctionnelle réduite, une détresse émotionnelle (Colantonio et coll., 2016), des difficultés d'intégration dans la société (Perroux, Lefebvre, Levert, et Malo, 2013) et des limitations de la participation dans certains rôles, particulièrement

le retour au travail (Cancelliere et coll., 2014; Colantonio et coll., 2016) qui est un enjeu majeur à la suite d'un TCCL (Chu, Tsai, Xiao, Huang et Yang, 2017).

2.2. Le retour au travail à la suite d'un TCCL

Le rôle de travailleur occupe une place centrale dans les occupations à l'âge adulte et constitue le principal moteur de l'identité (Dodson, 2010), ce qui fait du retour au travail l'un des enjeux principaux à la suite d'un TCCL (Chu, Tsai, Xiao, Huang et Yang, 2017). La majorité des travailleurs atteints d'un TCCL retournent au travail dans les quelques semaines à quelques mois suivant la blessure (Wäljas et coll., 2014 ; Vikaine et coll., 2017) et il est estimé que de 73 à 88% des individus ayant subi un TCCL vont être en mesure de retourner au travail dans l'année suivant la blessure (Van der Naalt, Van Zomeren, Sluiter et Minderhoud, 1999). Néanmoins, 15 à 20% des personnes ayant subi un TCCL demeurent invalides un an après l'accident (Feinstein et Rapoport, 2000) et ils gagnent en moyenne moins que les personnes sans incapacités (Chu et coll., 2017). Le retour au travail est aussi un indicateur important du fonctionnement dans la vraie vie à la suite du TCCL. Les personnes atteintes d'une lésion cérébrale qui ont un emploi déclarent un meilleur état de santé, un meilleur sentiment de bien-être, une plus grande intégration sociale au sein de la collectivité, une moindre utilisation des services de santé et une meilleure qualité de vie (Cancelliere et coll., 2014). En contre-partie, les personnes qui sont incapables de retourner au travail subissent des répercussions importantes liées à la perte de rôle significatif ainsi qu'à des conséquences psychosociales (ex. : dépression, isolement) et financières (Stergiou-Kita et coll., 2010). En effet, les difficultés à retourner au travail entraînent une baisse de la productivité, des changements d'emploi fréquents, une diminution du niveau de responsabilités, une diminution du revenu, la perte d'un milieu valorisant, une réduction des contacts sociaux, une perte d'identité et parfois même, une perte de sens à la vie (Lanctôt, Préville et Bouchard, 2008). De plus, lorsque les symptômes persistent et que le retour au travail est retardé, des enjeux liés à l'indemnisation et aux litiges sont des facteurs additionnels pouvant complexifier la situation (Chang, Lombard, et Greher, 2011).

Plusieurs facteurs peuvent influencer la réinsertion professionnelle à la suite d'un TCCL. Il s'agit des facteurs personnels pré-traumatiques (ex. : âge, sexe, scolarité, statut

psychologique), des facteurs personnels liés au traumatisme (ex.: gravité de la lésion, symptômes concomitants), des facteurs personnels post-traumatiques (ex. : état physique, cognitif ou psychosocial), des facteurs professionnels (ex.: la catégorie, la complexité du travail avant et après le traumatisme) et des facteurs environnementaux (ex. : les facteurs économiques, le milieu de travail, le soutien social) (Cancelliere et coll., 2014; Stergiou-Kita, Dawson et Rappolt, 2011). Selon l'ONF (2018), certains facteurs pronostics de récupération fonctionnelle influencent la possibilité de retourner au travail. Les facteurs associés à un pronostic fonctionnel défavorable à la suite d'un TCCL sont les étourdissements, le nombre de symptômes signalés lors du suivi, des éléments de stress post-traumatique, des déficits cognitifs objectivés aux tests de mémoire et des fonctions exécutives, une diminution des interactions sociales, une recherche de compensation financière ou une situation litigieuse, une perte de conscience, des antécédents de problématiques de santé mentale (ex. : anxiété, dépression, manie, symptômes psychotiques), un fonctionnement cognitif et une intelligence prémorbide plus faible, et finalement, la situation de travail antérieure (ex. : instabilité d'emploi, faible revenu) (ONF, 2018). Au contraire, les facteurs favorables pour le retour au travail sont le soutien de la famille, des amis et des professionnels de la santé, ainsi que des employeurs qui permettent certaines adaptations (Colantonio et coll., 2016; Gilworth, Eyres, Carey, Bhakta et Tennant, 2008). Enfin, le modèle de Kay (1992), qui offre un cadre conceptuel pour l'évaluation et le traitement des personnes ayant des difficultés fonctionnelles après un TCCL, fait aussi ressortir les interactions dynamiques entre trois types de facteurs influençant potentiellement le pronostic fonctionnel à la suite d'un TCCL. Ces facteurs sont d'origine neurologique, physique et psychologique. De plus, ce modèle met en lumière l'importance de considérer les aspects cognitifs subjectifs, soit la manière dont une personne perçoit et fait face à ses déficits dans le quotidien (Kay, Newman, Cavallo, Ezrachi, et Resnick, 1992). Ces différents facteurs doivent donc tous être considérés dans la planification du retour au travail des personnes ayant subi un TCCL.

2.3. Recommandation sur la reprise du travail à la suite d'un TCCL

Les guides de pratique publiés au cours des dernières années (Marshall, Bayley, McCullagh, Vilikonja et Berrigan, 2012; ONF, 2013; ONF, 2018) offrent certaines

recommandations sur la prise en charge du TCCL ainsi que sur la reprise du travail. Ces recommandations se basent principalement sur des opinions consensuelles d'experts et elles suggèrent entre autres, un retour graduel et progressif selon la tolérance des individus. Dans le guide de l'ONF (2018), il est recommandé qu'immédiatement après avoir subi un TCCL, les individus devraient recevoir des recommandations afin d'éviter les activités qui augmenteraient le risque de subir une autre commotion cérébrale pendant la période de récupération, en particulier au cours des 7 à 10 premiers jours. De plus, il est recommandé que les individus retournent à leurs activités normales (ex. : travail, école, loisir) graduellement selon leur tolérance, tant pour les activités physiques que cognitives. Les recommandations pour la reprise des activités visent à obtenir une participation maximale aux activités pré-lésionnelles en minimisant l'exacerbation des symptômes. En cas d'exacerbation des symptômes, il est conseillé aux patients de réduire temporairement leur exigence physique et cognitive et recommencer un retour graduel aux activités à un rythme plus lent. Aussi, si les tâches de travail d'une personne impliquent des demandes physiques importantes, des tests d'effort (ex. : un test d'effort gradué sur un tapis roulant) peuvent être effectués. Par contre, si ce test entraîne un retour des symptômes, un retour progressif contrôlé à une activité normale qui est tolérée devrait être recommandé. Enfin, si des risques de blessures sont présents dans le travail, une évaluation plus approfondie des symptômes, des aménagements de travail et l'identification des restrictions de travail devraient être faits. Dans certains cas, des interventions additionnelles sont susceptibles d'être nécessaires, notamment lorsque les individus éprouvent des symptômes persistants et qu'ils sont incapables de reprendre leurs tâches de travail antérieures. À ce moment, ces individus devraient être référés à des spécialistes pour une évaluation plus approfondie sur le retour au travail, comprenant l'évaluation de la personne, les exigences du travail, l'environnement de travail, les supports environnementaux ainsi que les facilitateurs et barrières au retour au travail (ONF, 2018).

2.4. Interventions interdisciplinaires pour la prise en charge des personnes ayant subi un TCCL afin de soutenir le retour au travail

La prise en charge des personnes ayant des symptômes persistants à la suite du TCCL peut nécessiter l'implication d'un ensemble de professionnels. Ceux qui sont les plus souvent

recommandés sont les neuropsychologues, les médecins, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les infirmiers et les travailleurs sociaux. Les normes diffusées par l'ONF en 2017 mettent l'accent sur l'importance d'avoir recours à une équipe interdisciplinaire pour une prise en charge structurée et globale. Cette équipe devrait, entre autres, être formée d'au moins trois professionnels qualifiés de disciplines différentes pouvant offrir l'ensemble des services d'évaluation, d'intervention, de soutien, de coordination et d'information. De plus, ils mettent l'accent sur la nécessité d'avoir accès à un médecin expérimenté en TCCL (ONF, 2017). Les guides de pratique (Marshall et coll., 2012; ONF, 2013; ONF, 2018) proposent des recommandations générales concernant le diagnostic, l'évaluation et la prise en charge des symptômes persistants, incluant aussi certaines recommandations plus spécifiques sur les troubles du sommeil, de santé mentale, des difficultés cognitives, de la fatigue, des maux de tête, des troubles vestibulaires et de la vision, ainsi que pour le retour au travail et à l'école.

Selon la complexité du TCCL, il peut y avoir certaines interventions dites « simples » qui sont faites lorsqu'un client présente peu de facteurs pronostics défavorables. Il s'agit de 1) la psychoéducation sur le TCCL, la rassurance et la validation des symptômes; 2) une adaptation temporaire aux difficultés comme la gestion de l'énergie; 3) la promotion de la reprise progressive des occupations en mettant l'accent sur le retour au travail ou aux études; 4) avoir des traitements médicaux ciblés (par exemple pour le sommeil, la douleur ou l'anxiété) et 5) avoir une réadaptation de courte durée et de faible intensité (Guérin et coll., 2005). Selon une récente synthèse des connaissances en préparation de la révision des orientations ministérielles pour le TCCL de 2005-2010 (INESSS, 2018), le processus de psychoéducation et de rassurance fait partie des interventions à promouvoir et mettre davantage en place. À titre d'exemple, pour favoriser la reprise des occupations, l'ergothérapeute peut enseigner des principes de gestion d'énergie et de la douleur, le médecin peut offrir un traitement pharmacologique, le psychologue peut apporter un soutien psychologique si la personne est anxieuse ou déprimée et, finalement, cette personne peut se faire recommander certains exercices par le physiothérapeute. Les divers professionnels doivent donc s'ajuster aux besoins changeants de la personne et se concerter afin d'offrir les meilleurs services possibles (Guérin et coll., 2005).

Lorsque les clients présentent plusieurs facteurs de mauvais pronostic, certaines interventions dites plus « complexes » peuvent être déployées telles que 1) l'augmentation progressive de la mise en action dans les diverses occupations; 2) avoir une assistance dans le processus de retour au travail; 3) favoriser l'autogestion des symptômes; 4) responsabiliser et viser l'autodétermination du client; 5) avoir de la polypharmacie (ex. : dépression, troubles cognitifs) et 6) une réadaptation plus longue et d'intensité plus grande (McKerral et Léveillé, 2015). Ces interventions sont habituellement faites en milieu écologique, soit dans le milieu naturel de la personne. Elles devraient également se faire dans un contexte de collaboration interprofessionnelle et être centrées sur les besoins de la personne. De plus, l'éducation à la famille est essentielle afin de soutenir la personne et de favoriser son adaptation aux milieux (Guérin et coll., 2005). Ces interventions sont distinctes de celles utilisées avec la clientèle TCC modérée et sévère, particulièrement en raison de leur intensité et leur fréquence qui sont habituellement moindres, et en raison d'une absence d'intervention directe sur les fonctions cognitives. Enfin, les différents professionnels pouvant intervenir auprès des individus ayant subi un TCCL ne vont pas nécessairement intervenir dans un même dossier simultanément, mais ils vont être appelés à s'impliquer graduellement en cours de cheminement, par exemple l'ergothérapeute lors du retour au travail (Guérin et coll., 2005). La reprise du travail, ainsi que son maintien, représentent donc des objectifs centraux de l'intervention de réadaptation spécialisée. Il est donc important de proposer rapidement un cadre pour le retour à cette occupation (McKerral et Léveillé, 2015).

Plus précisément, lorsqu'il est le temps de retourner au travail, les professionnels de la santé doivent prendre en considération les caractéristiques particulières du patient et de son contexte, par exemple les difficultés découlant de la blessure, les facteurs psychosociaux, les déficits cognitifs et les facteurs culturels ou contextuels liés au travail (ex. : charge de travail, heures de travail) (Marshall et coll., 2012). Il existe, en plus des professionnels de la santé qui sont impliqués dans le retour au travail, certains partenaires qui y sont souvent impliqués également, notamment les employeurs. À cet effet, une approche structurée et efficace pour faciliter le retour au travail des personnes ayant subi un TCCL doit être faite de concert. Les caractéristiques analysées par les professionnels de la santé (ex. : restrictions médicales,

limitations, tolérance) devraient notamment, être communiqués aux employeurs pour que ceux-ci identifient des possibilités d'adaptations et de modifications de tâches. Ainsi, de concert, l'employé et l'employeur, soutenus par les professionnels de la santé, établissent un plan de retour au travail progressif (ONF, 2018). Enfin, pour les personnes qui éprouvent des déficits persistants à la suite du TCCL ou qui rencontrent des problèmes une fois de retour au travail, des programmes de retour au travail comportant des plans d'action rigoureusement élaborés doivent être mis en oeuvre. Plus précisément, il est recommandé de demander une consultation à un ergothérapeute pour examiner le processus de retour au travail, tel qu'expliqué dans la section ci-dessous (Marshall et coll., 2012).

2.5. Les pratiques ergothérapeutiques visant à soutenir le retour au travail

Selon le guide de pratique sur les TCCL et les symptômes persistants (ONF, 2013), l'ergothérapeute a effectivement un rôle important à jouer afin d'évaluer et de soutenir le processus de retour au travail, en plus d'être impliqué de manière plus générale dans l'éducation de la personne (ex. : rassurer les clients sur les symptômes) ou dans les interventions visant la gestion des symptômes persistants à plus long terme. Par exemple, il est recommandé de référer les personnes ayant des symptômes de santé mentale persistants, comme une dépression et de l'anxiété, à une équipe en santé mentale (ONF, 2018) dans laquelle l'ergothérapeute peut faire partie (Gouvernement du Québec, 2011). Également, si des difficultés cognitives persistent, au plan de l'attention et de la concentration par exemple, l'intervention de l'ergothérapeute est aussi recommandée (ONF, 2018). En bref, l'ergothérapeute va intervenir en étant centré sur son client et en ayant une approche holistique puisque le TCCL va engendrer plusieurs impacts sur la participation aux occupations quotidiennes (Cogan, 2014).

En ce qui concerne spécifiquement le retour au travail, les ergothérapeutes jouent un rôle majeur, tant pour l'évaluation que pour la mise en place d'interventions visant à retrouver certaines capacités spécifiques à l'emploi. Le processus de réadaptation au travail implique généralement une évaluation de l'adéquation entre les exigences du travail et de l'environnement de travail avec la capacité fonctionnelle résiduelle du travailleur (Gibson et

Strong, 2003). Il faut donc considérer à la fois, les facteurs personnels des clients et les facteurs environnementaux du travail (Stergiou-Kita et coll., 2010). On préconise davantage l'approche écologique, qui permet à une personne de se pratiquer dans son milieu de travail, soit en contexte réel. Cette approche permet de comprendre comment le travailleur et les éléments du milieu, par exemple l'environnement physique, social ou les politiques organisationnelles, sont interreliés (Dodson, 2010). Le guide de pratique à l'intention des ergothérapeutes concernant l'évaluation des capacités reliées au travail pour une clientèle présentant une déficience physique (Roy, Durand, Corriveau, 2011), nomme d'ailleurs certaines évaluations et interventions à préconiser dans un processus de réadaptation au travail. Le guide nomme entre autres, des méthodes d'évaluation telles que des entrevues, des observations directes, des mesures standardisées, l'utilisation de photographies ou de vidéos, l'utilisation de journaux de bord (Innes et Straker, 2002) et des simulations de tâches de travail (Bootes et Chapparo, 2002). Aussi, pour connaître la capacité maximale des travailleurs selon les exigences de leur milieu de travail, des batteries de tests qui vont mesurer par exemple, la tolérance assise, debout et à la marche, ainsi que la manutention de charges (Hart, Isernhagen et Matheson, 1993) peuvent être utilisées. Enfin, il arrive que certaines capacités cognitives soient également évaluées, telles que la résolution de problème, la concentration et la capacité à s'organiser (Bootes et Chapparo, 2002), faisant ainsi référence à des facteurs personnels des clients, tels que le stipulent Stergiou-Kita, Yantzi et Wan (2010) dans leur étude. En ce qui concerne les facteurs liés au travail, Stergiou-Kita, Yantzi et Wan (2010), mentionnent que le soutien de l'employeur, la communication précoce et l'adaptation du milieu de travail sont des facteurs importants à considérer pour le retour au travail des clients. En ce sens, il faut évaluer les besoins des clients, mais il faut également tenir compte des besoins du lieu de travail, des employeurs et des collègues (Stergiou-Kita et coll., 2010). Suite à cela, des interventions seront préconisées selon les besoins particuliers des clients, par exemple de l'entraînement spécifique à un nouvel emploi, une adaptation de l'emploi (ex. : poste de travail, tâches, horaire) (Roy, Durand et Corriveau, 2011), de même que des discussions avec l'employeur (Dodson, 2010; Roy et coll., 2011).

Dans les écrits scientifiques, certaines interventions ergothérapeutiques chez les personnes ayant subi un TCCL ont été documentées comme étant prometteuses pour aider à la reprise d'occupations significatives, notamment le travail. Ces interventions, dont des principes pertinents pourraient être tirés pour soutenir la reprise du travail, n'ont toutefois pas été étudiées spécifiquement dans un contexte de réadaptation au travail, ce qui constitue une limite. Il s'agit de l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) (Cogan, 2014; Dawson, Gaya, Hunt, Levine, Lemsky et Polatajko, 2009), qui implique l'utilisation de stratégies métacognitives de résolution de problèmes pour permettre aux clients d'accomplir les objectifs significatifs qu'ils ont priorisés. De plus, il y a des programmes d'autogestion, visant l'éducation aux symptômes, le développement de stratégies compensatoires adaptatives, le recadrage cognitif et la résolution de problèmes pour aider les clients à mieux gérer les conséquences du TCCL. Cela leur permet de renforcer leur auto-efficacité pour minimiser les impacts sur leur condition de santé et leur fonctionnement au quotidien (Cogan, 2014; Kendrick, Sliverberg, Barlow, Miller et Moffat, 2012). Enfin, il existe d'autres interventions telles que de l'enseignement pour compenser les erreurs liées au TCCL ainsi que pour soutenir l'accomplissement des occupations quotidiennes et l'adaptation des routines. À titre d'exemple, il serait possible d'intégrer des aide-mémoire ou de diviser des tâches en séquences d'étapes. La formation professionnelle et les jeux de rôle sont également faits par des ergothérapeutes pour aider à adopter de nouveaux rôles (Radomski, Davidson, Voydetich et Erickson, 2009).

Les pratiques ergothérapeutiques pour favoriser le retour au travail de la clientèle TCCL demeurent néanmoins peu définies clairement actuellement et basées sur des évidences scientifiques limitées. Un autre enjeu relève du fait que les systèmes de soutien au retour au travail sont considérés comme n'étant pas coordonnés et gérés de manière optimale (ONF, 2018), ce qui n'est pas si surprenant puisque les recherches sur la prise en charge du retour au travail à la suite d'un TCCL sont encore limitées (ONF, 2013). Il serait donc pertinent de pouvoir mieux comprendre l'état de la pratique actuelle dans ce domaine afin de mieux soutenir ces professionnels dans leur pratique et mieux répondre aux besoins de cette clientèle pour laquelle la prise en charge pose des défis (Chang et coll., 2011).

2.6. Pertinence d'une étude sur les pratiques ergothérapeutiques visant le retour au travail après le TCCL

Les ergothérapeutes sont des professionnels de la santé qui sont appelés à intervenir avec la clientèle TCCL, notamment pour le retour au travail. Comme il a été constaté dans les écrits scientifiques, certains guides de pratique ont été développés en lien avec cette clientèle, mais leurs recommandations se basent surtout sur des opinions consensuelles d'experts et nomment le besoin de recherches futures (Marshall et coll., 2012), entre autres concernant les meilleures pratiques pour l'évaluation et l'intervention pour le retour au travail (Stergiou-Kita et coll., 2010 ; ONF, 2013). Selon le récent document de l'INESSS concernant l'état des connaissances sur les TCCL, certaines recommandations générales concernent entre autres, l'élaboration d'outils afin de soutenir la pratique des gestionnaires et des cliniciens (INESSS, 2018). Les données probantes sont donc encore en émergence, particulièrement pour les interventions ergothérapeutiques. La complexité de l'intervention relève entre autres, du fait que celle-ci doit tenir compte simultanément des problématiques fréquentes de santé mentale et santé physique, en plus considérer l'environnement de travail et les enjeux administratifs (Dodson, 2010). De plus, des lacunes dans la compréhension de cette problématique concernant le dépistage de la clientèle ainsi que l'accès et la coordination du continuum de services par les différents professionnels ont été relevées (Gouvernement du Québec, 2010). Des experts s'entendent pour dire qu'il y a un manque de concertation entre les acteurs et qu'un travail de sensibilisation reste à faire sur le plan de l'intervention (Gouvernement du Québec, 2010). Enfin, certaines zones et pistes de révisions potentielles des orientations ministérielles pour le TCCL de 2005-2010 abordent les balises de temps afin de favoriser une prise en charge plus rapide (INESSS, 2018). Dans ce contexte de développement et d'amélioration continue des pratiques auprès de la clientèle ayant subi un TCCL, il s'avère donc pertinent de se questionner sur les pratiques ergothérapeutiques actuelles visant à favoriser le retour au travail après un TCCL, ainsi que sur les facteurs facilitant ou limitant ces pratiques afin de soutenir adéquatement ces professionnels.

2.7. Objectifs de l'étude

L'objectif de la recherche est donc de décrire les pratiques ergothérapeutiques actuelles pour favoriser le retour au travail des adultes ayant subi un TCCL. Les objectifs spécifiques sont :

- 1) Explorer le processus de prise en charge en ergothérapie auprès de cette clientèle;
- 2) Explorer les stratégies d'évaluation et d'intervention utilisées par les ergothérapeutes;
- 3) Explorer les facilitateurs et les obstacles perçus par ceux-ci dans leur pratique.

3. CADRE CONCEPTUEL

Cette section vise à définir les principaux concepts à considérer lors de la prise en charge en ergothérapie pour favoriser le retour au travail des personnes ayant subi un TCCL. L'élaboration du cadre conceptuel se base sur trois modèles, soit le Modèle Canadien du Processus de Pratique (MCP) (Craik, Davis et Polatajko, 2013), le modèle du fonctionnement au travail (Sandqvist et Henriksson, 2004), ainsi que le modèle de réadaptation au travail après un TCCL (Dodson, 2010).

3.1. Le Modèle Canadien du Processus de Pratique

Le MCP est un modèle du processus de l'habilitation centré sur les clients, qui guide les ergothérapeutes à travers un processus axé sur les occupations dans le but de mener leurs clients vers un changement concernant leur rendement et leur engagement occupationnels (Craik et coll., 2013). Dans cet essai, la principale occupation ciblée est celle du travail chez les adultes ayant subi un TCCL. Le processus de pratique des ergothérapeutes oeuvrant auprès de cette clientèle est examiné en considérant les quatre éléments composant le MCP, soit le contexte sociétal, le contexte de pratique, les schèmes de références et les huit points d'actions. Le contexte sociétal réfère aux éléments culturels, institutionnels, physiques, sociaux et environnementaux dans lesquels les clients et les thérapeutes sont intégrés. Il peut s'agir par exemple, des systèmes de soins de santé, des politiques et des procédures entourant le retour au travail. Le contexte sociétal vient teinter tous les autres éléments puisqu'il est omniprésent. Pour ce qui est du contexte de pratique, il s'agit d'un aspect particulier du contexte sociétal et il se constitue, lui aussi, d'éléments physiques, sociaux, culturels et institutionnels, en plus de rassembler les facteurs personnels et environnementaux influençant les pratiques. Dans cet essai, la présence d'une équipe multidisciplinaire en santé, les réglementations quant au tiers payeur et l'expertise de l'ergothérapeute peuvent être des exemples typiques se rapportant au contexte de pratique. Le troisième élément du MCP concerne les schèmes de références. Ils représentent les construits, les concepts et les ensembles théoriques qui permettent de comprendre comment les difficultés et les défis occupationnels des clients sont abordés par les thérapeutes. Les schèmes de références guident, entre autres, les prises de décisions des

ergothérapeutes tout au long du processus de pratique. Ces trois premiers éléments se combinent dans le processus de pratique et influencent chacun des points d'actions, qui constituent le quatrième et dernier élément du MCPP. Ces huit points d'action représentent les étapes du processus de pratique, soit 1) initier et établir le contact avec le client; 2) établir les balises; 3) évaluer et analyser; 4) convenir des objectifs et du plan; 5) mettre en œuvre le plan; 6) faire le suivi; 7) évaluer le résultat et 8) conclure et mettre fin. Chacun des huit points d'action est expliqué dans les lignes qui suivent.

Le premier point d'action, soit initier et établir le contact, réfère au moment où l'ergothérapeute entre en contact avec le client et le prend en charge. Ce contact peut être le résultat des démarches d'un client ou être initié à la suite d'une référence d'un autre professionnel de la santé qui juge pertinent un suivi en ergothérapie (Davis, Craik et Polatajko, 2013). Dans le cas de la prise en charge d'une personne ayant subi un TCCL, elle peut être issue d'une référence par un médecin ayant émis le diagnostic ou d'une référence de l'agent-payeur (Gouvernement du Québec, 2011).

Le deuxième point d'action, soit établir les balises, consiste à identifier la façon dont le client et le thérapeute vont travailler ensemble. C'est à ce moment que l'ergothérapeute va questionner les attentes du client à l'aide d'une première entrevue initiale. Dans ce cas-ci, l'attente principale consiste entre autres, à reprendre le rôle de travailleur. À cet effet, l'ergothérapeute pourra documenter l'histoire occupationnelle du client ainsi que son rôle de travailleur antérieur et identifier avec lui les difficultés occupationnelles perçues et potentielles concernant le retour au travail du client (Davis et coll., 2013).

Le troisième point d'action, évaluer et analyser, réfère aux évaluations, aux tests et aux moyens que l'ergothérapeute utilise afin d'obtenir des données plus approfondies sur les facteurs personnels, environnementaux et occupationnels qui sous-tendent les difficultés du client. À cette étape, l'ergothérapeute confirme les difficultés vécues par le client et essaie d'y trouver des explications plausibles en analysant et en interprétant les résultats (Davis et coll., 2013). Dans un contexte de retour au travail à la suite d'un TCCL, les ergothérapeutes peuvent

entre autres, procéder à l'évaluation de ces facteurs par entrevue semi-structurée, par le biais d'évaluations standardisées ou de questionnaires, procéder à une évaluation des capacités de travail, ou bien faire des visites de postes de travail (Roy et coll., 2011).

Les quatrième et cinquième points d'action, soient convenir des objectifs et mettre en œuvre le plan, consistent à établir les buts occupationnels et à déployer les moyens pour les atteindre suite aux conclusions de l'étape précédente. En collaboration avec le client, l'ergothérapeute détermine les objectifs principaux que le client veut atteindre afin qu'ils soient réalistes et adaptés à sa situation. L'ergothérapeute doit prendre en considération les ressources, le matériel et le temps nécessaires afin de favoriser l'atteinte des objectifs (Davis et coll., 2013). Si l'objectif principal est la reprise du rôle de travailleur, des objectifs spécifiques à cet effet seront alors élaborés et statués avec le client, de même que les moyens pour les atteindre. Le client pourra ensuite s'engager dans les différentes interventions proposées. Des simulations de tâches de travail en clinique ou en milieu de travail (Sandqvist et Henriksson, 2004), la proposition de stages (Roy et coll., 2011), des adaptations ou des modifications de l'environnement de travail et des discussions avec l'employeur (Dodson, 2010; Roy et coll., 2011) représentent des interventions possibles permettant au client de s'engager dans son processus de retour au travail.

Le sixième point d'action, faire le suivi, implique de surveiller et réexaminer régulièrement les progrès d'un client selon les objectifs convenus. À cette étape, il est possible de faire une évaluation constructive informelle de l'engagement et du rendement occupationnels du client dans son processus de retour au travail. Il est également possible de modifier le plan si d'autres difficultés surgissent ou si des améliorations sont notées (Davis et coll., 2013). Dans le cas du retour au travail chez les personnes ayant subi un TCCL, les suivis téléphoniques sont une modalité qui est fréquemment utilisée (Gouvernement du Québec, 2010). De plus, les suivis sont importants afin de pouvoir apporter des modifications hebdomadaires permettant d'ajuster la progression des tâches, l'horaire, le poste de travail et la façon de travailler (Roy et coll., 2011).

Les septième et huitième points d'action, soient évaluer le résultat puis conclure et mettre fin, consistent entre autres, à faire une évaluation récapitulative qui statue de l'atteinte des buts occupationnels afin de décider de la poursuite ou de la fin du processus. À ces étapes, l'ergothérapeute peut, soit modifier le plan si d'autres difficultés occupationnelles ont surgi ou bien mettre fin à la relation thérapeutique (Davis et coll., 2013). Dans un contexte de retour au travail, si un client a repris son emploi à temps plein de manière satisfaisante, cela consiste en l'atteinte du but occupationnel. Le client n'a donc plus besoin d'un suivi en ergothérapie. En ce sens, certaines actions telles que de rédiger un rapport de fin d'intervention faisant état du fonctionnement au travail et des adaptations nécessaires, ou bien de communiquer les résultats à l'agent payeur, sont des actions qui permettent de mettre fin au suivi.

Ce modèle est choisi dans le cadre de ce projet puisqu'il est spécifique à l'ergothérapie et il permet de guider le processus de prise en charge des personnes ayant subi un TCCL. Il présente les différentes étapes à traverser afin de mener les clients vers la reprise de leur rôle de travailleur. En ce sens, il permet de décrire les pratiques ergothérapeutiques actuelles, en plus d'aider à l'identification de certains facilitateurs et obstacles qui pourront être guidés par les différents éléments constituant le MCPP.

3.2. Le modèle du fonctionnement au travail

Le modèle du fonctionnement au travail (Sandqvist et Henriksson, 2004), en complémentarité avec le MCPP, permet une meilleure compréhension du concept du fonctionnement au travail, qui est au cœur des objectifs de cet essai. En effet, ce modèle guide spécifiquement les ergothérapeutes dans l'analyse du fonctionnement au travail des personnes ayant une déficience physique, comprenant entre autres, les personnes ayant subi un TCCL (Gouvernement du Québec, 2018). La participation au travail, la performance au travail et les capacités de la personne correspondent aux différentes dimensions du fonctionnement.

Plus spécifiquement, la participation au travail réfère à la capacité d'une personne à acquérir et maintenir un emploi, ainsi qu'occuper un rôle de travailleur dans la société. Elle indique l'implication ou l'intégration dans le marché du travail. La performance au travail

réfère, quant à elle, à la capacité d'une personne à effectuer de façon satisfaisante les responsabilités et les tâches reliées à son emploi. Dans ce cas-ci, le fait de démontrer des habiletés de planification, d'organisation et de démontrer des habiletés d'interaction sociale pour effectuer les tâches réfèrent à certains indicateurs de performance. Quant aux capacités de la personne, il s'agit des aptitudes qui permettent aux personnes d'exécuter des tâches de travail.

Ce modèle tient également compte des facteurs personnels, environnementaux et temporels, qui peuvent influencer positivement ou négativement le fonctionnement du travailleur. Afin d'optimiser le fonctionnement au travail, il est effectivement nécessaire d'assurer une compatibilité entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. D'ailleurs, les facteurs personnels et environnementaux qui sont plus particulièrement susceptibles d'influencer le fonctionnement au travail des personnes ayant subi un TCCL sont explorés plus en détails à l'aide du modèle de réadaptation au travail après un TCCL (Dodson, 2010) décrit dans la section suivante.

3.3. Le modèle de réadaptation au travail après un TCCL

Le modèle de réadaptation au travail après un TCCL (Dodson, 2010) apporte une contribution complémentaire à celle des deux autres modèles précédents puisqu'il guide les thérapeutes dans l'organisation, la planification et la mise en œuvre des interventions pour le retour au travail, spécifiquement pour la clientèle ayant subi un TCCL. Ce modèle se compose des facteurs personnels habilitant le travailleur à exercer son emploi [traduction libre de *Employee Enablers* de Dodson (2010)] et de l'environnement de travail en contexte écologique [traduction libre de *workplace ecology* de Dodson (2010)], qui influencent positivement ou négativement la réadaptation au travail des personnes. Ce modèle met ainsi de l'avant des éléments importants à prendre en considération lors de la réadaptation au travail des personnes ayant subi un TCCL.

Premièrement, les facteurs personnels habilitant le travailleur à exercer son emploi (ou *Employee Enablers*) réfèrent aux capacités cognitives supérieures d'un individu au travail. Elles

sont notamment liées aux fonctions exécutives et à certains facteurs psychosociaux tels que l'identité de la personne et les troubles de l'humeur (ex. : l'anxiété et la dépression (Bowen, Chamberlain, Tennant, Neumann et Conner, 1999)). À titre d'exemple, les atteintes des fonctions exécutives ainsi que les facteurs psychosociaux peuvent engendrer des problèmes de régulation des émotions et des réactions inappropriées susceptibles d'influencer la performance du travailleur (Dodson, 2010).

Un second élément essentiel à considérer concerne l'environnement de travail en contexte écologique (ou *workplace ecology*). Il s'agit des principaux éléments du milieu de travail qui peuvent influencer la performance des personnes ayant subi un TCCL dans le contexte de leur retour au travail. Le modèle de Dodson (2010) stipule qu'il faut considérer les systèmes de soutien aux personnes ayant des incapacités [traduction libre de *employer disability support systems* de Dodson (2010)], la culture de l'entreprise [traduction libre de *corporate intangibles* de Dodson (2010)] et l'aménagement physique du milieu de travail [traduction libre de *built environment* de Dodson (2010)]. Les systèmes de soutien aux personnes ayant des incapacités comprennent notamment, les politiques d'invalidité à la disposition des employés ainsi que le soutien provenant des gestionnaires. Concernant le soutien des gestionnaires, il fait référence à l'ouverture des entreprises à apporter du soutien aux personnes qui ont besoin d'adaptations et à allouer des ressources pertinentes. La culture de l'entreprise, elle, réfère aux relations avec les collègues et au climat de l'entreprise (ex. : le rythme, le stress, les normes de productivité). Enfin, le dernier élément constituant l'environnement de travail en contexte écologique est l'aménagement physique du milieu de travail, à la fois au plan macro, soit tout ce qui concerne l'ensemble de l'environnement de travail, et au plan micro, soit tout ce qui concerne spécifiquement le travailleur, par exemple son équipement. En considérant l'aménagement physique du milieu de travail aux plans macro et micro, il est possible d'identifier les facteurs environnementaux qui peuvent affecter la performance au travail et, le cas échéant, mettre en place des adaptations compensatoires (ex. : déplacer tous les appareils bruyants de l'entreprise à un seul endroit [macro] et mettre des coquilles pour travailler [micro]). En ce sens, l'environnement de travail en contexte écologique correspond aux facteurs environnementaux qui influencent le fonctionnement au

travail chez la clientèle TCCL, tel que le suggère le modèle du fonctionnement au travail de Sandqvist et Henriksson (2004).

3.4. Modèle conceptuel combiné

La combinaison de ces trois modèles apporte donc des éléments complémentaires pour la compréhension des pratiques actuelles afin de favoriser le retour au travail des adultes ayant subi un TCCL. Les concepts clés de ces trois modèles sont mis en lumière et intégrés dans cet essai, tel qu'expliqué précédemment. D'abord, le MCPP permet d'avoir une vision globale du processus de prise en charge de la clientèle TCCL. Puis, le modèle du fonctionnement au travail permet d'avoir une compréhension plus juste du fonctionnement au travail, ce qui facilite notamment le processus d'évaluation. Enfin, l'ajout du modèle de Dodson (2010) vient préciser les éléments ayant une influence sur le fonctionnement au travail, soit les facteurs personnels et environnementaux spécifiques à la clientèle ayant subi TCCL. Le modèle de Dodson (2010) facilite en ce sens, le processus d'intervention dans un contexte de réadaptation au travail.

Ainsi, la combinaison des trois modèles permet de répondre aux objectifs de ce projet, soit de décrire les pratiques ergothérapeutiques actuelles pour favoriser le retour au travail des adultes ayant subi un TCCL. Plus spécifiquement, ils permettent d'explorer le processus de prise en charge en ergothérapie auprès de cette clientèle par le biais du MCPP (Craik et coll., 2013), de même que d'explorer certains facilitateurs et obstacles possibles lors de ce processus. Enfin l'intégration du modèle du fonctionnement au travail (Sandqvist et Henriksson, 2004) et du modèle de réadaptation au travail après un TCCL (Dodson, 2010) permet de guider l'analyse des stratégies d'évaluation et d'intervention utilisées par les ergothérapeutes.

4. MÉTHODE

Cette section présente le devis de recherche utilisé, les participants visés, la méthode de collecte de données, l'analyse des données ainsi que les considérations éthiques.

4.1. Devis

Afin de répondre à l'objectif de l'étude, soit de décrire les pratiques ergothérapeutiques actuelles pour favoriser le retour au travail des adultes ayant subi un TCCL, le devis descriptif de nature qualitative est retenu (Fortin et Gagnon, 2016). Ce type de devis permet de décrire des phénomènes ou des événements. De plus, selon Sandelowski (2000), cette méthode est idéale pour décrire les réponses des personnes à une situation. Dans ce projet, il s'agit de décrire les pratiques ergothérapeutiques selon la perspective des ergothérapeutes.

4.2. Participants

La population visée par cette étude comprend tous les ergothérapeutes travaillant auprès des personnes ayant subi un TCCL au Québec. Les participants admissibles sont des ergothérapeutes exerçant en milieu de pratique public ou privé, depuis au moins 6 mois et détenant une expérience pertinente auprès de la clientèle ayant subi un TCCL, c'est-à-dire avoir été impliqué dans la prestation et/ou l'organisation de services en ergothérapie avec cette clientèle au cours des 6 derniers mois. Les participants devaient également s'exprimer en français.

4.2.1. Recrutement

La méthode d'échantillonnage retenue est l'échantillonnage non-probabiliste par réseaux de contacts, qui consiste à choisir des participants en fonction de leurs liens avec un réseau de personnes. Cette méthode permet de recruter d'autres participants partageant des caractéristiques semblables (Fortin et Gagnon, 2016). Pour ce faire, un message explicatif concernant le projet de recherche a été envoyé par le biais d'un groupe Facebook (Ergothérapie Québec) après avoir préalablement obtenu l'autorisation des responsables. Les participants intéressés à participer à l'étude ont contacté l'étudiante-chercheuse qui leur a fait parvenir le

formulaire d'information et de consentement par courriel afin de prendre connaissance des détails de l'étude. Les participants étaient également invités à transmettre les coordonnées de l'étudiante-chercheuse à d'autres personnes de leur entourage susceptibles d'être intéressées par le projet.

4.3. Collecte de données

En se basant sur les thématiques identifiées dans la recension des écrits ainsi que sur le cadre conceptuel décrit précédemment, un guide d'entrevue a été construit (Voir l'Annexe A). L'organisation globale des questions d'entrevue s'est d'abord basée sur le Modèle canadien du processus de pratique (Craik et coll., 2013), qui énonce les grandes étapes de la démarche clinique en ergothérapie. Les questions spécifiques à l'évaluation du fonctionnement au travail et à la réadaptation au travail après un TCCL ont aussi été guidées par les deux autres modèles à cet effet, décrits dans le cadre conceptuel (Dodson, 2010; Sandqvist et Henriksson, 2004). Le guide d'entrevue se compose essentiellement de questions ouvertes permettant d'obtenir des données qualitatives. Lors des premières entrevues, l'étudiante-chercheuse a pris des notes afin de s'assurer de la clarté et la compréhensibilité des questions pour suggérer des révisions mineures par la suite, au besoin.

Pour effectuer la collecte de données, une entrevue semi-structurée téléphonique, d'une durée de 30 à 35 minutes a été effectuée avec les ergothérapeutes ayant signé le formulaire de consentement. Un court questionnaire sociodémographique (voir Annexe B) a été administré au début de l'entrevue téléphonique et les entrevues ont été enregistrées à l'aide d'un appareil audionumérique. Une entrevue s'est également faite en face à face dans une salle fermée du milieu de travail de l'ergothérapeute et celle-ci a aussi été enregistrée à l'aide d'un appareil audionumérique.

4.4. Analyse des données

Les informations issues des questionnaires sociodémographiques ont été analysées en calculant la fréquence des caractéristiques individuelles. Pour ce qui est des données qualitatives issues des entrevues semi-structurées, celles-ci ont été enregistrées sur bande

audionumérique, puis les verbatim ont été transcrits intégralement. Une analyse de contenu a ensuite été réalisée à partir des transcriptions afin d'identifier les thèmes saillants et les tendances (Fortin et Gagnon, 2016) en lien avec les pratiques ergothérapeutiques actuelles pour favoriser le retour au travail des adultes ayant subi un TCCL. Il est à noter que la grille de codification initiale a été développée en se basant sur les composantes définies dans le cadre conceptuel. Ceci a permis de guider initialement l'analyse des données des premières entrevues, tout en permettant ensuite l'identification de nouveaux codes et de catégories se dégageant des verbatim. Les thèmes finaux identifiés par cette analyse de contenu, ainsi que les extraits de verbatim illustrant ces thèmes, ont été validés lors d'une discussion consensus entre l'étudiante-chercheuse et sa directrice de recherche.

4.5. Considérations éthiques

Ce projet de recherche a été approuvé par le comité éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CDERS-18-13-06.04, émis le 7 mars 2018). De plus, un engagement à la confidentialité a été signé par l'étudiante-chercheuse ainsi que sa directrice d'essai. Enfin, tous les participants ont reçu une lettre d'information par courriel expliquant le projet et mentionnant ce qui était attendu de ceux-ci. Par la suite, ils ont donné leur consentement écrit à participer à l'étude en signant le formulaire en question, ce qui a permis d'obtenir un consentement libre et éclairé de la part des participants.

5. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats issus de la collecte de données en débutant par une description des caractéristiques des participants. Par la suite, une synthèse de l'analyse de contenu décrivant les pratiques ergothérapeutiques actuelles et faisant ressortir les principaux thèmes concernant les facilitateurs et les obstacles perçus par les ergothérapeutes dans la pratique est présentée.

5.1. Description des participants

La présente étude a été réalisée auprès de sept ergothérapeutes, dont un seul homme. L'âge des participants varie de 25-29 ans (n=3) à 45-49 ans (n=1) et ceux-ci pratiquent dans différentes régions du Québec. Les participants ont, pour la plupart, une formation semblable, soit un baccalauréat en ergothérapie (n=4) ou bien une maîtrise en ergothérapie (n=3). De ces sept participants, deux ont suivi une formation supplémentaire, soit en gestion des douleurs chroniques et en gestion de la santé. La majorité des ergothérapeutes travaillent en centre de réadaptation (n=4) ainsi qu'en clinique privée (n=2) et une seule ergothérapeute travaille dans une base militaire. Enfin, le pourcentage de la clientèle suivie ayant un TCCL varie de 25 à 49% (n=3) à plus de 75% (n=2) selon les différents milieux de travail des ergothérapeutes. Le tableau 1 présente les principales caractéristiques des participants recueillies à l'aide du questionnaire sociodémographique.

Tableau 1.
Caractéristiques sociodémographiques des participants

	N	%
SEXE		
Homme	1	14,3
Femme	6	85,7
ÂGE		
25-29	3	42,8
30-34	2	28,6
35-39	0	0
40-44	1	14,3
45-49	1	14,3
RÉGION		
Bas St-Laurent	1	14,3
Montérégie	1	14,3
Mauricie	2	28,6
Capitale nationale	1	14,3
Laval	2	28,6
FORMATION		
Baccalauréat	4	57,1
Maîtrise	3	42,8
Autres certifications	2	28,6
MILIEU DE TRAVAIL		
Clinique privée	2	28,6
Centre de réadaptation	4	57,1
Base militaire	1	14,3
POURCENTAGE DE LA CLIENTÈLE TRAITÉE AYANT UN TCCL		
25-49%	3	42,8
50-75%	2	28,6
Plus de 75%	2	28,6

Concernant l'expérience clinique des ergothérapeutes, ils pratiquent en moyenne depuis 10 ans et demi avec un écart type de 8,5 ans. Plus spécifiquement, ils ont environ 5 ans et demi d'expérience auprès de la clientèle ayant subi un TCCL avec un écart type de 3,8 ans. En ce qui concerne la confiance des ergothérapeutes à intervenir auprès de la clientèle ayant subi un TCCL, ceux-ci se considèrent tous très confiants (n=5) ou extrêmement confiants (n=2) à intervenir auprès de la clientèle TCCL.

5.2. Le processus de prise en charge

Le processus de prise en charge des personnes ayant subi un TCCL est présenté dans les prochaines lignes selon les étapes du MCPP. Les principales étapes ayant été discutées avec les ergothérapeutes sont décrites, présentant des exemples concrets de la façon dont les ergothérapeutes actualisent les différentes actions propres à chaque étape du MCPP dans leur contexte de pratique. En général, l'ensemble des étapes du processus est suivi et appliqué par les ergothérapeutes, qui les actualisent chacun à leur façon. Il n'en demeure pas moins que les principales actions, spécifiques à chaque étape, sont généralement appliquées par tous les ergothérapeutes.

5.2.1. Initier et établir le contact

Selon les participants, le processus de prise en charge en ergothérapie peut être initié à la suite de références de différentes sources et souvent par l'intermédiaire d'un autre intervenant ayant identifié la pertinence des services d'ergothérapie. Les références proviennent habituellement de l'hôpital, d'un médecin, des professionnels de la santé (ex. : physiothérapeute, travailleuse sociale, neuropsychologue, etc.) ou bien des agents payeurs et des conseillers en réadaptation. Il arrive également que ce soit les personnes qui se rendent dans une clinique privée par elles-mêmes afin de recevoir des soins. De plus, un élément qui ressort des entrevues est que, dans la plupart des milieux, il y a souvent un professionnel autre que l'ergothérapeute qui va faire un processus d'accueil avec le client. Suite à ce processus d'accueil, le professionnel en question juge si l'ergothérapeute serait pertinent dans le dossier du client et le cas échéant, le réfère. Les principales raisons étant ressorties des entrevues pour qu'un client ayant subi un TCCL soit référé en ergothérapie sont : 1) si le TCCL est complexe et qu'il est en profil de chronicisation; 2) s'il y a des symptômes persistants et des récurrences de commotions cérébrales et 3) lorsque les traitements antérieurs se sont moins bien déroulés. De plus, les clients sont référés en ergothérapie lorsqu'il y a 4) des enjeux de retour au travail et 5) lorsque la personne a besoin d'aide pour la gestion de son énergie, de son sommeil et de la reprise de ses occupations antérieures.

5.2.2. Évaluer et analyser

Tous les ergothérapeutes évaluent leurs clients lorsqu'ils sont référés en ergothérapie. Ils procèdent d'abord à une entrevue initiale, permettant de documenter le fonctionnement dans les occupations et la condition de santé antérieure et actuelle. Il est à noter que cette stratégie peut faire référence au point d'action établir les balises du MCPP. La majorité des ergothérapeutes (n = 6) utilisent systématiquement des évaluations permettant de documenter les capacités des personnes, qui font notamment référence aux aptitudes permettant l'exécution des tâches de travail (ex. : le sommeil, le stress), et ce, souvent à l'aide de questionnaires. De plus, trois des sept ergothérapeutes utilisent également, systématiquement des évaluations permettant de documenter la performance dans les tâches de travail de leurs clients lorsqu'ils les rencontrent. Pour les autres ergothérapeutes, ces évaluations permettant de documenter la performance des clients vont être faites lors de rencontres subséquentes, dépendamment de la condition de leur client. En général, ils utilisent une plus grande variété d'évaluations standardisées permettant de documenter les capacités des personnes, soit par l'utilisation de questionnaires ou de tâches standardisées.

Le tableau 2 qui suit présente les différentes stratégies d'évaluation utilisées par les ergothérapeutes. Les résultats de ce tableau réfèrent ainsi au deuxième objectif spécifique de cet essai.

Tableau 2.

Stratégies d'évaluation des ergothérapeutes classifiées selon les dimensions du modèle du fonctionnement au travail

Stratégies d'évaluation	N	Dimension du fonctionnement du travailleur
Entrevue initiale	7	Données sur la personne, ses occupations (dont le fonctionnement au travail) et son environnement
Visite en milieu de travail	4	Performance
Simulations de tâches	7	
Tâches cognitives	2	
Observation des postures à la voiture	1	
Adoption de postures de travail	4	
Tâches standardisées		
Composante physique		
Valpar	1	
Bilan articulaire/musculaire*	2	
Dextérité	1	
Équilibre*	3	
Test d'endurance	1	
Vestibular ocular motor screening *	1	
Composante cognitive		Capacités de la personne
MoCA	2	
Questionnaires sur les capacités perçues		
Inventaire multidimensionnel de la fatigue	6	
Rivermead	5	
Sommeil	2	
Stress	1	
Condition de santé actuelle	1	
Pensée catastrophique	1	
Kinésiophobie	2	
Marge de manœuvre	2	
Profil sensoriel	2	
Migraines	2	
Agenda	2	
Profil du travailleur	1	Données sur le fonctionnement au travail antérieur et l'environnement de travail
Portrait des activités	1	

*Souvent, ces évaluations sont faites par l'ergothérapeute lorsqu'il n'y a pas un physiothérapeute dans le dossier.

Les stratégies d'évaluation utilisées permettent de documenter les dimensions de la performance ou des capacités de la personne. Les évaluations permettant de documenter la performance sont les visites en milieu de travail, afin d'observer le travailleur dans son milieu,

de faire des évaluations de postes ou de rencontrer l'employeur, ainsi que les simulations de tâches. Notons que les simulations de tâches sont utilisées par tous les participants. Celles-ci permettent de faire des observations fonctionnelles concernant le travail des clients ou bien de réaliser des mises en situation d'activités pré-lésionnelles et de tâches cognitives pour documenter, par exemple, la capacité à maintenir son attention ou à organiser des tâches. De plus, pratiquement tous les ergothérapeutes utilisent des évaluations permettant de documenter les capacités physiques des clients par le biais de tâches standardisées, et ce, selon les exigences de travail de leur client. Tous les ergothérapeutes évaluent aussi leurs clients par le biais de différents questionnaires, particulièrement pour documenter les capacités perçues des personnes. Il est d'ailleurs intéressant de noter que six des sept participants (n=6) ont mentionné utiliser l'inventaire multidimensionnel de la fatigue. Enfin, quelques ergothérapeutes ont mentionné qu'ils appréciaient les capacités cognitives de leurs clients par le biais de tâches standardisées comme le MoCA (n=2) ou bien par des mises en situation de tâches fonctionnelles sollicitant les habiletés cognitives (n=2). L'utilisation de stratégies d'évaluation permettant de documenter les habiletés cognitives est d'ailleurs variable parmi les ergothérapeutes. En effet, ces évaluations ne sont pas systématiquement utilisées dans les milieux. Elles sont effectuées au besoin, lorsque le client a un travail impliquant des exigences cognitives. La plupart du temps, ce sont les neuropsychologues qui évaluent la dimension cognitive dans les milieux cliniques. À cet effet, une ergothérapeute mentionne qu'il faudrait: *« Demander plus rapidement une éval en neuropsych. Pas tant que nous on le fasse, mais que ce soit fait. C'est quoi les forces en neuropsych que le client a pour qu'on puisse les utiliser dans son milieu de travail [...] faire des mises en situation, voir c'est quoi les forces au niveau de l'attention divisée et tout ».*

5.2.3. Convenir du plan et des objectifs ainsi que mettre en œuvre le plan

Concernant l'élaboration du plan d'intervention, tous les ergothérapeutes mentionnent établir des objectifs en collaboration avec leurs clients. Ils établissent tous des objectifs individuels en fonction des spécificités et des besoins de leurs clients. De plus, la majorité des ergothérapeutes établissent également des objectifs en équipe (n=6). Une seule ergothérapeute mentionnait que les objectifs étaient généralement établis de manière séparée

par chaque professionnel (ergothérapeute et physiothérapeute), bien qu'idéalement, dans la pratique, elle voudrait « *prendre le temps de faire des plans plus en équipe, tout le monde ensemble comme des plans multi [...]* ». L'objectif général de retour au travail est le plus fréquent. Suite à cela, la majorité des ergothérapeutes mentionnent inclure des objectifs spécifiques supplémentaires pour que les clients aient des stratégies d'auto-contrôle, qu'ils puissent reconnaître certains signes de fatigue, connaître les facteurs qui peuvent influencer leur condition ou encore sur le sommeil, la gestion de l'énergie et la gestion de l'horaire occupationnel. Enfin, la plupart du temps, les ergothérapeutes ajoutent également des objectifs concernant les autres occupations signifiantes, telles que sur l'activité physique, certains loisirs (ex. : la lecture) ou certaines tâches préprofessionnelles.

Afin d'atteindre les objectifs ciblés en collaboration par l'ergothérapeute et le client, les principales stratégies d'interventions utilisées par les ergothérapeutes sont présentées dans le tableau 3, répondant au deuxième objectif spécifique de cet essai.

Tableau 3.

Stratégies d'intervention des ergothérapeutes classifiées selon les catégories du modèle de réadaptation au travail après un TCCL

Stratégies d'intervention	n	Catégorie du modèle de réadaptation au travail après un TCCL
Psychoéducation		
Explication	2	Facteurs personnels habilitant le travailleur à exercer son emploi
Enseignement	7	
Rassurance	2	
Horaire/agenda des symptômes	4	
Référence en clinique de la migraine	1	
Responsabiliser le client	1	
Visite en milieu de travail	7	Facteurs environnementaux en contexte écologique
Simulations de tâches de travail	7	
Retour au travail thérapeutique	2	
Stage	5	
Reprise progressive des activités	5	
Utilisation de Ipad/vidéos	1	
Coordination avec les employeurs	2	Système de soutien
Adaptations/modifications de l'environnement de travail	4	Aménagement de l'environnement physique macro et micro

Ces stratégies permettent d'intervenir sur les facteurs personnels ou sur les facteurs environnementaux, comprenant entre autres, les systèmes de soutien et l'aménagement de l'environnement physique de travail micro et macro, tels que décrits dans la section 3.3. En tout, 12 stratégies d'intervention ont été nommées par les ergothérapeutes et celles-ci varient en fonction des différents contextes de travail des ergothérapeutes. D'abord, tous les ergothérapeutes font de la psychoéducation, soit en donnant des explications sur la pathologie, en rassurant les clients ou en offrant des enseignements sur les principes de gestion d'énergie, sur le sommeil et la fatigue, sur l'hygiène posturale, sur la reprise graduelle de l'activité, sur la gestion des douleurs ou sur la gestion des occupations quotidiennes. Par la suite, il est intéressant de noter que la stratégie de faire des visites en milieu de travail est utilisée par tous les ergothérapeutes dans le cadre de leurs interventions (n=7). Toutefois, selon ceux-ci, cette stratégie d'intervention devrait être encore plus utilisée dans une pratique idéale. À cet effet, l'une d'entre elles mentionne :

Le plus possible dans le milieu réel [...] d'essayer rapidement d'aller intervenir dans le milieu réel. Moi j'pense que c'est ça qui aide le plus, parce que là on le fait, mais des fois on est comme pris un peu [...] j'pense que plus on pourrait intervenir rapidement en milieu réel, plus qu'on aurait un impact positif. Si j'pouvais être libérée plus et y aller plus souvent les voir dans le milieu, j'pense que ça serait ça qui serait le mieux.

L'utilisation de simulations de tâches, permettant de se rapprocher le plus possible du contexte écologique du client, est également utilisée par tous les ergothérapeutes (n=7). En ce qui concerne plus spécifiquement la stratégie de faire des stages, elle est utilisée par plusieurs ergothérapeutes (n=5) et elle était souvent reliée à la présence d'un agent payeur dans le dossier du client. Concernant la reprise progressive des activités, il s'agit d'une stratégie d'intervention utilisée par cinq ergothérapeutes (n=5). La reprise progressive des activités est d'ailleurs nommée par trois ergothérapeutes comme étant une intervention à prioriser dans la pratique pour répondre aux besoins de cette clientèle afin de les aider à retourner au travail. Enfin, une ergothérapeute nomme une stratégie d'intervention innovante, qui selon elle, pourrait peut-être être intéressante à essayer avec cette clientèle bien qu'elle ne le soit pas actuellement. Il s'agit de faire des groupes avec la clientèle TCCL. Elle mentionne à cet effet :

Ben des fois j'me demande si de faire un groupe de TCC, faire de l'apprentissage avec les pairs...que les principes de gestion d'énergie... Est-ce que ça serait plus efficace en ergo? Puis je sais qu'en santé mentale ça se fait, donc j'me dis, le TCCL est quand même proche [...] Je me dis peut-être que ça pourrait être bon [...].

5.2.4. Faire le suivi

Tous les ergothérapeutes interrogés assurent des suivis auprès de leurs clients suite à la mise en oeuvre du plan ainsi que des suivis post-interventions. En général, ces suivis permettent aux ergothérapeutes de garder contact avec les clients, discuter des stratégies qu'ils ont utilisées, d'ajuster l'horaire de travail, de faire du coaching et de faire des rappels de stratégies. Pour la plupart, il s'agit d'un suivi qui est plus régulier suite à la mise en oeuvre du plan, puisque les clients sont vus environ une fois par semaine. Puis, lorsque le processus de retour au travail est bien amorcé, les suivis peuvent s'espacer jusqu'à une fois aux deux semaines ou une fois par mois. Tous les ergothérapeutes (n=7) ont également mentionné procéder à des suivis téléphoniques auprès des clients et certains auprès des employeurs aussi (n=1). Toutefois, pour l'une des ergothérapeutes, faire des suivis téléphoniques est très rare. De plus, une seule ergothérapeute a mentionné qu'elle fait des suivis par courriel en plus des suivis téléphoniques et des suivis en clinique. Enfin, concernant les types de suivis utilisés, deux ergothérapeutes ont mentionné faire des suivis en milieu de travail lorsque possible. En bref, faire des suivis permet de s'ajuster au fil des semaines et cela assure un accompagnement malgré le retour au travail entamé.

2.2.5. Conclure et mettre fin

Enfin, la plupart des ergothérapeutes ont mentionné qu'ils mettent fin aux suivis lorsque le travail se maintient puisque le but des suivis en ergothérapie est que les clients retournent au travail. En ce sens, au fur et à mesure que les journées et les heures de travail des clients augmentent, les suivis diminuent. À cet effet, selon le jugement de l'ergothérapeute, celui-ci peut mettre fin aux suivis. Deux ergothérapeutes ont toutefois mentionné vouloir moins de pression pour fermer les dossiers, mais souvent, à cause des contraintes à respecter, ceux-ci n'ont pas le choix de les fermer. Une des ergothérapeutes disait : « *Cela fait en sorte que les choses ne sont pas aussi bien faites* ». En effet, certaines interventions peuvent être précipitées,

de même que les retours au travail, et ce, même si les clients n'ont pas suffisamment récupéré et que leur condition de santé n'est pas optimale pour retourner à l'emploi.

5.3. Les facilitateurs et obstacles perçus dans la pratique

Les ergothérapeutes ont identifié certains facilitateurs et obstacles en lien avec leur pratique auprès des clients vus dans un contexte de réadaptation pour le retour au travail après un TCCL. Certains éléments sont à la fois considérés comme des facilitateurs et des obstacles, alors que d'autres éléments sont plutôt nommés comme étant uniquement un facilitateur ou un obstacle. Ces facilitateurs et obstacles ont été classés selon six thèmes principaux, dont les facteurs personnels des clients, la collaboration interprofessionnelle, les structures organisationnelles, l'expertise professionnelle de l'ergothérapeute, l'accessibilité aux ressources pour soutenir la pratique, ainsi que l'organisation du processus de pratique.

5.3.1. Les facteurs personnels des clients

D'abord, tous les ergothérapeutes interrogés (n=7) rapportent que les facteurs personnels des clients ont un impact majeur concernant le retour au travail. En effet, les caractéristiques des clients aux plans physiques, cognitifs et émotionnels, leur contexte de vie ainsi que leur personnalité peuvent avoir un impact positif ou négatif sur le retour au travail. À cet effet, deux ergothérapeutes mentionnent, d'une part sous forme de facilitateur et de l'autre, sous forme d'obstacle:

[...] ça [les comorbidités] ça a un grand impact en effet, la motivation aussi du client et son réseau social, les facteurs psychosociaux. Si aussi c'est leur premier TCC c'est plus facile que si ça fait plusieurs qu'ils font.

[...] tout ce qui va être comorbidité au niveau de.. à la fois douleur chronique [...] puis c'est vrai aussi avec les diagnostics de santé mentale, donc présence de stress, d'anxiété, dépression, toutes les choses aussi qui vont venir aussi influencer la réactivation progressive, puis malheureusement souvent, compliquer le retour au travail.

5.3.2. La collaboration interprofessionnelle

Deuxièmement, tous les ergothérapeutes (n=7) ont abordé l'aspect de la collaboration interprofessionnelle. Celle-ci se manifeste d'abord sous l'aspect du travail d'équipe entre les différents professionnels de la santé. Un des participants mentionne d'ailleurs : « *Je dirais... le fait que nous on travaille beaucoup en équipe [...] ça permet vraiment d'avoir une prise en charge globale de la personne, de travailler en équipe et de répondre à tous, bien souvent, tous les besoins de la personne* ». Dépendamment de la façon dont les ergothérapeutes abordent le travail d'équipe, leurs réponses font référence, soit à un facilitateur ou soit à un obstacle. La collaboration entre les différents intervenants est donc perçue comme un élément ayant un impact sur le retour au travail, qui est entre autres, influencé par la cohérence des différents messages qui sont communiqués aux clients. À ce propos, une participante affirme :

[...] parfois, les références viennent d'ailleurs et c'est une référence spécifique pour ergothérapie, donc à ce moment-là, il y a une collaboration avec d'autres professionnels.. c'est sûr que les incohérences au niveau du discours ont un impact super important sur cette clientèle-là.

Dans ce même ordre d'idées, la présence ou l'absence de certains professionnels peut faciliter ou nuire le processus de réadaptation au travail. D'ailleurs, une des participantes a affirmé « *quand il n'y a pas de médecin traitant aussi c'est un obstacle* ». Enfin, deux ergothérapeutes ont mentionné qu'il serait intéressant d'intégrer un autre intervenant dans l'équipe afin de faciliter leur prise en charge. Il s'agit notamment d'un intervenant pour la vision, qui peut aider selon les besoins particuliers des personnes ayant subi un TCCL. Une d'entre elles a affirmé :

Un élément qui est malheureusement, je trouve, peu accessible [...] c'est d'intégrer quelqu'un au niveau de la vision. On a eu en privé des beaux dossiers où est-ce qu'il y avait un optométriste développemental ou en tout cas, une certaine spécialité au niveau de la vision et du contrôle moteur oculaire et des choses qui sont peut-être un peu plus pointues, spécifiques auxquelles on a pas toujours accès [...].

5.3.3. Les structures organisationnelles

Troisièmement, les ergothérapeutes ont nommé certaines structures organisationnelles qui facilitent ou nuisent à leur pratique auprès des personnes ayant subi un TCCL dans un contexte de retour au travail. Dans un premier temps, six des sept ergothérapeutes (n=6) ont abordé les facteurs de soutien aux employés, faisant référence aux relations qu'ils ont avec les employeurs et les agents payeurs, ainsi qu'à l'ouverture et à la flexibilité des organismes. Les verbatim suivants illustrent ce thème :

Ben je pense des fois ce qui facilite c'est le conseiller en réadaptation qui va faciliter le processus puis c'est lui des fois qui va appeler l'employeur [...] puis un employeur collaborant. [...]. Je dirais que c'est habituellement facilitant d'avoir un agent payeur.

[...] c'est un cas où il n'y avait pas de possibilité chez l'employeur d'adapter les exigences de la tâche en fonction des symptômes.

Dans le même ordre d'idées, la connaissance du diagnostic par ces différents acteurs, qui font partie des divers facteurs de soutien aux employés, va avoir un impact sur les travailleurs, mais aussi sur les actions que les ergothérapeutes peuvent mettre en place dans leur pratique. Une ergothérapeute souligne d'ailleurs :

[...] je pense que c'est parfois la méconnaissance du diagnostic, la méconnaissance des conséquences que ça peut avoir autant chez le client lui-même, que chez son médecin traitant, que chez le payeur, que chez l'employeur, donc ça je dirais que c'est un gros obstacle. Ça nous permet pas toujours de pouvoir mettre en place les stratégies qu'on souhaiterait.

Dans un deuxième temps, toujours concernant les structures organisationnelles, quatre ergothérapeutes ont abordé le contexte de travail des clients comme étant un obstacle possible au retour au travail. Le contexte de travail fait notamment référence à l'environnement physique des lieux, l'environnement social (ex. : les relations avec les collègues) et les exigences de l'emploi. Les verbatim suivants, mentionnés par deux de ces quatre ergothérapeutes illustrent ce thème :

[...] il y a une culture aussi de jugement par rapport aux commotions qui est quand même un obstacle. Les gens ont de la difficulté parfois à accepter les contre-indications

ou dans le retour au milieu de travail c'est difficile parce que c'est comme mal perçu. C'est pas de la santé mentale, mais proche. [...] la stigmatisation dans le milieu [...].

[...] elles [les difficultés] peuvent aussi être liées à la présence de stimuli dans l'environnement. Si c'est un environnement qui est très bruyant, il va peut-être avoir un impact négatif sur la performance du client.

Enfin, deux ergothérapeutes ont mentionné que dans un monde idéal, pour faciliter la pratique des ergothérapeutes et répondre aux besoins des clients, il faudrait une meilleure collaboration de la part des différentes structures organisationnelles entourant les clients. À cet effet, une ergothérapeute a mentionné qu'il faudrait :

Une approche intégrée avec l'employeur ou le milieu de travail [...] que ce soit plus facile de déterminer les restrictions, intégrer l'employeur pour adapter les tâches, pour aider à la compréhension de qu'est-ce qui se passe avec ces patients-là [...] qui se sentent pas stigmatisés. C'est pour ça que c'est important d'intégrer l'employeur, les collègues [...].

5.3.4. L'expertise professionnelle de l'ergothérapeute

Quatrièmement, l'expertise professionnelle de l'ergothérapeute a été nommée pour la plupart, comme un facilitateur à la pratique. Dans un premier temps, pour cinq ergothérapeutes, l'expérience et les formations sont perçues comme un facilitateur pour intervenir auprès des personnes ayant subi un TCCL dans un contexte de retour au travail, malgré que selon une ergothérapeute, « *[il n'existe] pas tant de formations pour le moment qui sont intéressantes, adaptées* ». Dans un deuxième temps, l'utilisation des données probantes en lien avec les TCCL a également été soulevée par deux ergothérapeutes comme étant un facilitateur dans leur pratique. Enfin, la reconnaissance du rôle de l'ergothérapeute est soulevée par une ergothérapeute comme étant un facilitateur pour intervenir auprès d'une clientèle ayant un diagnostic peu connu et reconnu, telle qu'elle le mentionne :

[...] graduellement, il y a une meilleure connaissance, une meilleure compréhension du rôle de l'ergo [...] c'est pas nécessairement un diagnostic très connu et reconnu [...] il y a eu beaucoup de médiatisation des problèmes de commotion chez les sportifs, pis j' pense que ça a fini par déteindre sur les travailleurs et les personnes accidentées de la route et il y a eu une conscientisation des gens à ce niveau-là.

5.3.5. L'accessibilité aux ressources pour soutenir la pratique

Cinquièmement, l'accessibilité aux ressources pour soutenir la pratique ergothérapeutique a été soulevée, pour la plupart, comme un obstacle dans la pratique pour intervenir auprès de cette clientèle. D'abord, le développement et l'accès à des évaluations spécifiques et formelles pour les TCCL ont été relevés par quatre ergothérapeutes (n=4). En effet, le manque d'évaluations spécifiques pour cette clientèle peut limiter les actions que les ergothérapeutes peuvent poser et limiter les analyses ainsi que les interprétations qu'ils peuvent faire. Ces ergothérapeutes nomment, à cet effet, certaines pistes de solution concernant l'accessibilité et le développement de ressources pour la clientèle TCCL. Une de ces quatre ergothérapeutes a entre autres, mentionné qu'il serait intéressant de développer une évaluation sur le sentiment d'auto-efficacité en lien avec la reprise des tâches de travail : « *de vraiment poser des questions sur la perception que la personne a de son travail, le sentiment d'auto efficacité [...] ça je pense que ça serait à développer au niveau du TCCL. Tsé comment l'énergie va influencer les tâches de travail, de voir vraiment la perception de la personne par rapport à sa capacité de reprendre son travail* ». Une autre de ces quatre ergothérapeutes a mentionné qu'elle aimerait se procurer des évaluations informatisées : « *[...] c'est des programmes plus informatisés, comme brain FX, c'est un programme qui est fait pour les TCC légers [...] ça nous permettrait d'avoir des activités fonctionnelles un petit peu plus complexes [...] d'avoir d'autres mises en situation* ». Enfin, de ces quatre ergothérapeutes, deux d'entre eux ont mentionné qu'il serait intéressant de développer une évaluation sur les pronostics de retour au travail des personnes ayant un TCCL comme il en existe avec les personnes présentant des troubles de santé mentale. Une d'entre elles mentionne entre autres : « *Oh mon dieu, je ferais faire faire un ISHT sur les TCCL, développer. Je trouve que c'est un creux les TCCL, il n'y a pas tant d'études sur ça en ergo* ». Ainsi, le développement de ces ressources faciliterait la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes ayant subi un TCCL dans un contexte de retour au travail.

Un autre élément en lien avec l'accessibilité aux ressources et pouvant faciliter la pratique professionnelle concerne la mise en place d'une communauté de pratique pour les ergothérapeutes. En effet, une ergothérapeute souligne à ce propos :

S'il pouvait avoir des genres de communautés de pratique pour les ergothérapeutes, pour les TCCL parce que c'est une clientèle vraiment particulière, donc de pouvoir partager un peu les évaluations, les interventions.

5.3.6. L'organisation du processus de pratique

Sixièmement, certains ergothérapeutes ont souligné des éléments concernant l'organisation du processus de pratique. Dans un premier temps, six des sept ergothérapeutes (n=6) ont abordé certains points d'action du MCPP comme étant un facilitateur ou un obstacle dans la pratique auprès des personnes ayant subi un TCCL dans un contexte de retour au travail. Premièrement, initier le contact tardivement avec les clients est un obstacle pour six ergothérapeutes (n=6). Ceux-ci ont d'ailleurs mentionné qu'idéalement, il faudrait une prise en charge d'équipe plus rapide. En effet, plus les délais d'attente avant de voir les clients sont longs, plus il risque d'avoir un impact négatif sur le retour au travail. À ce propos, un ergothérapeute mentionne qu'il faut « *s'assurer qu'on fait une prise en charge rapide parce que malheureusement, souvent ça va être long avant que le client débute et là on a le temps de laisser les choses se cristalliser* ».

Deuxièmement, concernant les points d'action du MCPP, l'étape de faire des suivis est considérée pour une ergothérapeute comme étant un facilitateur dans la pratique. Celle-ci mentionne :

[...] le fait de faire un suivi régulier [...] ben ça j'trouve que c'est vraiment facilitant [...] de voir ce qui est difficile et de voir comment on peut le régler rapidement. Donc j'trouve que ça aussi c'est un élément qui est facilitant.

Toujours à l'étape de faire des suivis, une autre ergothérapeute souligne que pour faciliter et assurer des suivis rapides avec ses clients, il serait intéressant d'avoir un téléphone cellulaire pour le travail : « *[...] d'avoir un téléphone cellulaire où est-ce que je pourrais texter à mes clients [...] pour pouvoir moi, leur répondre [...] comme ça ils savent que je vais assurer, ça va faire la grosse différence* ». Enfin, quatre ergothérapeutes (n=4) ont mentionné qu'idéalement, ceux-ci voudraient prolonger leurs suivis avec les clients pour s'assurer que le retour au travail se passe bien. À ce propos deux participants affirment :

[...] faire un suivi, au moins un suivi téléphonique [...] mettons une fois par semaine ça permet à la personne qu'elle se sente soutenue, ça la rassure [...] ça permet de continuer sur une bonne lancée, plutôt qu'elle reste avec ses questionnements pendant 2-3 semaines.

Si c'était idéal, j'aimerais avoir moins de pression pour fermer mes dossiers [...] tsé j'aimerais ça les suivre 1 mois lorsqu'ils ont fini de retourner au travail, tsé 1 mois ou 2 pour être sûre que ça se maintienne un peu. Pas vite vite vite on ferme!

Dans un deuxième temps, concernant l'organisation du processus de pratique, une ergothérapeute a abordé l'aspect de l'autonomie professionnelle comme étant un facilitateur. En effet, cette participante a mentionné que dans son milieu de travail, elle a un pouvoir décisionnel dans sa pratique auprès des personnes ayant subi un TCCL. Elle souligne à cet effet :

[...] j'ai quand même un grand pouvoir décisionnel par rapport au processus de retour au travail [...] donc ça me donne plus de contrôle, puis être plus près de mes patients pour pouvoir me réajuster. Ça enlève une lourdeur administrative [...].

En bref, l'organisation du processus de pratique peut avoir des répercussions tant positives que négatives chez les clients dans un contexte de retour au travail et certaines propositions nommées par les ergothérapeutes pourraient faciliter la pratique auprès de cette clientèle.

6. DISCUSSION

L'objectif général de l'étude consistait à décrire les pratiques ergothérapeutiques actuelles visant à favoriser le retour au travail des adultes ayant subi un TCCL. Plus spécifiquement, ce projet a permis d'explorer le processus de prise en charge de cette clientèle, de documenter les stratégies d'évaluation et d'intervention utilisées par les ergothérapeutes et d'identifier les facilitateurs et les obstacles à la pratique perçus par ceux-ci. Cette section consiste en une analyse critique des résultats, permettant de faire des liens avec les écrits scientifiques existants et les modèles présentés précédemment dans le cadre conceptuel. Les retombées de l'étude pour la pratique et la recherche en ergothérapie sont ensuite exposées. Enfin, une analyse des forces et des limites de l'étude est présentée.

6.1. Le processus de prise en charge ainsi que les stratégies d'évaluation et d'intervention en ergothérapie

En lien avec le premier objectif de cet essai, les résultats de l'étude viennent illustrer le processus de prise en charge en ergothérapie pour faciliter le retour au travail de la clientèle ayant subi un TCCL. À la lumière de ces résultats, il apparaît que les pratiques actuelles des ergothérapeutes interrogés correspondent aux points d'action du MCPP (Davis et coll., 2013) et présentent plusieurs similitudes entre tous les participants, et ce, malgré le fait que les lignes directrices concernant la prise en charge en ergothérapie pour faciliter le retour au travail après le TCCL ne soient pas aussi détaillées et explicites (ONF, 2013; ONF, 2018). Plus spécifiquement, les ergothérapeutes interrogés procèdent tous à la prise en charge de leurs clients en établissant d'abord un contact initial, puis en les évaluant à l'aide de différentes stratégies d'évaluation touchant les dimensions du fonctionnement au travail, les facteurs personnels et environnementaux, en établissant des objectifs et en mettant en œuvre un plan par le biais de diverses interventions, en offrant des suivis et, finalement, en mettant fin à leur relation thérapeutique avec les clients.

Les ergothérapeutes ont aussi mentionné que certaines de leurs actions sont influencées par les contextes sociétaux et de la pratique, qui représentent également deux constituants du MCPP. Cela concorde avec les fondements théoriques et les liens explicités par

ce modèle (Craik et coll., 2013). En effet, les éléments institutionnels (ex. : politiques organisationnelles de l'établissement), sociaux (ex. : l'équipe de travail) et physiques (ex. : les équipements), ainsi que les facteurs personnels des intervenants et des clients ont un impact sur les actions que peuvent poser les ergothérapeutes. À cet effet, certains éléments concernant les contextes du processus de la pratique seront discutés dans la section suivante, en tant que facilitateurs et obstacles à la pratique.

En ce qui a trait à l'amélioration du processus de prise en charge après le TCCL, certaines pistes de solutions ayant été nommées par les participants pourraient être des éléments importants sur lesquels s'attarder pour optimiser la pratique future. Notamment, les participants suggèrent que les délais dans la prise en charge pourraient être plus rapides afin d'offrir les services en temps opportun pour habilitier la personne à reprendre ses occupations, dont le travail. Ce souhait, rapporté par les ergothérapeutes pour les pratiques idéales, concorde aussi avec de récents guides de pratiques et synthèses de connaissances (INESSS, 2018; ONF, 2018). Selon l'ONF (2018), les recherches sur la prise en charge de cette clientèle sont encore limitées, d'autant plus que des lacunes persistent dans la compréhension de cette problématique, principalement en ce qui concerne le dépistage de la clientèle ainsi que l'accès et la coordination du continuum de services par les différents professionnels (Gouvernement du Québec, 2010). L'organisation du continuum de services pour la clientèle TCCL demeure ainsi, un enjeu sur lequel se pencher afin de faciliter le processus de prise en charge par les ergothérapeutes et il est notamment rapporté dans le document sur l'état des connaissances sur le TCCL (INESSS, 2018) comme étant une zone de révision potentielle des orientations ministérielles de 2005-2010.

En ce qui concerne le deuxième objectif de cet essai sur les stratégies d'évaluation utilisées par les ergothérapeutes, il apparaît que celles-ci concordent généralement avec les évaluations suggérées par les écrits scientifiques spécifiques à la profession (Bootes et Chapparo, 2002 ; Hart et coll., 1993 ; Roy et coll., 2011; Stergiou-Kita et coll., 2010). En lien avec le modèle du fonctionnement au travail (Sandqvist et Henriksson, 2004), faisant partie du cadre conceptuel, les participants rapportent toutefois utiliser une plus grande diversité de stratégies

d'évaluation pour documenter les capacités des personnes que pour évaluer la performance au travail. Cela pourrait s'expliquer, entre autres, par la diversité des symptômes possibles rapportés par les clients ayant subi un TCCL (ex. : maux de tête, vertiges, fatigue, problèmes de concentration, stress, etc.), qui peuvent aussi influencer le fonctionnement au travail, ainsi que par la disponibilité de telles évaluations standardisées. Pour ce qui est de l'évaluation de la performance au travail, il apparaît que les ergothérapeutes privilégient plus souvent les simulations de tâches de travail (n = 7) que les évaluations lors de visites en milieu de travail (n = 4). De plus, bien que l'ensemble des ergothérapeutes rapportent utiliser les simulations de tâches, seulement trois d'entre eux le font systématiquement avec leurs clients. À cet effet, il est intéressant de réfléchir aux raisons qui pourraient expliquer pourquoi les visites en milieu de travail et les simulations de tâches, qui permettent d'évaluer la performance des clients et ainsi d'avoir un portrait fonctionnel, ne sont pas systématiquement utilisées lorsqu'il est temps d'évaluer les clients ayant un TCCL en ergothérapie. À la lumière des connaissances sur le système de santé actuel, une piste d'explication possible pourrait être en lien avec certains enjeux du contexte de pratique institutionnel, notamment le temps alloué pour les séances d'ergothérapie avec chaque client et les ressources financières associées aux visites en milieu de travail (Craik et coll., 2013). En effet, le manque de temps pour se déplacer dans les milieux de travail et les frais engendrés par de telles évaluations de la part d'un ergothérapeute en milieu de travail pourraient expliquer, en partie, pourquoi les visites en milieu de travail sont moins couramment utilisées dans la pratique. Il est aussi possible que les divers acteurs au sein des structures organisationnelles (ex. : agent payeur, employeur) bénéficieraient d'être mieux sensibilisés et informés des avantages de telles évaluations sur le processus de retour au travail. Enfin, une partie des ergothérapeutes s'entendent aussi pour dire qu'il manque certaines ressources dans la pratique pour les aider au plan de l'évaluation, notamment pour documenter la performance au travail. Parmi les pistes de solution et de développement qu'ils suggèrent pour le futur, le développement de certaines évaluations fonctionnelles permettrait notamment aux ergothérapeutes de documenter des aspects supplémentaires du fonctionnement des personnes ayant subi un TCCL et d'objectiver leurs résultats. Cela concorde avec les besoins de recherches futures nommés dans les écrits scientifiques concernant

l'évaluation et l'intervention en ergothérapie pour le retour au travail de la clientèle TCCL (Stergiou-Kita et coll., 2010 ; ONF, 2018).

Concernant les stratégies d'intervention, répondant ici aussi au deuxième objectif de cette étude, celles-ci concordent également avec les interventions suggérées par les données probantes spécifiques aux ergothérapeutes (Dodson, 2010; Roy et coll., 2011), ainsi qu'avec les interventions dites « simples et complexes » suggérées pour différents professionnels de la santé auprès de cette clientèle (Guérin et coll., 2005; McKerral et Léveillé, 2015). En lien avec le modèle de réadaptation au travail suite au TCCL (Dodson, 2010), faisant partie du cadre conceptuel, les stratégies d'intervention utilisées par les ergothérapeutes sont souvent axées sur la catégorie de l'environnement de travail en contexte écologique. Les visites en milieu de travail ainsi que les simulations de tâches sont utilisées par tous les ergothérapeutes de cette étude, bien qu'ils souhaiteraient se rendre plus fréquemment dans le milieu de travail de leur client. La fréquence des visites en milieu de travail semble donc, elle aussi, possiblement limitée par des enjeux du contexte de la pratique institutionnel (Craik et coll., 2013) similaires aux enjeux relevés pour l'évaluation en milieu de travail, soit le manque de temps et de flexibilité des procédures. En plus petite proportion, les interventions utilisées permettent aussi d'intervenir sur les facteurs personnels habilitant le travailleur à exercer son emploi (ex. : éducation et assurance), qui font eux aussi, référence à l'une des catégories du modèle de Dodson (2010). De plus, un élément intéressant se retrouvant dans les données probantes n'a pas été mentionné par les ergothérapeutes de cette étude. Il s'agit de l'éducation à la famille pour soutenir la personne ayant subi un TCCL et favoriser son adaptation (Guérin et coll., 2005). Le soutien de la famille est pourtant reconnu comme un facteur favorable pour faciliter le retour au travail des personnes ayant subi un TCCL (Colantonio et coll., 2016; Gilworth et coll., 2008). Il serait donc intéressant que les ergothérapeutes considèrent l'éducation à la famille dans leurs interventions. Enfin, une intervention a été proposée par une ergothérapeute, soit la mise en œuvre d'interventions de groupe auprès des personnes ayant subi un TCCL. Cette stratégie d'intervention est innovante puisqu'elle n'a pas été documentée dans les études consultées pour cette recherche. De plus, elle représente une piste de solution intéressante, mais son efficacité auprès de la clientèle devrait être validée.

6.2. Facilitateurs et obstacles à la pratique auprès des personnes ayant subi un TCCL

Tel que visé par le dernier objectif, l'étude a permis d'identifier plusieurs éléments qui facilitent ou nuisent à la pratique des ergothérapeutes dans un contexte de réadaptation au travail auprès de la clientèle ayant subi un TCCL. Il apparaît que certains éléments sont plus externes aux ergothérapeutes (ex. : les facteurs personnels des clients), alors que d'autres éléments sont plus directement liés aux ergothérapeutes (ex. : l'expertise professionnelle de l'ergothérapeute). À cet effet, les ergothérapeutes ont nommé les bénéfices des formations professionnelles et de l'utilisation des données probantes, ce qui sous-entend qu'ils peuvent eux-mêmes influencer la qualité de leur pratique pour répondre adéquatement aux besoins des clients. De plus, d'autres facilitateurs et obstacles soulevés par les ergothérapeutes concernent des éléments constituant du MCPP, soient le contexte sociétal (c'est-à-dire les structures organisationnelles), de la pratique (c'est-à-dire la collaboration interprofessionnelle, l'expertise professionnelle et l'accessibilité aux ressources) et les points d'actions (c'est-à-dire l'organisation du processus de pratique) (Craik et coll., 2013). Cela démontre que la pratique quotidienne des ergothérapeutes auprès de cette clientèle est complexe, et qu'ils font face à de nombreux enjeux à différents niveaux dans le processus de pratique.

De façon plus spécifique, les facteurs personnels des clients ont aussi été identifiés dans des études antérieures comme étant des facteurs favorables ou défavorables au retour au travail ainsi qu'au pronostic de récupération fonctionnelle (Cancelliere et coll., 2014; Stergiou-Kita et coll., 2011 ; ONF, 2018). Les ergothérapeutes doivent donc les prendre en considération lorsqu'ils interviennent auprès de leurs clients. Il peut toutefois être plus difficile pour les ergothérapeutes d'avoir une influence sur les facteurs personnels des clients lorsqu'ils sont considérés comme des obstacles puisqu'ils font partie intégrante de la personne. Cela pourrait expliquer pourquoi les ergothérapeutes n'ont pas nommé de piste de solution possible à cet élément, tel qu'ils le font pour les autres éléments.

Un aspect important pour lequel les ergothérapeutes peuvent agir pour améliorer les pratiques concerne le développement de leur expertise professionnelle. Les principaux facilitateurs identifiés à cet égard concernaient l'expérience clinique, l'utilisation des données

probantes, ainsi que les formations, et ce, malgré le peu de formations actuellement disponibles sur les pratiques ergothérapeutiques avec cette clientèle selon les propos des participants. À cet effet, le développement de formations spécifiques à la clientèle TCCL pour les ergothérapeutes serait un projet pertinent sur lequel se pencher pour améliorer les pratiques ergothérapeutiques.

En continuité avec la thématique du développement de l'expertise professionnelle, certains participants ont aussi rapporté qu'il manque actuellement de ressources pour soutenir les pratiques d'évaluation et d'intervention spécifiques à cette clientèle, ce qui représente un obstacle dans la pratique. Cela concorde avec les recommandations sur les besoins de recherches futures concernant les meilleures pratiques pour l'évaluation et l'intervention pour le retour au travail des personnes ayant subi un TCCL (Stergiou-Kita et coll., 2010 ; ONF, 2013). De plus, une ressource intéressante ayant été mentionnée par une ergothérapeute concerne le développement de communautés de pratique. Le développement d'une telle ressource pourrait sans doute avoir certains bénéfices, tels que le partage d'idées et l'uniformisation des pratiques, mais il faudrait s'assurer qu'elle est réellement accessible pour tous les milieux de travail et qu'elle promouvoit également l'utilisation des récentes données probantes, tel que suggéré par d'autres participants. Cela demeure ainsi une solution prometteuse à explorer, qui a d'ailleurs révélé certains bénéfices pour l'amélioration d'autres domaines de la pratique en ergothérapie.

Pour ce qui est de la collaboration interprofessionnelle, elle est perçue à la fois comme un facilitateur et un obstacle possible dans la pratique. À cet effet, les écrits antérieurs insistent aussi sur l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans le cadre de la réadaptation pour favoriser le retour au travail après le TCCL (ONF, 2017) et mentionnent qu'il faut des interventions interprofessionnelles graduelles (Guérin et coll., 2005), impliquant généralement la présence d'au moins trois professions différentes pouvant répondre aux besoins de cette clientèle lorsque des symptômes persistants entravent la reprise des occupations (ONF, 2017). Toutefois, certains experts s'entendent pour dire qu'il y a encore un manque de concertation entre les acteurs, ce qui occasionne parfois des délais néfastes entre chacune des étapes

d'intervention (Gouvernement du Québec, 2010). Aussi, il faut que les professionnels portent une attention particulière à la cohérence de leur discours et à la coordination de leurs actions afin d'optimiser le processus de réadaptation de leurs clients, ce qui a aussi été relevé par certains participants. Dans ce contexte, la mise en place de solutions concrètes pour favoriser la collaboration interprofessionnelle demeure ainsi un enjeu important auquel s'attarder pour améliorer les services à cette population et où les ergothérapeutes sont appelés à exercer leur leadership.

Les structures organisationnelles constituent un autre élément-clé à considérer. Celles-ci semblent plus souvent être perçues comme des obstacles dans la pratique quotidienne, bien que certains les aient aussi nommés comme des facilitateurs. Le fait que différents acteurs, tels que les employeurs et les conseillers en réadaptation qui participent au processus de réadaptation au travail des personnes ayant subi un TCCL (Gouvernement du Québec, 2010; ONF, 2018), peut potentiellement complexifier le processus de retour au travail de cette clientèle lorsqu'il est difficile d'avoir une concertation de tous (Gouvernement du Québec, 2010). De plus, selon certains participants, une sensibilisation sur les conséquences possibles d'un TCCL, à l'égard des acteurs et des partenaires qui font partie des structures organisationnelles, pourrait permettre aux travailleurs de subir moins de pression lors du retour au travail et d'être moins stigmatisés, améliorant ainsi le contexte de travail. Ceci fait ainsi partie des actions concrètes pouvant être exercées par l'ergothérapeute.

Enfin, concernant l'organisation du processus de pratique, certains éléments en lien avec les points d'actions du MCPP ont été ciblés comme des pistes d'amélioration (Craik et coll., 2013). En effet, la prise en charge tardive, qui retarde l'établissement du premier contact, est un obstacle qui a des conséquences importantes, telles que la chronicisation des symptômes et qui s'explique notamment, par le fait qu'il y a encore des lacunes dans le dépistage de cette clientèle (Gouvernement du Québec, 2010). Aussi, l'incompréhension du diagnostic fait en sorte que les employeurs, entre autres, n'ont pas toujours assez de connaissances, de même que de ressources pour repérer et référer un de leurs employés, de même que les professionnels de la santé pour diagnostiquer un TCCL. Un repérage et un dépistage rapide de

cette problématique permettraient une prise en charge plus rapide. De plus, les suivis réguliers, avec la possibilité de visites en milieu de travail, sont considérés comme étant des facilitateurs et devraient être encouragés et prolongés lorsque nécessaires, pour assurer le maintien du travail. Néanmoins, pour ce faire, il est possible que certains éléments du contexte sociétal et de la pratique doivent être révisés, tels que les modèles d'organisation de services. Aussi, une ergothérapeute a abordé l'aspect de l'autonomie professionnelle comme étant un facilitateur dans sa pratique puisqu'elle a un grand pouvoir décisionnel par rapport au processus de retour au travail. Ceci est un élément intéressant considérant que le contexte de pratique de cette ergothérapeute est différent de tous les autres. En effet, ce milieu particulier (soit la base militaire) peut être assujéti à des politiques et procédures différentes des milieux plus traditionnels (ex. : centre de réadaptation ou clinique privée). Il demeure donc pertinent de rester ouvert à des pistes de solutions innovantes pour l'organisation des services après un TCCL comme celles issues de milieux de pratique moins traditionnels, telle que la base militaire.

6.3. Retombées pour la pratique en ergothérapie

Cette étude a permis de dresser un portrait préliminaire des pratiques ergothérapeutiques actuelles pour favoriser le retour au travail des adultes ayant subi un TCCL. De plus, elle a permis d'explorer les similitudes et les différences entre les pratiques actuelles, celles qui sont suggérées par les données probantes ainsi que par le MCPP, grandement utilisé en ergothérapie. Des exemples de pratiques inspirantes et innovantes concernant l'évaluation et l'intervention pourraient guider des pistes d'actions pour les ergothérapeutes, ainsi que des pistes de recherches futures, par exemple, l'intégration d'interventions de groupe dans le processus de prise en charge de cette clientèle. De plus, l'identification de facilitateurs et d'obstacles à la prise en charge des personnes ayant subi un TCCL dans un contexte de retour au travail pourrait aider à formuler des recommandations pertinentes pour soutenir ces professionnels dans leur pratique. Ces recommandations, portant par exemple sur la pertinence d'inclure la famille, de déployer des moyens et des actions concrètes pour soutenir la collaboration interprofessionnelle et de faire des suivis à durée variable, pourraient ensuite, mieux répondre aux besoins de cette clientèle pour laquelle la prise en charge en ergothérapie pose des défis. Enfin, cette étude met en lumière la pertinence d'approfondir les recherches à

ce sujet et ouvre la porte au développement de certaines ressources et stratégies pour intervenir dans la pratique future.

6.4. Forces et limites de l'étude

Cette étude présente certaines forces et limites. Une première force de cette étude est la variété des milieux de travail et des régions du Québec dans lesquels les ergothérapeutes participants pratiquent, ce qui a potentiellement contribué à obtenir une diversité de perspectives malgré le petit échantillon ($n=7$) de cette étude. De plus, cette étude cible une clientèle pour laquelle les pratiques sont en constante évolution. D'ailleurs, au courant de la rédaction de cet essai, un tout nouveau guide de pratique a été mis à jour en mai 2018 (ONF, 2018). L'ancien guide de pratique, sur lequel s'était basé la majeure partie de cet essai datait de 2013 (ONF, 2013). Néanmoins, les deux versions ont été consultées et considérées dans cet essai puisque le nouveau guide vient de paraître et les pratiques actuelles peuvent encore demeurer influencées par les anciennes recommandations. Cet essai tient donc compte des plus récentes avancées sur la prise en charge de cette clientèle.

Enfin, une des limites concerne le faible taux de participation. Il est donc possible que les résultats de cette étude ne reflètent les perceptions que d'une portion des ergothérapeutes pratiquant avec cette clientèle, ce qui limite la transférabilité des résultats. De plus, la méthode de collecte de données, soit les entrevues semi-structurées, permet une flexibilité quant à la formulation des questions. Il est donc possible que l'étudiante-chercheuse ait influencé involontairement les réponses des participants lors des entrevues, ce qui a pu biaiser ou teinter certains résultats.

7. CONCLUSION

En conclusion, ce projet aura permis de dresser un portrait préliminaire des pratiques ergothérapeutiques actuelles dans un contexte de retour au travail chez la clientèle TCCL. L'étude met en lumière une variété d'évaluations et d'interventions utilisées par les ergothérapeutes. Ceux-ci manifestent entre autres, le désir d'intervenir encore davantage en contexte écologique dans le milieu de travail de leurs clients. De plus, différents facilitateurs et obstacles perçus par les participants viennent influencer leurs pratiques. Certains éléments relevés dans cette étude pourront aider à formuler des recommandations pertinentes pour soutenir ces professionnels et pourront guider des pistes d'améliorations futures concernant l'organisation du processus de pratique, la collaboration interprofessionnelle, l'accessibilité aux ressources, les structures organisationnelles ainsi que sur certains aspects liés au développement de l'expertise professionnelle de l'ergothérapeute.

Il serait pertinent de valider ces résultats auprès d'un plus grand nombre d'ergothérapeutes et également, d'explorer avec eux l'applicabilité des récentes recommandations des bonnes pratiques pour la prise en charge de cette clientèle. Cela permettrait de guider d'autres pistes d'actions et de révisions potentielles concernant les pratiques ergothérapeutiques auprès de cette clientèle. Enfin, de futures recherches pourraient évaluer les pistes de solutions proposées par les participants de cette étude, telles que la faisabilité et l'efficacité des interventions en groupe, ainsi que la flexibilité dans la durée et les méthodes de suivi, particulièrement à la suite du retour progressif de la personne en milieu de travail.

RÉFÉRENCES

- Bootes, K. et Chapparo, C. J. (2002). Cognitive and behavioural assessment of people with traumatic brain injury in the work place: occupational therapists' perceptions. *Work*, 19(3), 255-268.
- Bowen, A., Chamberlain, M. A., Tennant, A., Neumann, A. et Conner, M. (1999). The persistence of mood disorders following traumatic brain injury: a 1 year follow-up. *Brain injury*, 13(7), 547-553. doi: 10.1080/026990599121449
- Cancelliere, C., Kristman, V. L., Cassidy, J. D., Hincapié, C. A., Côté, P., Boyle, E., . . . Borg, J. (2014). Systematic Review of Return to Work After Mild Traumatic Brain Injury: Results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(3), S201-S209. doi:10.1016/j.apmr.2013.10.010
- Cassidy, J. D., Carroll, L., Peloso, P., Borg, J., Von Holst, H., Holm, L., . . . Coronado, V. (2004). Incidence, risk factors and prevention of mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of rehabilitation medicine*, 36(0), 28-60.
- Chang, V. H., Lombard, L. A. et Greher, M. R. (2011). Mild traumatic brain injury in the occupational setting. *PM & R: The Journal Of Injury, Function, And Rehabilitation*, 3(10 Suppl 2), S387-S395. doi:10.1016/j.pmrj.2011.08.007
- Chu, S.Y., Tsai, Y.H., Xiao, S.H., Huang, S.J. et Yang, C.C. (2017). Quality of return to work in patients with mild traumatic brain injury: a prospective investigation of associations among post-concussion symptoms, neuropsychological functions, working status and stability. *Brain injury*, 31(12), 1674-1682. doi:10.1080/02699052.2017.1332783
- Cogan, A. M. (2014). Occupational needs and intervention strategies for military personnel with mild traumatic brain injury and persistent post-concussion symptoms: A review. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 34(3), 150-159. doi: 10.3928/15394492-20140617-01
- Colantonio, A., Salehi, S., Kristman, V., Cassidy, J. D., Carter, A., Vartanian, O., . . . Vernich, L. (2016). Return to work after work-related traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 39(3), 389-399. doi:10.3233/NRE-161370
- Craik, J., Davis, J. et Polatajko, H.J. (2013). Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) : déployer le contexte. Dans E.A. Townsend et H.J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*, (2ed. version française Noémi Cantin, pp.269-289). Ottawa : CAOT publications ACE.

- Davis, J., Craik, J. et Polatajko, H.J. (2013). Employer le modèle canadien du processus de pratique (MCP) : déployer le processus. Dans E.A. Townsend et H.J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*, (2ed. version française Noémi Cantin, pp.291-320). Ottawa : CAOT publications ACE.
- Dawson, D. R., Gaya, A., Hunt, A., Levine, B., Lemsy, C. et Polatajko, H. J. (2009). Using the cognitive orientation to occupational performance (CO-OP) with adults with executive dysfunction following traumatic brain injury. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(2), 115-127.
- Dodson, M. B. (2010). A model to guide the rehabilitation of high-functioning employees after mild brain injury. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 36(4), 449-457.
- Feinstein, A. et Rapoport, M. (2000). Mild traumatic brain injury: the silent epidemic. *Can J Public Health*, 91(5), 325-326.
- Fortin, M.F. et Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2ed.). Montréal: Chenelière éducation.
- Gilworth, G., Eyres, S., Carey, A., Bhakta, B. et Tennant, A. (2008). Working with a brain injury: personal experiences of returning to work following a mild or moderate brain injury. *Journal of rehabilitation medicine*, 40(5), 334-339.
- Guérin, F., Dominique, A., Léveillé, S., Kennepohl, S., Honoré, W., Brière, N. et Mckerral, M. (2005). Intervenir sur la nature multifactorielle du traumatisme craniocérébral léger. Dans R. Forget et E. Kehayia (dir.), *Recherche interdisciplinaire en réadaptation et traumatisme craniocérébral : Nouvelles perspectives théoriques et cliniques* (vol. 2, p. 155-168). Repéré à : https://depot.erudit.org/bitstream/002983dd/1/Livre_TCC_Final.pdf
- Gouvernement du Québec. (2010). *Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger*. Repéré à : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/orientations_traumatisme.pdf
- Gouvernement du Québec. (2011). *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-914-01F.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2018). *Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches : Déficience physique*. Repéré à : <https://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/services-offerts/deficience-physique/depistage-du-traumatisme-cranioerebral-tcc-leger/>

- Hart, D. L., Isernhagen, S. J. et Matheson, L. N. (1993). Guidelines for functional capacity evaluation of people with medical conditions. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 18(6), 682-686.
- Holm, L., David Cassidy, J., Carroll, L. et Borg, J. (2005). Summary of the WHO collaborating centre for neurotrauma task force on mild traumatic brain injury. *Journal of rehabilitation medicine*, 37(3), 137-141.
- Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS). (2018). *État des connaissances - Mise à jour des connaissances en préparation de la révision des orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger (2005-2010)*. Repéré à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Traumatisme_craniocerebral_leger.pdf
- Innes, E. et Straker, L. (2002). Strategies used when conducting work-related assessments. *Work*, 19(2), 149-165.
- Kay, T., Newman, B., Cavallo, M., Ezrachi, O. et Resnick, M. (1992). Toward a Neuropsychological Model of Functional Disability After Mild Traumatic Brain Injury. *Neuropsychology*, 6(4), 371-384. doi:10.1037/0894-4105.6.4.371
- Kendrick, D., Silverberg, N. D., Barlow, S., Miller, W. C. et Moffat, J. (2012). Acquired brain injury self-management programme: A pilot study. *Brain injury*, 26(10), 1243-1249.
- Lanctôt, M., Préville, K. et Bouchard, J., (2008). Le retour au travail des personnes ayant subi un TCC léger. Dans F. Banville et P. Nolin (dir.), *Épidémie Silencieuse, le traumatisme craniocérébral léger : symptômes et traitement* (p.229-239). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Marshall, S., Bayley, M., McCullagh, S., Vilikonja, D. et Berrigan, L. (2012). Guide de pratique clinique pour les lésions cérébrales traumatiques légères et les symptômes persistants. *Le Médecin de famille canadien*, 58, 128-140.
- McKerral, M. et Léveillé, G. (2015). *Traumatisme craniocérébral léger à évolution atypique : intervention spécialisée*. Repéré à : http://www.crfct.org/images/articles/Medecin_du_quebec_janv2016_057-061-DreMcKerral-0116.pdf
- Ontario Neurotrauma Foundation (ONF). (2013). *Guidelines for Concussion/Mild traumatic Brain Injury & Persistent Symptoms - Second Edition - For adults (18+years of age)*. Repéré à : http://onf.org/system/attachments/222/original/ONF_mTBI_Guidelines_2nd_Edition_CLINICAL.pdf

- Ontario Neurotrauma Foundation (ONF). (2017). *Standards for post-concussion care : from diagnosis to the interdisciplinary concussion clinic*. Repéré à : <http://concussionsontario.org/wp-content/uploads/2017/06/ONF-Standards-for-Post-Concussion-Care-June-8-2017.pdf>
- Ontario Neurotrauma Foundation (ONF). (2018). *Guidelines for Concussion/Mild traumatic Brain Injury & Persistent Symptoms. Healthcare Professional Version - Third Edition*. Repéré à : <https://braininjuryguidelines.org/concussion/fileadmin/media/adult-concussion-guidelines-3rd-edition.pdf>
- Perroux, M., Lefebvre, H., Levert, M.-J. et Malo, D. (2013). Besoins perçus et participation sociale des personnes ayant un traumatisme crânien léger. *Santé Publique*, 25(6), 719-728.
- Radomski, M. V., Davidson, L., Voydetich, D. et Erickson, M. W. (2009). Occupational therapy for service members with mild traumatic brain injury. *The American Journal Of Occupational Therapy: Official Publication Of The American Occupational Therapy Association*, 63(5), 646-655.
- Regroupement des Associations de Personnes Traumatisées CranioCérébrales du Québec [RAPTCCQ]. (2018). *Le TCC, c'est quoi ?* Repéré à : <http://www.raptccq.com/raptccq/le-tcc-cest-quoi.html>
- Roy, S., Durand, M.J. et Corriveau, H. (2011). *L'évaluation des capacités reliées au travail pour une clientèle présentant une déficience physique. Guide de pratique à l'intention des ergothérapeutes*. Montréal (Qc) : Publications IRSST.
- Sandelowski, M. (2000). Focus on research methods-whatever happened to qualitative description? *Research in nursing and health*, 23(4), 334-340.
- Sandqvist, J.L. et Henricksson, C.M. (2004). Work functioning: A conceptual framework. *Work*. 23(2), 147-157.
- Stergiou-Kita, M., Yantzi, A. et Wan, J. (2010). The personal and workplace factors relevant to work readiness evaluation following acquired brain injury: Occupational therapists perceptions. *Brain Injury*. 24(7-8), 948-958. doi:10.3109/02699052.2010.491495
- Stergiou-Kita, M., Dawson, D. et Rappolt, S. (2011). An Integrated Review of the Processes and Factors Relevant to Vocational Evaluation Following Traumatic Brain Injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(3), 374-394. doi:10.1007/s10926-010-9282-0

- Van der Naalt, J., Van Zomeren, A., Sluiter, W. et Minderhoud, J. (1999). One year outcome in mild to moderate head injury: the predictive value of acute injury characteristics related to complaints and return to work. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 66(2), 207-213.
- Vikane, E., Hellstrøm, T., Røe, C., Bautz-Holter, E., Aßmus, J. et Skouen, J. S. (2017). Multidisciplinary outpatient treatment in patients with mild traumatic brain injury: A randomised controlled intervention study. *Brain injury*, 31(4), 475-484.
- Wäljas, M., Iverson, G. L., Lange, R. T., Liimatainen, S., Hartikainen, K. M., Dastidar, P., . . . Öhman, J. (2014). Return to work following mild traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 29(5), 443-450.

ANNEXE A GUIDE D'ENTREVUE

Les pratiques ergothérapeutiques pour favoriser le retour au travail des adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger

Pour commencer, le questionnaire sociodémographique sera complété avec le participant et, par la suite, les questions d'entrevue seront posées.

1. Parlez-moi de votre pratique auprès des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger. Comment se déroule habituellement le processus de prise en charge?
 - 1.1 Quelles sont les stratégies d'évaluation utilisées afin de guider les recommandations pour la reprise du travail?
 - 1.2 Comment intervenez-vous auprès de cette clientèle afin de favoriser le retour au travail ?

N.B. : En fonction des réponses du participant, des questions additionnelles seront posées au besoin pour documenter les éléments-clés de la pratique selon les étapes du modèle canadien du processus de pratique (MCP), soit initier et établir le contact, établir les balises, évaluer/analyser, convenir des objectifs, mettre en œuvre le plan et faire le suivi).

2. Quels sont les éléments qui facilitent votre pratique en ergothérapie auprès de cette clientèle (préciser au besoin : c'est-à-dire, les clients vus dans un contexte de réadaptation pour le retour au travail après un TCC léger)?
 - 2.1 Si vous pensez à un cas dont vous êtes particulièrement satisfait du déroulement de la réadaptation pour le retour au travail, quels sont les éléments qui ont facilité cela?

N.B. : En fonction des réponses du participant, des précisions pourront être apportées pour préciser différents éléments (par exemple, les facteurs liés au client et aux caractéristiques de son environnement de travail, la collaboration client-ergothérapeute, les facteurs qui entourent la pratique professionnelle, tels que les compétences, l'expérience, les formations, les

caractéristiques de l'équipe, l'encadrement organisationnel des équipes, l'organisation de travail, la collaboration avec certains partenaires dans le continuum de soins, etc.)

3. Quels sont les obstacles (ou les éléments qui vous limitent) dans votre pratique auprès de cette clientèle ?

3.1 Si vous pensez à un cas où le retour au travail ne s'est pas bien passé, à quels éléments pouvez-vous attribuer cela ?

N.B. : En fonction des réponses du participant, des précisions pourront être apportées pour préciser différents éléments (par exemple, selon les facteurs personnels du client, les facteurs personnels du professionnel, l'environnement de travail, les enjeux de communication/collaboration entre les différents professionnels offrant des services dans le continuum, les enjeux organisationnels, les stratégies utilisées, etc.)

4. Selon vous, quelles seraient les pratiques idéales qui seraient souhaitées pour répondre aux besoins des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger pour les aider à retourner au travail ? (au plan de l'évaluation, de l'intervention, du suivi)

Avez-vous d'autres commentaires et suggestions à ajouter?

ANNEXE B
QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Les pratiques ergothérapeutiques pour favoriser le retour au travail des adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger.

Je vous poserai d'abord quelques questions qui portent sur vos caractéristiques personnelles comme votre âge, votre formation et votre expérience professionnelle.

1. Quel est votre sexe ?

- Homme
 Femme

2. De quel groupe d'âge faites-vous partie ?

- 20-24
 25-29
 30-34
 35-39
 40-44
 45-49
 50-54
 55-59
 60-64
 65 et plus

3. Dans quelle région pratiquez-vous?

4. Quelle est votre formation (par exemple, baccalauréat en ergothérapie et toutes autres certifications)?

Baccalauréat – préciser la discipline : _____

Maîtrise – préciser la discipline : _____

Doctorat – préciser la discipline : _____

Autres certifications (s'il y a lieu) :

5. Nombre d'années d'expérience clinique auprès de toutes clientèles confondues :

6. Combien de mois ou d'années d'expérience avez-vous avec la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral léger ?

7. Quel pourcentage de la clientèle que vous traitez a subi un traumatisme craniocérébral léger ?

- Moins de 25%
- 25 - 49%
- 50 - 75%
- Plus de 75%

8. Quel est votre milieu de travail actuel ?

- Clinique privée
- Centre hospitalier
- Centre de réadaptation
- CLSC
- Université

Autre : _____

9. À quel point êtes-vous confiant en votre capacité à intervenir auprès des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger pour favoriser le retour au travail ?

- Pas du tout
- Un peu
- Assez
- Très
- Extrêmement