

Université de Montréal

Exploration de la pratique des ergothérapeutes québécois en lien avec
la réintégration professionnelle de travailleurs ayant subi un traumatisme
cranioencéphalique modéré ou sévère

par

Caroline Lachapelle

Sciences biomédicales (réadaptation)

Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc.)
en Sciences biomédicales
option réadaptation

août, 2007

© Caroline Lachapelle, 2007

W

4

U5?

2007

V-139

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Exploration de la pratique des ergothérapeutes québécois en lien avec
la réintégration professionnelle de travailleurs ayant subi un traumatisme
crânioencéphalique modéré ou sévère

présenté par :
Caroline Lachapelle

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Annie Rochette, présidente rapporteuse
Elisabeth Dutil, directrice de recherche
Bonnie R. Swaine, co-directrice
Marie-José Durand, membre externe du jury



Résumé

Les ergothérapeutes jouent un rôle majeur dans la réadaptation favorisant le succès de retour au travail du travailleur ayant subi un traumatisme crânioencéphalique (TCE). Toutefois, la pratique spécifique de l'ergothérapeute en regard des processus de soins et services dans un contexte de retour et de maintien au travail a été peu documentée.

Objectif : Décrire la pratique des ergothérapeutes québécois en fonction des différents types de services post hospitaliers (ex. : internes, externes) dans un contexte de retour et de maintien au travail chez les travailleurs ayant subi un TCE modéré ou sévère. **Devis :** Étude qualitative. **Sites de recherche :** Six centres de réadaptation du Québec. **Sujets :** 22 ergothérapeutes. **Collecte de données :** Information détaillée sur la pratique des ergothérapeutes recueillie par groupe de discussion. **Résultats :** Tous les ergothérapeutes, indépendamment du type de services offerts, réalisent des interventions en lien avec la préparation au travail à des degrés différents et selon des séquences variables. Les interventions reliées à l'entrée et au maintien au travail semblent circonscrites aux ergothérapeutes offrant des services externes ou des services internes et externes. Le suivi à long terme n'est généralement pas offert. **Conclusion :** La pratique des ergothérapeutes varie en fonction du type de services. En général, des interventions reliées à la préparation et à l'entrée et au maintien au travail sont offertes, mais il n'y a aucun suivi à long terme.

Mots-clés : Traumatisme crânioencéphalique, ergothérapie, réadaptation au travail, travail, recherche qualitative.

Abstract

Occupational therapists (OTs) play an important role in the provision of services related to successful return to work following traumatic brain injury (TBI). However, there has been little documentation of OT practice in this context. **Objective:** Describe OT practice in different facility types providing services aimed at a return to work for workers with moderate or severe TBI. **Design:** Qualitative study. **Setting:** Six rehabilitation facilities providing in and out-patient services in Quebec, Canada. **Participants:** 22 OTs. **Measures:** Focus groups were conducted to obtain detailed information about OT practice. **Results:** OTs working in all facility types provide a phase of work preparation to some degree, but in varying sequences. Work re-integration appears to be limited to OTs working in facilities providing out-patient services and to those providing both in and out-patient care. On-going support services are not typically offered. **Conclusion:** OT practice varies according to facility type. It generally includes work preparation and re-integration phases but long term follow-up is lacking.

Key words: Brain injury; Occupational therapy; Rehabilitation, Vocational; Work; Qualitative research.

Table des matières

Résumé.....	iii
<i>Abstract</i>	iv
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures	ix
Liste des sigles et abréviations.....	x
Remerciements et dédicaces	xii
1.1 Traumatisme crânioencéphalique.....	16
1.1.1 Définition	16
1.1.2 Épidémiologie	17
1.1.3 Conséquences du TCE modéré ou sévère	18
1.1.3.1 Déficiences et incapacités	19
1.1.3.2 Situations de handicap dans les autres habitudes de vie que le travail	22
1.1.3.3 Situations de handicap au travail.....	25
1.1.4 Influence de différents facteurs sur le succès de retour au travail	28
1.1.4.1 Habitudes de vie.....	28
1.1.4.2 Facteurs personnels	30
1.1.4.3 Facteurs environnementaux	32
1.1.4.3.1 Critères associés au succès de retour et de maintien au travail.....	38
1.2 Programmes d'intégration et de réadaptation au travail	43
1.2.1 Types de programmes	44
1.2.1.1 Programmes <i>Entraînement puis entrée au travail</i>	45
1.2.1.2 Programmes <i>Entrée au travail puis entraînement</i>	47
1.2.1.3 Programmes <i>Entraînement puis entrée au travail puis entraînement</i>	50
1.3 Rôle de l'ergothérapeute en intégration et réadaptation au travail	54
1.3.1 Interventions dans les programmes.....	55
1.3.2 Pratique des ergothérapeutes.....	58

1.4 Problématique à l'étude et objectif de recherche	65
2. Méthodologie	67
2.1 Devis	67
2.2 Échantillon	67
2.2.1 Sujets et sites de recherche.....	67
2.2.2 Recrutement	68
2.3 Procédure.....	68
2.3.1 Collecte des données	69
2.3.2 Analyse des données	69
2.4 Critères de rigueur scientifique	73
2.5 Considérations éthiques et déontologiques	73
3. Article.....	75
3.1 <i>Abstract</i>	76
3.2 <i>Introduction</i>	77
3.3 <i>Methods</i>	79
3.3.1 <i>Design</i>	79
3.3.2 <i>Subjects and settings</i>	79
3.3.3 <i>Procedures</i>	80
3.3.4 <i>Analysis</i>	80
3.4 <i>Results</i>	82
3.4.1 <i>Characteristics of the occupational therapists</i>	82
3.4.2 <i>Description of the occupational therapists' practice</i>	83
3.4.2.1 <i>Work preparation phase</i>	84
3.4.2.2 <i>Work re-integration phase</i>	95
3.5 <i>Discussion</i>	101
3.6 <i>Conclusion</i>	105
3.7 <i>References</i>	107
<i>Appendix A</i>	112

4. Discussion générale.....	117
4.1 Précocité.....	117
4.2 Écologie.....	120
4.3 Approche centrée sur le client.....	123
4.4 Coordination.....	127
4.5 Continuité.....	128
4.6 Qualité d'équipe.....	130
4.7 Forces et limites de l'étude.....	132
Conclusion.....	137
Bibliographie.....	I
Annexe I Formulaire d'information et de consentement.....	XIV
Annexe II Formulaire de renseignements personnels.....	XIX
Annexe III Guide du groupe de discussion.....	XXII
Annexe IV Extrait de verbatim codé.....	XXVI
Annexe V Extrait d'un regroupement d'unité de sens par codage.....	XXXII
Annexe VI Arbre de codage.....	XXXV
Annexe VII Certificat d'éthique.....	XL
Annexe VIII Accord des co-auteurs et permission de l'éditeur.....	XLIII

Liste des tableaux

Tableau I	Principales déficiences associées à un TCE modéré ou sévère.....	20
Tableau II	Principales incapacités occasionnées par un TCE modéré ou sévère.....	21
Tableau III	Critères associés au succès de retour au travail selon la littérature.....	38
Tableau IV	Synthèse de la réponse aux critères associés au succès de retour au travail selon le type de programmes d'intégration et de réadaptation au travail.....	54
Tableau V	Interventions associées à l'ergothérapeute dans 11 programmes d'intégration et de réadaptation au travail.....	56
Tableau VI	Proportion d'ergothérapeutes réalisant des interventions reliées à la réadaptation au travail selon trois études effectuées en Australie, en Chine et aux Etats-Unis.....	59
Tableau VII	Critères méthodologiques et moyens.....	73
Table VIII	<i>Characteristics of OTs working with TBI persons in rehabilitation centres providing different types of care (n=22).....</i>	<i>83</i>
Table IX	<i>Summary of work preparation interventions provided by OTs (n=22) across rehabilitation centres (n=6) providing different types of care.....</i>	<i>92</i>
Table X	<i>Summary of work re-integration interventions provided by OTs (n=22) across rehabilitation centres (n=6) providing different types of care.....</i>	<i>98</i>

Liste des figures

Figure 1	Étapes et démarche de l'étude.....	70
Figure 2	Modèle d'évaluation en regard du travail.....	72
Figure 3	<i>Vocational Evaluation Model</i>	81
Figure 4	<i>In-patient OT practice conducted in rehabilitation and real life settings presented according to three phases of the Vocational Evaluation Model</i>	85
Figure 5	<i>Out-patient OT practice conducted in rehabilitation and real life settings presented according to three phases of the Vocational Evaluation Model</i>	86
Figure 6	<i>In and Out-patient OT practice conducted in rehabilitation and real life settings presented according to three phases of the Vocational Evaluation Model</i>	87

Liste des sigles et abréviations

<i>COMPETE</i>	<i>Computer Preparation Evaluation Training and Employment</i>
CR	Centre de réadaptation
CST	Consortium de services en traumatologie
E	Ergothérapeute
EET	Entraînement puis entrée au travail
EETE	Entraînement puis entrée au travail puis entraînement
ETE	Entrée au travail puis entraînement
<i>GCS</i>	<i>Glasgow Coma Scale</i>
H	Hôpital
<i>In-pt.</i>	<i>In-patient rehabilitation service</i>
<i>In/Out-pt.</i>	<i>In and Out-patient rehabilitation service</i>
<i>OT</i>	<i>Occupational therapist</i>
<i>Out-pt.</i>	<i>Out-patient rehabilitation service</i>
PR	Pratique privée
PU	Pratique publique
RC	<i>Rehabilitation centre</i>
RTT	Retour Thérapeutique au Travail
<i>SD</i>	<i>Standard Deviation</i>
SE	Services post-hospitaliers externes
SI	Services post-hospitaliers internes
SIE	Services post-hospitaliers internes et externes
<i>TBI</i>	<i>Traumatic brain injury</i>
<i>TCC</i>	<i>Trauma Care Continuum</i>
TCE	Traumatisme cranioencéphalique
TRF	Thérapie de réadaptation fonctionnelle
<i>TRW</i>	<i>Therapeutic Return to Work</i>
VC	<i>Vocational centre</i>

A vous chers collègues ergothérapeutes,
« *En vérité, le chemin importe peu, la volonté d'arriver suffit à tout.* »
Albert Camus

Remerciements et dédicaces

Plusieurs questions sur ma pratique d'ergothérapeute sont à l'origine de cette aventure qui s'achève après deux ans et demi de labeur. Une première année essoufflante par la combinaison de mon emploi de clinicienne à temps complet et de mes études, mais non pas pour le moins intéressante. Une seconde année enrichissante par mon implication dans d'autres projets de recherche en plus du mien. Chaque étape taquinait ma curiosité incessamment, m'incitant à en savoir plus. Me voilà maintenant, la tête pleine de nouvelles connaissances et d'idées à partager. Cette recherche n'aurait par contre pu se réaliser sans le soutien et l'encouragement de plusieurs personnes.

Tout d'abord, j'aimerais remercier Élisabeth Dutil et Bonnie Swaine, mes directrices qui ont fait de cette initiation à la recherche, une expérience inoubliable. D'Élisabeth, je retiens ces rencontres stimulantes d'idéaux d'où je sortais plus éclairée, plus érudite. De Bonnie, je retiens sa rigueur et son esprit de synthèse, qui je l'espère ont déteint sur moi à force de travailler avec elle. Heureusement qu'il y avait ces petits mots qui alimentaient juste assez ma flamme pour persévérer. Merci à Mélanie Guillemette, mon acolyte, qui m'a aidée durant la collecte de données à travers ce blanc pays, le Québec.

Je remercie la Faculté des études supérieures et le Fond d'Investissement des Cycles Supérieurs de l'Université de Montréal pour les bourses d'études. J'aimerais également souligner le soutien financier du Réseau provincial de recherche en adaptation réadaptation pour les présentations faites à des congrès. Je tiens également à remercier le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain pour le soutien matériel et les équipements de même que pour les services d'infographie me permettant de réaliser ma première publication dans une revue scientifique et mes affiches.

Merci aux différents centres de réadaptation qui ont participé à l'étude et qui ont permis que ce projet se réalise. J'aimerais également témoigner ma reconnaissance envers tous les ergothérapeutes qui ont participé à cette recherche pour leur générosité en mettant à nu leur pratique pour l'amélioration des services d'ergothérapie auprès des personnes ayant subi un traumatisme crânioencéphalique.

Des remerciements particuliers à mon employeur, le Centre montréalais de réadaptation, pour avoir fait preuve de souplesse et d'ouverture me permettant de mener à terme ce projet. J'aimerais mentionner le soutien financier du Centre montréalais de réadaptation pour la présentation à un congrès. Merci à Lyne Archambault et Nathalie Deveault, chef de programme et adjointe, pour votre compréhension perpétuelle. Je tiens également à souligner le soutien de mes collègues de travail de St-Hyacinthe et particulièrement celui de Dany Bellemare, de Julie Bailey, de Julie Buteau, d'Annie Couturier, de Julie Dumas, de Jennifer Dyson, de Chantal Nault, de Josée Simoneau et de Johanne Thibault. Merci Stéphanie Pinard pour ton écoute, les longues discussions téléphoniques ont été salutaires.

Je dédie ce mémoire tout d'abord aux ergothérapeutes qui travaillent avec les personnes qui ont un traumatisme crânioencéphalique, à ma famille qui me voue un soutien inconditionnel dans mes millions de projets et à Marc-Antoine, mon copain qui a partagé les moments de ce périple avec moi... les hauts et les bas.

Il est maintenant le temps d'une pause avant de passer à d'autres projets...

Introduction

Les traumatismes constituent une source importante de morbidité au Canada et au Québec.[1] L'avancement des technologies et la rapidité des soins avec laquelle ils sont dispensés favorisent une augmentation du nombre de survivants suite à un traumatisme cranioencéphalique (TCE). Cette augmentation du taux de survie occasionne par le fait même, un accroissement du nombre de personnes vivant avec des séquelles à long terme et des changements dans leur quotidien, en particulier au plan du travail. Les soins et services de réadaptation offerts aux personnes ayant un TCE peuvent influencer la reprise et le maintien de leur travail. Au Québec, l'ergothérapeute¹ joue un rôle important au sein de l'équipe dans la réintégration professionnelle de ces personnes. Toutefois, peu d'études ont été réalisées sur la pratique spécifique de l'ergothérapeute en lien avec la réintégration professionnelle des personnes ayant subi un TCE. La présente étude vise à faire l'analyse des processus de soins et de services offerts à cette clientèle par les ergothérapeutes québécois dans un contexte de retour à l'emploi antérieur.

Le premier chapitre de ce mémoire fait état des connaissances actuelles sur trois plans : le TCE, les programmes de réadaptation et d'intégration au travail et la pratique ergothérapique en regard du travail. Premièrement, le TCE et ses conséquences sont présentées afin de saisir la complexité de la situation post-TCE (ex. : déficiences et incapacités associées, situations de handicap dans les différentes habitudes de vie de la personne, interactions entre les différents facteurs favorisant ou non le retour et le maintien au travail). Deuxièmement, les principaux types de programmes offrant des interventions d'intégration et de réadaptation au travail sont décrits et critiqués en fonction des critères associés au succès de retour et de maintien au travail. Troisièmement, le rôle des ergothérapeutes au sein des programmes de réadaptation au travail et quelques études réalisées sur la pratique ergothérapique spécifique à la réintégration au travail sont

¹ Ergothérapeute est utilisé au masculin pour alléger le texte.

présentés. En dernier lieu, ce premier chapitre fait état de la problématique à l'étude et de l'objectif de recherche formulé.

Le second chapitre porte sur la méthodologie utilisée pour réaliser la présente étude. Le devis, l'échantillon, la procédure, les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques et déontologiques y sont exposés. Les résultats sont présentés sous forme d'article au chapitre trois. Finalement, la discussion figure au quatrième chapitre de ce mémoire suivie de la conclusion. Plusieurs documents sont fournis en annexes du mémoire.

1.1 Traumatisme crânioencéphalique

Dans cette section, une attention particulière est portée sur la définition d'un TCE, sur les données épidémiologiques et les causes. Les principales conséquences du TCE sur la personne et sur ses habitudes de vie en général et particulièrement sur le travail sont présentées. De par leur interaction mutuelle, l'influence de différents facteurs (ex. : autres habitudes de vie que le travail, facteurs personnels, environnement) sur le succès de retour et de maintien au travail est aussi décrite.

1.1.1 Définition

Le TCE se définit comme une atteinte cérébrale ou tronculaire caractérisée par une destruction ou une dysfonction du tissu cérébral provoquée par le contact brusque (accélération, décélération ou rotation) entre le tissu cérébral et la boîte crânienne.[2] Un TCE peut aussi être causé par un objet pénétrant. Une perturbation de l'état de conscience allant de la confusion à un coma profond peut survenir à la suite d'un TCE pouvant amener des incapacités cognitives et physiques et à des problèmes fonctionnels au plan psychosocial.[3, 4]

La mesure de la gravité du TCE est prise en fonction de l'altération de l'état de conscience. L'état de conscience est évalué à l'aide du *Glasgow Coma Scale (GCS)*. [5, 6] Le score à cette échelle, allant de 3 (coma profond) à 15 (personne parfaitement consciente), s'évalue sur trois critères (ouverture des yeux, réponse verbale, réponse motrice). Selon cette échelle, un TCE léger réfère à un score supérieur ou égal à 13 au *GCS*, un TCE modéré, à un score entre 9 et 12 et un TCE sévère, à un score entre 3 et 8. D'autres informations peuvent servir de critères en lien avec les signes et symptômes présents chez la personne en plus de l'altération de l'état de conscience. Parmi ces informations, il y a les lésions

objectivées par résonnance magnétique ou scan cérébral (négatif chez les TCE légers, positif chez les TCE modérés ou sévères), la présence d'amnésie post-traumatique (< 24 heures pour les TCE légers, entre un et 14 jours pour les TCE modérés, plusieurs semaines pour les TCE sévères) et la durée de l'altération de la conscience (< 30 minutes pour les TCE légers, 30 minutes à 24 heures pour les TCE modérés, > 24 heures pour les sévères).[7]

1.1.2 Épidémiologie

Problème majeur de santé publique des pays occidentaux, l'incidence du TCE est estimée à environ 250 à 300 par 100 000 habitants.[8-10] Au Canada, une incidence variant entre 200 à 220 cas pour 100 000 habitants est rapportée.[11] Bien que tous les TCE ne nécessitent pas une hospitalisation de façon systématique (ex. : TCE léger), 16 811 admissions à l'hôpital en raison d'un TCE (léger, modéré, sévère) ont eu lieu en 2003-2004 au Canada.[1] Pour cette année en particulier, cela représente 9 % de l'ensemble des admissions en raison d'un traumatisme (194 771 hospitalisations) et équivaut à 46 hospitalisations par jour au Canada.[1] Sur le nombre de personnes admises pour un TCE au Canada en 2003-2004, 6 945 personnes étaient âgées entre 20 et 59 ans, ce qui représente une proportion considérable d'adultes habituellement actifs dans la société.[1] Parmi toutes les personnes admises, un ratio homme/femme 2 : 1 est rapporté.[1, 12, 13]

Parmi tous les cas de TCE répertoriés par la Société de l'assurance automobile du Québec en 2001, 90% étaient qualifiés de niveau léger et 10% de niveau modéré ou sévère.[14] Bien qu'il y ait une diminution générale du nombre d'admissions en raison d'un TCE, une hausse considérable du nombre de TCE sévères admis dans les principaux établissements de traumatologie a été observée entre 2000 et 2004 au Canada. En effet, le nombre d'admissions aux principaux établissements de traumatologie en raison d'un TCE sévère

(toutes causes confondues) est passé de 8 784 en 2000-2001 à 10 249 en 2003-2004, ce qui représente une hausse de 17 %.[1]

Les principales causes de TCE pour tous les groupes d'âge (0 à 60 ans et plus) sont les chutes, les accidents de la circulation impliquant un véhicule à moteur et les blessures intentionnelles (agressions).[1] Il est toutefois important de noter que les causes principales de TCE nécessitant une hospitalisation varient d'un groupe d'âge à l'autre.[1] Durant la période 2003-2004, les accidents impliquant un véhicule à moteur (51 %), suivie des blessures infligées de façon intentionnelle à autrui (agressions et homicides 20 %) figuraient comme la cause principale des hospitalisations à la suite d'un TCE chez les Canadiens de 20 à 39 ans. Chez les Canadiens de 40 à 59 ans, la proportion la plus importante d'hospitalisations en raison d'un TCE était attribuable aux accidents impliquant un véhicule à moteur (40 %), suivie de près par les chutes (39 %).[1]

Le TCE touche un groupe d'âge d'adultes qui sont généralement travailleurs. Les personnes survivant à un TCE modéré ou sévère doivent vivre plusieurs années avec les séquelles de cette blessure, cette dernière ayant des conséquences sur leur participation sociale et celle de leur entourage dans la réalisation de leurs habitudes de vie². Une habitude de vie est une activité quotidienne ou un rôle social valorisé par le contexte socioculturel pour une personne selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle, etc.).[15]

1.1.3 Conséquences du TCE modéré ou sévère

Le TCE touche d'une part, les systèmes organiques et les aptitudes et d'autre part, les habitudes de vie de la personne.[16] En effet, chaque personne ayant un TCE présente une

² La terminologie du Processus de production du handicap sera utilisée dans ce mémoire, mais celle-ci sera remplacée par celle de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé dans le chapitre Article.[17, 212]

combinaison de déficiences et d'incapacités en fonction des mécanismes lésionnels et de l'état de la personne avant le TCE.[17] Une déficience correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique (ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune).[15] Une incapacité correspond au degré de réduction d'une aptitude (possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale). Ces déficiences et incapacités (ex. : déficiences neurologiques, incapacités intellectuelles) mises en relation avec l'environnement propre de la personne (domicile, travail, communauté, etc.) peuvent occasionner ou non des situations de handicap dans les différentes habitudes de vie de la personne (ex. : consommation de biens et services, déplacements) et particulièrement le travail.[18, 19] Une situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (déficiences, incapacités et autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (facilitateurs et obstacles).[15] La plupart des conséquences sont apparentes à l'intérieur des premiers jours ou mois suivant le TCE dépendamment de la gravité du traumatisme initial.[16] Dans plusieurs cas, les conséquences initiales du TCE persistent ou prennent une autre forme à travers le temps.[16] Par ailleurs, de nouveaux problèmes peuvent s'ajouter à ces conséquences persistantes en raison de l'avènement de nouveaux défis ou à cause du vieillissement.[16]

1.1.3.1 Déficiences et incapacités

Les conséquences du TCE sur les facteurs personnels (systèmes organiques et aptitudes) de la personne peuvent entraîner des difficultés à réaliser les habitudes de vie. Un facteur personnel est une caractéristique appartenant à la personne, telle que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc.[15] Comme le TCE peut engendrer une multitude de déficiences et d'incapacités, seulement les plus couramment rapportées dans la littérature sont décrites dans cette section du chapitre premier.

Originant d'une force mécanique exercée sur la tête, le TCE est une déficience du système nerveux pouvant aussi compromettre l'intégrité des autres systèmes (ex. : oculaire, reproducteur).[20-22] Un système organique est un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune.[15] Par ailleurs, la plupart des TCE résultent d'accident de la route ce qui occasionne de multiples lacérations et fractures (déficiences cutanées, musculaires, squelettiques).[21] L'épilepsie post-traumatique figure parmi les conséquences du TCE (complication) pouvant devenir persistante dans certains cas.[23]

Les principales déficiences occasionnées par le TCE mentionnées dans la littérature sont présentées au Tableau I (page 20).

Tableau I Principales déficiences associées à un TCE modéré ou sévère

Déficiences

Atteinte du motoneurone supérieur (voie descendante) (DN)[24]

Spasticité (clonus, augmentation du tonus musculaire, spasmes tendineux) associée à une atteinte du motoneurone supérieur (DN)[24]

Contractures et raideurs associées à la spasticité (DM)[24]

Atteinte des nerfs crâniens (DN)[21, 22]

Déficience du système vestibulaire (oreille interne) (DA)[25]

Fractures (DS)[21]

DN : déficience nerveuse; DM : déficience musculaire; DA : déficience auriculaire; DS : déficience squelettique.

Plus d'une vingtaine d'études entre 1995 et 2006 ont porté spécifiquement sur les incapacités au plan d'un large éventail d'aptitudes de la personne (ex. : motrices, intellectuelles, reliées aux comportements, aux sens et à la perception). Les incapacités les plus couramment rapportées dans ces études sont énumérées au Tableau II (page 21).

Tableau II Principales incapacités occasionnées par un TCE modéré ou sévère

Activités motrices	Protection et résistance	Activités intellectuelles
Dysphagie et problème d'aspiration[26, 27]	Douleur associée à la spasticité, aux fractures[28-31]	Trouble de mémoire et difficultés d'attention [28, 31-35, 38-40]
Dysarthrie[36]	Céphalée[28-31]	Dysfonctions exécutives (identifier les besoins et le but, planifier, exécuter, s'ajuster et vérifier l'atteinte du but) associées à une atteinte des lobes frontaux[12, 33, 39, 42, 43]
Diminution de la dextérité et de la force musculaire, ralentissement moteur associés à la spasticité[24]	Fatigabilité ou diminution d'endurance[32-35]	
Diminution des amplitudes de mouvements associée aux contractures et raideurs[24]	Problème d'équilibre, visuel (diplopie, vision trouble, etc.) et vertige positionnel associés à la déficience vestibulaire[25, 37]	
Sens et perception	Langage	Comportement
Atteinte visuelle (poursuite visuelle, position oculaire, saccade, etc.) associée à l'atteinte des nerfs crâniens[21, 22]	Manque du mot, erreurs de dénomination et difficultés à reconnaître les stimuli auditifs[34, 35]	Apathie, agressivité physique ou verbale, agitation, impulsivité, dysfonctionnement sexuel et désinhibition sociale[31-34, 41]

Les personnes ayant subi un TCE peuvent présenter une histoire psychiatrique ou de toxicomanie.[44, 45] Chez certaines personnes, le TCE peut même être l'événement déclencheur de problématiques de santé mentale (ex. : troubles de l'humeur tels que la dépression, changements de personnalité, altération du contrôle des émotions, anxiété).[8, 32-35, 38, 44-47]

La plupart de ces déficiences et incapacités reliées au TCE ont été mesurées par des études transversales.[21, 26, 29, 32, 33, 35, 38, 40, 45, 46] La cueillette de données pour ces études s'est généralement faite par l'administration de questionnaire ou d'entrevue dirigée ou semi-dirigée auprès des personnes ayant subi un TCE ou à ses proches. Les problèmes d'auto perception et les dysfonctions exécutives figurent parmi les incapacités couramment rapportés dans les études sur le TCE modéré ou sévère ce qui peut influencer les réponses des sujets interrogés. Chez les personnes ayant un TCE, compte tenu de ces incapacités, les méthodes de collecte d'information (données subjectives) peuvent entraîner un biais

menaçant la validité interne des résultats. Toutefois, advenant le cas où les données sont recueillies à la fois auprès des proches et de la personne ayant un TCE, ce biais est limité.

Dans la littérature consultée, la taille des échantillons variait entre 54 et 190 sujets. En général, le ratio homme/femme retrouvé dans les échantillons des études rapportées dans cette section représente celui de la population cible (2:1) ce qui favorise la généralisation des résultats. Les données ont été recueillies à des moments différents variant entre zéro et 14 ans post-TCE.

En résumé, une multitude de déficiences (ex. : systèmes nerveux, oculaire) et d'incapacités (ex. : reliées aux activités motrices, intellectuelles) peuvent être engendrées par un TCE modéré ou sévère et par les blessures associées. Ces déficiences et incapacités ont le potentiel de causer des situations de handicap dans l'ensemble des habitudes de vie de la personne.

1.1.3.2 Situations de handicap dans les autres habitudes de vie que le travail

À court et à long terme, il est rapporté que la majorité des personnes ayant subi un TCE modéré ou sévère ont une participation sociale complète, sans difficulté ni aide au plan des habitudes de vie de base (ex. : nutrition, soins personnels).[29, 34, 35, 48-51] La participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (déficiences, incapacités et autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (facilitateurs et obstacles).[15] Ces études sur les habitudes de vie de base mentionnent que peu de personnes ayant un TCE modéré ou sévère éprouvent de difficultés suffisamment significatives pour solliciter l'aide d'un tiers pour, par exemple, vaquer à son hygiène excrétrice, faire ses transferts, se déplacer à l'intérieur du domicile, assurer ses soins de santé (ex. : médication) et prendre un repas. Toutefois, dans une étude effectuée auprès de TCE sévères deux ans après l'accident, il a

été observé que plusieurs d'entre eux avaient besoin d'aide pour initier et planifier la tâche.[49]

À court et à long terme, la communication avec autrui (ex. : utiliser le téléphone, écrire une lettre) semble être réalisée sans assistance pour la majorité des personnes ayant un TCE modéré ou sévère.[48, 50, 51] Une assistance semble requise plus systématiquement dans les habitudes de vie reliées au domicile et à la communauté telle que rapportée dans certaines études effectuées auprès de TCE modéré ou sévère moins de cinq ans après l'accident.[34, 35, 49, 50, 52, 53] En effet, bien qu'à court terme des difficultés soient mentionnées au plan des habitudes reliées au domicile comme la préparation des aliments et l'entretien du domicile, il semble y avoir une amélioration significative de la participation sociale au plan de ces habitudes de vie au-delà de cinq ans post-TCE modéré ou sévère.[29, 46, 48, 51] Apparemment, une participation sociale complète, sans difficulté ni aide, est également notée cinq ans après l'accident pour les habitudes de vie reliées à la communauté comme les déplacements restreints extérieurs réalisés à pied, l'utilisation du transport en commun et la consommation de biens et de services.[29, 46, 48, 51] Toutefois, la conduite automobile semble demeurer une habitude de vie réalisée par un nombre limité de personnes même à long terme.[51] De plus, la reprise des responsabilités financières et familiales à long terme semble également limitée après un TCE modéré ou sévère.[48, 51]

Plusieurs études rapportent une différence importante au plan des loisirs entre la situation avant et après le TCE.[49, 54] La reprise des loisirs réalisés avant l'accident semble difficile pour la majorité des personnes ayant un TCE modéré ou sévère et ce, particulièrement au plan des loisirs à caractère social ou exigeants physiquement.[35, 50-52] La plupart des personnes ayant un TCE modéré ou sévère semblent faire le compromis de réaliser des loisirs alternatifs, mais certaines ne semblent pas reprendre ni initier de loisirs.[35, 51, 54] Il semble que les nouveaux loisirs soient généralement modifiés ou réalisés avec de l'aide.[35]

Une perte du réseau social en lien avec la famille et les amis est mentionnée dans plusieurs études. Les proches semblent devenir par défaut les seuls individus avec lesquels la personne ayant un TCE est en interaction.[38] Les relations avec les membres de la famille semblent être bonnes à court terme.[55] Toutefois, plusieurs études montrent un pourcentage élevé de séparation ou de divorce après un TCE.[56, 57] Il est également mentionné dans une revue de la littérature que la sexualité peut être compromise après un TCE ce qui peut nuire au maintien d'une relation durable avec le conjoint.[20] Une diminution de la fréquentation du réseau d'amis figure parmi les conséquences à court terme.[50, 54, 55] Il semble que les nouvelles amitiés soient souvent difficiles à développer étant donné que la personne a moins d'opportunités pour rencontrer des gens, particulièrement si elle ne travaille pas (perte des amitiés reliées au travail) ou si elle est contrainte dans ses déplacements.[47] Le réseau social semble limité aux personnes ayant subi un TCE rencontrées dans des groupes de soutien ou pendant la réadaptation.[58]

En général, l'administration de questionnaire ou d'entrevue auprès de la personne ayant un TCE ou de ses proches est la méthode de cueillette de données privilégiée dans ces études. Tout comme pour les études portant sur les déficiences et les incapacités, un biais de réponse est introduit par cette méthode de collecte de données à cause des problèmes fréquents d'auto perception et des dysfonctions exécutives chez les personnes ayant subi un TCE modéré ou sévère. Une seule étude a triangulé les résultats de mises en situation dans les différentes habitudes de vie avec la perception de la personne et de ses proches ce qui favorise une plus grande crédibilité (validité interne).[49] La fatigabilité rapportée fréquemment chez cette clientèle peut compromettre la réalisation de l'ensemble des habitudes de vie quotidiennement. Par ailleurs, chez les personnes ayant subi un TCE modéré ou sévère, les difficultés sont généralement liées à l'initiation et à la planification de la tâche plutôt qu'à son exécution.[49] Comme la méthode de collecte de données (questionnaire, entrevue, etc.) aborde l'exécution des différentes habitudes de vie

individuellement plutôt qu'en interaction, ces facteurs importants ne peuvent être considérés dans ces études et refléter la participation sociale réelle. Parmi les études consultées portant sur la participation sociale de la personne ayant subi un TCE modéré ou sévère, la majorité était transversale.[29, 35, 38, 46, 49-54] Ces études étaient réalisées à différents moments après l'accident, variant entre six mois et 14 ans en moyenne. De plus, les échantillons de ces études étaient généralement constitués de 22 à 383 sujets respectant le ratio homme/femme de la population cible.

En résumé, la participation sociale d'une personne peut être compromise après avoir subi un TCE modéré ou sévère, particulièrement au plan des habitudes de vie reliées à l'habitation, à la conduite automobile, aux responsabilités familiales et financières, aux loisirs et aux relations interpersonnelles. Toutefois, les biais reliés aux instruments de mesure utilisés menace la validité interne des résultats lorsqu'ils sont utilisés auprès d'une seule source d'information alors que le biais est limité par des résultats obtenus à partir des deux sources d'information (la personne ayant un TCE et ses proches).

1.1.3.3 Situations de handicap au travail

L'intégration et la réintégration du marché du travail compétitif demeurent toujours l'un des défis majeurs pour plusieurs travailleurs ayant un TCE. Les études les plus saillantes sur le taux de retour et de maintien en emploi et les caractéristiques associées à la participation sociale au plan du travail sont présentées dans cette section.

En général, Yasuda et al. (2001) mentionnent que les conséquences du TCE interfèrent avec le travail.[59] Un taux de succès de retour au travail variant de 10 à 70% est rapporté chez les travailleurs de toute gravité de TCE confondue.[59] Il semble que le pourcentage de succès de retour au travail est spécifiquement plus élevé chez les TCE légers variant

entre 78 et 82%.[59] En effet, chez les modérés ou sévères, le succès semble moins grand avec un taux inférieur à 40%.[60]

Certaines études de cohortes prospectives (5) et pré/post sans groupe contrôle (4) en lien avec le retour au travail de travailleurs ayant un TCE modéré ou sévère soutiennent l'idée que le retour au travail est un défi de taille à relever.

En effet, entre 26,3 et 83,5% des TCE modérés ou sévères ou leurs proches (n varie entre 21 et 164) mentionnent que la personne TCE occupe une habitude de vie à caractère productif (ex. : travail rémunéré ou non, études).[8, 61-67] Les études réalisées spécifiquement avec des travailleurs ayant subi un TCE sévère mentionnent davantage de difficulté à reprendre le marché du travail que dans les études portant sur les travailleurs ayant subi un TCE modéré ou sévère. Selon la littérature consultée (n varie entre 21 et 145), le taux de retour au travail varie considérablement entre 8,1 et 90% à une période située entre trois mois et cinq ans post-TCE chez des travailleurs ayant subi un TCE sévère.[8, 61, 68, 69]

Chez les travailleurs ayant subi un TCE modéré ou sévère (trois mois à deux ans post-TCE), le taux de retour au travail (rémunéré, compétitif) varie entre 11,1 et 48% pour deux études (n=145, n=21).[61, 66] Certains auteurs mentionnent (n=48, n=164) que parmi ceux retournés sur le marché du travail, seulement 7,8 à 46,3% réussissent à occuper un emploi à temps complet.[62, 65] Selon les auteurs, la plupart des TCE modérés ou sévères (n varie entre 19 et 62) reprennent le travail avec des modifications. En effet, une assistance ou un aménagement particulier des exigences ou des tâches de travail sont implantés pour plusieurs des travailleurs ayant un TCE modéré ou sévère.[8, 63, 64, 66] Selon certaines études (n=19, n=29), peu de travailleurs réintègrent le même emploi (rémunéré, compétitif) chez le même employeur qu'avant le TCE.[64, 67]

Bien qu'il s'agisse d'études de cohortes et pré-expérimentales, certains biais menacent la validité interne des résultats. Il y a une grande hétérogénéité dans la définition de certains concepts utilisés dans ces études. En effet, la gravité du TCE (ex. : léger, modéré, sévère) et le statut au plan de l'habitude de vie travail (ex. : travail rémunéré, emploi compétitif, études, bénévolat, soins du domicile) ne sont pas mesurés de la même façon ce qui pose problème pour comparer les résultats des études entre eux. Cette problématique pourrait être susceptible d'expliquer le large spectre de taux de retour au travail rapporté par les auteurs. Le mode de cueillette de données varie également d'une étude à l'autre (questionnaire auto administré ou par entrevue en personne ou téléphonique). Cette méthode de cueillette de données est problématique lorsqu'elle est utilisée avec les personnes ayant subi un TCE à cause des incapacités liées à l'auto perception fréquentes (biais de réponse). Par contre, les auteurs mentionnent en général que la perception du travailleur était triangulée avec celle de ses proches. Il aurait été pertinent de connaître la perception de l'employeur ou encore de recueillir l'information par mise en situation réelle ce qui aurait favorisé l'objectivité des résultats (biais d'information) et limité le biais de désirabilité sociale. Par ailleurs, il aurait été pertinent d'en connaître davantage sur le maintien à long terme des travailleurs sur le marché du travail conventionnel étant donné que les études présentées dans cette section ont été réalisées à court terme seulement (trois mois à plus de cinq ans post-TCE). Les échantillons à l'étude représentent la population cible au point de vue du genre et de l'âge moyen des sujets ce qui permet de généraliser les résultats.

En somme, bien que des biais menacent la validité interne des résultats, le retour sur le marché du travail est un problème majeur chez les travailleurs ayant subi un TCE modéré ou sévère. Les travailleurs qui arrivent à reprendre leur rôle le font généralement avec des modifications au plan des exigences (ex. : horaire, tâches). Le travail peut également être compromis par des changements survenant dans les habitudes de vie en dehors du travail et

dans l'environnement du travailleur, alors que des incapacités persistent à travers le temps après l'accident. L'influence de ces différents facteurs est présentée à la prochaine section.

1.1.4 Influence de différents facteurs sur le succès de retour au travail

Le succès de retour au travail est soumis à l'interdépendance entre le travail et d'autres facteurs comme par exemple, la participation sociale dans les autres habitudes de vie que le travail, les déficiences et incapacités de même que les facilitateurs et les obstacles environnementaux. Les chances de succès peuvent donc être compromises à cause de l'un ou l'autre de ces facteurs.

1.1.4.1 Habitudes de vie

Les situations de handicap dans les autres habitudes de vie que le travail peuvent influencer de façon dynamique le retour au travail. L'équilibre qui existait au plan de la participation sociale entre les différentes habitudes de vie avant le TCE peut être compromis suite à l'accident.

Il est mentionné dans une revue systématique (15 études retenues entre 1980 et 2000) et une méta-analyse (41 études retenues entre 1967 et 1990) sur les facteurs associés au retour au travail que les situations de handicap dans les autres habitudes de vie sont associées à une diminution du taux de retour au travail.[70, 71] Dans une étude de cohorte prospective où 127/343 travailleurs ayant subi un TCE (léger, modéré ou sévère) avaient vécu un échec au plan du retour au travail, seulement 9% d'entre eux rapportaient une participation sociale complète, sans difficulté ni aide, dans l'ensemble des habitudes de vie.[72] Les auteurs de cette étude mentionnent toutefois un biais de sélection après analyse des caractéristiques de l'échantillon ayant participé à l'étude et celles des sujets ayant refusé (ex. : durée de séjour

plus grande, assistance au congé de réadaptation, présence d'un organisme payeur) ce qui peut entraver la validité interne des résultats.

Plus spécifiquement, certains auteurs d'études à devis qualitatif (histoire de cas n=3) et quantitatif (cas unique n=1, transversale n=97) mentionnent que d'autres habitudes de vie que le travail ont une influence indirecte sur la reprise du travail.[70, 73-76] En effet, des une routine matinale d'une durée inacceptable (ex. : prendre deux heures pour se laver les cheveux et se raser, difficulté à choisir ses vêtements pour aller travailler), un changement de routine (ex. : réaliser des tâches que la conjointe réalise habituellement tous les matins) peut avoir des conséquences sur la participation sociale au travail (ex. : occasionner des retards au travail).[73, 74] Par ailleurs, des difficultés à utiliser le transport pour se rendre et revenir du milieu de travail ou encore la fiabilité du transport en commun peuvent nuire indirectement au travail.[70, 75, 76]

Différentes exigences propres aux devis de revue systématique et de méta-analyse en assurent la validité externe, à savoir : sélection des études de qualité, analyse systématique, pondération des résultats selon des critères connus).[70, 71] Par contre, certains devis peuvent être exposés à certains biais menaçant la validité externe. Il n'y a pas d'inférence possible à partir de petits échantillons comme ceux des histoires de cas.[73-75] En ce qui concerne l'étude transversale et celle de cohorte prospective, les données ont été recueillies par questionnaire ou entrevue auprès des travailleurs ayant subi un TCE et de ses proches ce qui peut introduire un biais d'information (cueillette d'information de nature subjective) et de désirabilité sociale menaçant la validité interne des résultats.[72, 76]

En somme, ces différentes situations de handicap dans les autres habitudes de vie que le travail peuvent influencer les chances du travailleur ayant un TCE modéré ou sévère de retourner à son travail puisque les habitudes de vie sont interdépendantes entre elles.

1.1.4.2 Facteurs personnels

Les déficiences et les incapacités reliées à un TCE peuvent contribuer à la complexité de la reprise des habitudes de vie en général et particulièrement au plan du travail.

Des revues de la littérature, une revue systématique et une méta-analyse portant sur les facteurs associés au retour au travail rapportent que des incapacités reliées aux activités motrices et intellectuelles significatives limitent le retour au travail, mais que les incapacités reliées aux activités intellectuelles nuisent davantage que les incapacités reliées aux activités motrices.[59, 70, 71, 77] Les dysfonctions exécutives sont considérées comme les principales incapacités inférant les situations de handicap dans les habitudes de vie en général.[70, 78-83] Par exemple, les difficultés à planifier, à s'auto réguler, à prendre des décisions et à poser un jugement sont considérées particulièrement critiques dans le retour au travail.[84]

Plusieurs comportements du travailleur qui interfèrent avec sa productivité ont été rapportés chez des TCE modérés ou sévères dans des histoires de cas (n=3), des études pré/post à cas unique et des études qualitatives phénoménologiques (n=10, n=29).[74, 75, 85-89] Plus spécifiquement, certaines difficultés semblent nuire à la planification du travail.[75, 85, 86] Dans la majorité cas, les problématiques de productivité vécues par les travailleurs ayant un TCE semblent nuire à l'exécution du travail (ex. : problèmes à suivre une cadence de travail, à utiliser le matériel et les équipements, à répondre au rendement attendu par l'employeur en terme de délai, de quantité et de qualité de travail).[74, 75, 87-90] De plus, le fait de ne pas être en mesure de poursuivre le plan d'action initié au départ après avoir été interrompu dans son travail semble nuire à la productivité du travailleur dans certains cas.[74, 75, 88, 89] Par ailleurs, certains travailleurs ayant un TCE semblaient avoir besoin d'instructions précises d'un tiers en tout temps pour réussir à terminer leur travail.[86] L'ajustement aux erreurs, aux situations nouvelles et imprévues est difficile

pour certains travailleurs.[86-89, 91] L'auto évaluation du produit ou du résultat obtenu au travail (accepter ou rejeter le résultat) est problématique dans certains cas.[85, 90]

Certains comportements problématiques observés dans ces mêmes études semblent reliées à la ponctualité et à l'assiduité du travailleur ayant un TCE (ex. : pauses supplémentaires imprévues).[75, 87] Une problématique de ponctualité et d'assiduité peut compromettre le maintien au travail en menant au congédiement ou à la faillite personnelle.[73, 74, 89]

Finalement, plusieurs comportements chez des travailleurs ayant un TCE modéré ou sévère mentionnés dans ces études (histoires de cas, qualitatif phénoménologique, etc.) compromettent les relations interpersonnelles au travail (ex. : rendez-vous ratés, contenu d'une discussion oublié au fur et à mesure, difficulté à s'adapter à un nouvel employeur).[74, 89, 92] De plus, les auteurs de ces études mentionnent que des comportements inadéquats avec les collègues de travail ou avec l'employeur (ex. : colère, comportements stéréotypés, labilité) et des propos inappropriés (ex. : désinhibition sexuelle, discours négatif ou tangentiel) nuisent aux relations interpersonnelles du travailleur.[74, 75, 88, 89, 92, 93]

La triangulation des informations recueillies et la tenue d'un journal de bord sont des moyens qui ont été utilisés dans les études à devis qualitatif phénoménologique pour contribuer à la crédibilité (validité interne), à la transférabilité (validité externe) et à la fiabilité (fidélité) des résultats.[85, 92] L'objectivité (confirmation) des résultats a aussi été assurée par une vérification de l'interprétation des données par les sujets.[92] Les devis pré/post à cas unique, quant à eux, permettent un plus grand contrôle de la situation expérimentale que dans les histoires de cas (description et impressions seulement) mais ni l'un ni l'autre ne permet de généralisation des résultats. Les résultats de l'étude pré/post à cas unique de von Cramon et al. (1994) ont été analysés en fonction du modèle *Supervisory Attentional System* de Norman & Shallice (1986) et du modèle du fonctionnement cérébral

de Luria (1973,1980), conceptualisant tous deux les comportements intentionnels reliés aux processus exécutifs, ce qui contribue à la validité interne (appariement d'un modèle à la réalité).[94-96]

En somme, l'incompatibilité entre les exigences du milieu de travail et les capacités résiduelles du travailleur ayant un TCE modéré ou sévère peut être une cause importante d'échec au retour au travail.[19] Toutefois, l'ensemble des déficiences et des incapacités identifiées chez un travailleur suite à un TCE n'est pas nécessairement responsable de la situation de handicap au travail puisque la compatibilité peut être maintenue malgré les déficiences et incapacités.[18]

Les facteurs personnels et environnementaux n'agissent pas de la même manière dans tous les contextes. Pour comprendre les mécanismes en place, il faut donc parler d'interaction entre plusieurs facteurs à la fois propre au travailleur et à l'environnement dans lequel il évolue. Certains facteurs sociaux et physiques de l'environnement de travail, domiciliaire et communautaire peuvent donc faciliter ou faire obstacle au succès de retour et de maintien au travail lorsqu'ils interagissent avec les déficiences et les incapacités du travailleur ayant un TCE modéré ou sévère.

1.1.4.3 Facteurs environnementaux

Bien que les facteurs environnementaux aient été peu étudiés comparativement aux facteurs personnels, certains facteurs physiques et sociaux de l'environnement du travailleur ayant un TCE modéré ou sévère peuvent influencer le succès de retour au travail.[92, 97-100] Certains facteurs sont reliés à l'environnement de travail directement et d'autres, indirectement. Un facteur environnemental est une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société.[15]

Au plan de l'environnement de travail physique et social directement relié au travail (ex. : tâches de travail, collègues de travail avec lesquels le travailleur collabore), il semble que la réintégration d'un environnement de travail connu (ex. : emploi antérieur) serait un facilitateur au retour au travail. Un facilitateur correspond à un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels.[15] En effet, une étude transversale à près de cinq ans post-TCE auprès de travailleurs ayant subi un TCE sévère (n=94) a démontré que parmi les travailleurs retournant à l'emploi, ceux qui reprenent le travail occupé avant l'accident ont davantage de succès que ceux qui doivent intégrer un nouvel emploi.[101] Le type d'emploi au moment du TCE et ses exigences influencent le retour au travail après l'accident. Selon une étude qualitative phénoménologique (n=29) réalisée à environ sept ans post-TCE modéré ou sévère, une étude de cohortes prospectives (n=97) chez des travailleurs ayant subi un TCE léger, modéré ou sévère (suivi à un mois et à 12 mois post-TCE) et une étude de cas multiples (n=4) auprès de travailleurs ayant un TCE et de leurs proches sur une période de trois ans, la disponibilité de tâches de travail quotidiennes structurées ou routinières figurent également parmi les facilitateurs au retour au travail chez des travailleurs ayant subi un TCE.[92, 102, 103] Toutefois, des exigences physiques de travail élevées et la présence de barrières physiques semblent représenter des obstacles. Un obstacle correspond à un facteur environnemental qui entrave la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels.[15] L'environnement physique de travail (ex. : température, climat, éclairage, bruit) a été rapporté comme un élément pouvant faciliter ou nuire au retour et au maintien au travail dans une étude de cohorte prospective (n=73) auprès de travailleurs ayant subi un TCE léger, modéré ou sévère avec suivi au congé de réadaptation et à un an post-congé.[100]

Parmi les facilitateurs au plan social, la proximité, le soutien durant la réalisation des tâches de travail et l'opportunité de socialisation avec les collègues de travail sont des facteurs significatifs influençant directement le succès de retour et de maintien au travail selon une

étude de cohortes prospectives (n=37) auprès d'une majorité de travailleurs ayant subi un TCE sévère (12 ans post-TCE) et trois histoires de cas auprès de travailleurs ayant subi un TCE léger, modéré ou sévère.[99, 104] Les auteurs d'une étude portant sur trois histoires de cas de travailleurs ayant subi un TCE sévère mentionnent l'importance de l'implantation d'un soutien naturel dans l'environnement de travail afin de permettre le maintien du travailleur en emploi avec succès.[75] Le soutien naturel semble davantage durable dans une perspective à long terme et permanente que celui offert par l'équipe de réadaptation, présente de façon temporaire dans l'environnement du travailleur. Par ailleurs, des changements au plan des supérieurs immédiats peuvent compromettre le maintien au travail.[92]

Il peut également y avoir des facilitateurs ou des obstacles à la réinsertion en emploi au plan d'éléments nécessaires au travail, mais qui ne sont pas directement impliqués dans la tâche ou le poste de travail immédiat. Par exemple, la disponibilité d'un transport pour se rendre et revenir du travail figure parmi les facilitateurs au retour au travail.[100]

De plus, la nature et les conditions de travail après le TCE (ex. : emploi valorisant, latitude décisionnelle, attitude de l'employeur et culture du milieu de travail, possibilité d'accommodements) semblent avoir une influence positive sur le retour au travail selon certaines études (ex. : revue de la littérature, cohortes prospectives) (n variant entre 19 et 164) réalisées à des moments variant entre un mois et sept ans post-TCE auprès de travailleurs ayant subi un TCE léger, modéré ou sévère.[59, 65, 77, 92, 105-107] L'employeur et les collègues de travail peuvent donc aussi jouer un rôle déterminant dans le succès de retour au travail par une attitude favorable facilitant le retour et le maintien au travail (ex. : tolérance de l'équipe de réadaptation dans le milieu de travail, accord pour l'aménagement temporaire ou permanent de l'environnement de travail, communication efficace avec l'équipe de réadaptation et le travailleur ayant un TCE durant sa réadaptation au travail).[92]

Sous une optique économique, l'opportunité d'avancement et d'une augmentation de salaire dans le milieu de travail ainsi que les bénéfices marginaux semblent favoriser davantage le retour et le maintien au travail.[92, 99]

Selon une méta-analyse sur les facteurs associés au retour au travail et deux études de cohortes prospectives (n variant de 73 à 266) auprès de travailleurs ayant subi un TCE léger, modéré ou sévère avec suivi d'un an, un faible soutien de la part du réseau social en dehors du milieu de travail (ex. : proches, amis) est associé négativement avec le succès de retour et de maintien au travail.[70, 100, 108] Les auteurs d'une étude pré/post sans groupe contrôle réalisée auprès de proches de travailleurs ayant subi un TCE léger, modéré ou sévère mentionnent que la force de soutien du réseau social du travailleur ayant un TCE est positivement associée à un succès de maintien au travail entre quatre et sept ans après l'accident.[109]

Peu d'études ont porté sur les facteurs déterminant globalement l'accès au marché du travail dans une région donnée (ex. : taux de chômage, types d'emplois disponibles, législations). Toutefois, les programmes gouvernementaux et les politiques en lien avec le retour au travail figurent parmi les éléments influençant les chances de succès de retour au travail .[100] L'auteure d'une étude qualitative de cas multiples réalisée à environ 3,5 ans post-TCE auprès de travailleurs ayant subi un TCE léger, modéré ou sévère (n=7) et ayant réintégré le marché du travail à l'aide de services de réadaptation au travail, a mentionné que la présence de compensations financières octroyées par un organisme payeur (ex. : assurance privée collective) durant la réadaptation était un facteur facilitant le maintien au travail.[97]

L'accès à des services de réintégration professionnelle tôt dans le processus, soit dès la phase d'hospitalisation en soins aigus, apparaît associé à un plus haut taux de succès de

retour au travail selon les résultats d'une étude de cohorte rétrospective (deux ans) par étude de dossiers (n=33/45 TCE de gravité non spécifié) et d'une étude de cohorte prospective (n=80) réalisée à environ cinq ans post-TCE auprès de travailleurs ayant subi un TCE léger, modéré ou sévère.[110, 111] Par ailleurs, selon la revue systématique de Ownsworth & McKenna (2004), il y a une association modérée entre le fait de bénéficier de services de réadaptation professionnelle et le succès de retour au travail.[71] Les interventions (ex. : évaluation du poste de travail et du travailleur, éducation de l'employeur, consultation de l'employeur dans les choix des adaptations et des aides techniques) réalisées avant la réintégration au travail, proprement dite, semblent d'importants déterminants des chances de succès.[92] Il est également noté que le réalisme et la collaboration du travailleur à sa réadaptation favoriseraient une réintégration au travail plus facile selon une étude pré/post sans groupe contrôle (n=64) auprès de travailleurs ayant subi un TCE léger, modéré ou sévère (moment post-TCE variant entre 0,4 et 80 mois).[112] En effet, l'équipe de réadaptation doit tenir compte des intérêts du travailleur pour avoir sa collaboration.[92] De plus, l'implantation par l'équipe de réadaptation de mesures favorisant une reprise graduelle de l'habitude de vie travail et l'aménagement de l'environnement et du poste de travail semblent permettre à un plus grand nombre de travailleurs de retourner à l'emploi.[97] En effet, selon une étude de cohorte prospective réalisée à environ 3,5 ans et à 11 ans post-TCE auprès de travailleurs ayant subi un TCE sévère, des modifications implantées dans le milieu de travail pendant plusieurs mois facilitent le retour au travail (ex. : horaire flexible, entraînement des capacités spécifiques à l'emploi).[63, 113]

Une majorité d'études de cohortes prospectives ont démontré une association entre certains facteurs environnementaux et la participation sociale au travail.[63, 65, 100, 102, 104-108, 110, 113] Ce type de devis est moins rigoureux que les essais cliniques randomisés (non distribution aléatoire des sujets), mais les caractéristiques communes des sujets de ces échantillons et leur représentativité de la population cible favorisent tout de même la

validité externe des résultats. En général, les variables étaient mesurées par questionnaire ou par entrevue. Tel que mentionné aux sections précédentes portant sur les conséquences du TCE modéré ou sévère, les incapacités au plan de l'auto perception peuvent influencer les réponses des sujets. Cette méthode de cueillette de données peut donc introduire un biais menaçant la validité interne des résultats. Bien que Sale et al. (1991) aient utilisé l'entrevue pour recueillir la perception des participants, la triangulation des réponses de plusieurs sources d'information (ex. : travailleur, employeur, proches) et la tenue d'un journal de bord ont favorisé la crédibilité (validité interne) des résultats.[92] De plus, West (1995) a mentionné utiliser une échelle de mesure permettant l'observation directement dans le milieu de travail (mesure qualitative objective basée sur des critères) des facteurs de l'environnement pouvant faciliter ou nuire à la participation sociale au travail du travailleur (*Vocational Integration Index, Job Scale*).[104] Le questionnaire *Craig Hospital Inventory of Environmental Factors* utilisé lors d'entrevue avec le travailleur dans l'étude de Whiteneck et al. (2004) semble permettre une mesure plus exhaustive des facteurs environnementaux directs et indirects (ex. : politiques gouvernementales, attitude de la famille et de la communauté, barrière architecturale) ce qui a favorisé la validité interne des résultats.[100]

En résumé, plusieurs facteurs de l'environnement physique et social directement et indirectement reliés au travail sont associés à la réussite de la réinsertion professionnelle. Parmi les facteurs indirects (ex. : politiques gouvernementales en matière de réintégration au travail, soutien financier temporaire), des acteurs clé jouent un rôle important dans le soutien du travailleur (ex. : collègues de travail immédiats et employeur, proches, services obtenus dans la communauté). En effet, les soins et services de réadaptation figurent sur la liste des facteurs environnementaux pouvant influencer les chances de succès de retour au travail.[71, 92, 97, 110, 111]

1.1.4.3.1 Critères associés au succès de retour et de maintien au travail

Dans la littérature du domaine de l'intégration et de la réadaptation au travail, certains critères sont considérés comme favorables au succès de retour et de maintien au travail chez des clientèles différentes. Certaines revues systématiques et méta-analyses considèrent que si l'équipe de réadaptation respecte ces critères (précocité, écologie, approche centrée sur le client, continuité, coordination, qualité d'équipe, formation, accessibilité), celle-ci donne les conditions de réadaptation au travail favorisant le plus les chances que le travailleur intègre un nouvel emploi ou reprenne son travail antérieur et le maintienne (voir Tableau III, page 38).

Tableau III Critères associés au succès de retour au travail selon la littérature

Critères	Devis de recherche utilisés
Précocité	Revue systématique[114-117]
	Expérimental pré/post sans groupe contrôle[60]
Écologie	Revue systématique[115, 117-119]
	Expérimental avec groupe contrôle[120]
	Cohorte rétrospective[121]
Approche centrée sur le client	Revue systématique[114]
	Expérimental pré/post sans groupe contrôle[60]
Continuité	Revue systématique[114]
	Expérimental pré/post sans groupe contrôle[60]
Coordination	Revue systématique[117]
	Expérimental pré/post sans groupe contrôle[60]
Qualité d'équipe	Revue systématique[116, 119]
	Essai clinique randomisé[122]
Formation	Revue systématique[116, 119]
	Essai clinique randomisé[122]

Une revue systématique des résultats d'essais cliniques randomisés (8) et d'études quasi-expérimentales (3) portant sur le programme d'intégration au travail *Supported employment* auprès des travailleurs ayant des problèmes de santé mentale sévères semble préciser certains critères clé de la réadaptation au travail favorisant le succès.[114] Il y a un haut

niveau d'évidence qu'une intégration rapide en milieu de travail (critère *précocité*) soit associée à un plus haut taux de succès de travailleurs sur le marché du travail. De plus, il y a corrélation entre un taux élevé d'intégration au travail et des interventions individualisés (critère *approche centrée sur le client*) considérant chez le travailleur ses forces, ses intérêts et son expérience sur le marché du travail. De plus, un suivi continu à long terme (critère *continuité*) est une intervention importante associée au succès d'intégration au travail. Finalement, une équipe diversifiée composée de membres qualifiés avec la clientèle cible et la réadaptation au travail (critères *qualité d'équipe, formation*) influencerait les chances de succès. Bien que ce principe soit supporté par un raisonnement théorique, cette variable n'a pas encore fait l'objet d'une étude spécifique permettant d'isoler l'effet réel de ce type d'équipe.[122]

Selon d'autres revues systématiques, des interventions effectuées dans le milieu de travail du travailleur (ex. : évaluation, entraînement au travail) pourraient être aussi un critère significatif dans la réadaptation au travail (critère *écologie*). Une revue systématique sur les *Modified work programs* rapportent que ces programmes mettant l'accent sur des changements à l'environnement de travail (ex. : gradation de l'horaire, des tâches, de la productivité attendue, soutien d'un intervenant en milieu de travail, tâches allégées) facilitent le retour au travail d'une clientèle présentant des incapacités temporaires ou permanentes (ex. : lombalgie, TCE) (critère *écologie*).[118] En effet, des études de cohortes pour la plupart [(prospectives (6), rétrospectives (4)] et un essai clinique randomisé soutiennent que les travailleurs retournent deux fois plus rapidement en emploi que ceux qui ne bénéficient pas d'entraînements au travail modifiés. La taille des échantillons des études de cohortes prospectives variait entre 47 et >5300 sujets et entre 134 et 395 pour les études rétrospectives.

Dans une étude sur l'effet du *Supported employment* comparé aux services traditionnels de réadaptation au travail, une différence significative ($p < 0.003$) entre le groupe expérimental

(n=79) et le groupe contrôle (n=995) au plan du succès d'intégration sur le marché du travail compétitif a été démontré avec respectivement 67,9% et 47% (critère *écologie*).[120]

Dans une revue systématique sur les interventions en lien avec le travail (études entre 1994 et 1998), une réduction de l'absentéisme au travail de 30 à 50% a été notée chez les travailleurs présentant de la douleur subaiguë lorsque l'employeur offrait rapidement une modification des tâches de travail (critère *écologie*).[115]

Par ailleurs, dans une étude de cohorte rétrospective, une différence significative ($p < .05$) a été noté au plan du succès de retour au travail chez les travailleurs ayant subi un TCE à qui des aides techniques ou des services d'aménagements de l'environnement de travail avaient été fournis pour la réalisation de l'habitude de vie travail comparativement à ceux qui n'en avaient pas reçus (critère *écologie*).[121] En effet, sur un échantillon de 1145, 30 avaient reçu des aides techniques ou des services d'aménagements de l'environnement de travail et 1115, aucun. Parmi les travailleurs qui avaient reçu des aides techniques ou des services d'aménagements de l'environnement de travail pour faciliter la réalisation de leur travail 22 (73,3%) étaient sur le marché du travail au congé de réadaptation alors que seulement 545 (48,9 %) l'étaient chez les travailleurs qui n'avaient pas bénéficié de ces interventions.

Frank et al. (1998) mentionnent finalement qu'une combinaison de plusieurs modalités thérapeutiques telles que celles utilisées dans le Modèle de Sherbrooke (thérapie de réadaptation fonctionnelle adaptée de Mayer, ergonomie participative, exposition graduée au travail en milieu de travail appelé Retour Thérapeutique au Travail), ayant fait l'objet d'essais cliniques randomisés, a permis à des travailleurs présentant de la douleur subaiguë ou persistante, de retourner au travail deux fois plus vite, soit une réduction de 50% de l'absentéisme au travail.[115]

Une *accessibilité* pour tous aux services de réadaptation au travail est aussi un critère important à considérer bien qu'aucune étude n'ait été trouvée à ce sujet.

Finalement, certains auteurs mentionnent qu'une combinaison de certains critères sont associés à de meilleurs résultats en lien avec le retour au travail. En général, selon Chestnut et al. (1999), une réadaptation *précoce* (critère) offerte par une équipe spécialisée (critères *qualité d'équipe, formation*) est associée à un effet positif sur la participation sociale de la personne ayant un TCE.[116] En effet, les résultats d'une étude de cohorte rétrospective (n=38) chez des personnes ayant subi un TCE sévère soutiennent cette association selon les auteurs.

Plus spécifiquement en lien avec la réadaptation au travail, il y a un haut niveau d'évidence que les interventions favorisant un contact *précoce* (critère) avec le milieu de travail, une visite de l'environnement de travail (critère *écologie*) et la présence d'un gestionnaire de cas (critère *coordination*) coordonnant les interventions auprès du travailleur permettent un retour plus rapide à l'emploi.[117] Pour les études de cohortes prospectives, les échantillons étaient constitués entre 138 et 1833 sujets et pour les essais cliniques randomisés, entre 22 et 65 sujets par groupe (ex. : expérimental, contrôle) à l'étude.

Selon une revue systématique dans le cadre d'une collaboration du *Cochrane Back Review Group*, il y a une évidence de niveau modéré, basée sur deux essais cliniques randomisés effectués auprès de travailleurs présentant de la douleur, qu'une réintégration professionnelle offerte par une équipe spécialisée (critères *qualité d'équipe, formation*) combinée à des interventions en milieu de travail (critère *écologie*) ont un effet positif sur le retour au travail, l'absentéisme au travail et la perception d'incapacité au travail chez une clientèle présentant de la douleur subaiguë.[119]

Dans une étude pré/post sans groupe contrôle auprès de travailleurs ayant subi un TCE léger, modéré ou sévère (n=114), il a été démontré que la *coordination* (critère) des interventions de réadaptation en regard du travail combinée à des interventions *précoces* (critère) dans le milieu de travail, à un soutien intensif temporaire ou à long terme (critère *continuité*) de même qu'une éducation et un soutien de l'employeur (critère *approche centrée sur le client*) donnent des résultats au plan de la réinsertion professionnelle qui se rapprochent ou qui excèdent les prédictions basées sur la littérature actuelle.[60]

Dans la plupart des revues systématiques rapportées, le choix des études s'est arrêté sur des essais cliniques randomisés lesquels fournissent la stratégie la plus puissante pour démontrer l'effet des interventions. Les exigences (ex. : sélection des études de qualité, analyse systématique, pondération des résultats selon des critères connus) reliées au devis de revue systématique assurent la validité externe des résultats.[114-118] La validité externe des résultats de l'étude expérimentale avec groupe contrôle de Gamble & Moore (2003) peut être menacée par une sélection de sujets exclusivement d'un seul état américain pouvant limiter la généralisation des résultats tel que mentionné par l'auteur.[120] Dans l'étude de cohorte de Gamble & Satcher (2002), le concept « aide technique ou service d'aménagement de l'environnement de travail » a été défini par les auteurs favorisant la validité interne des résultats.[121] Le devis de recherche utilisé pour l'étude pré/post sans groupe contrôle de Malec et al. (2005) permet une comparaison entre la situation avant et après l'intervention. Toutefois, le contrôle des autres hypothèses n'est pas possible et ne peut donc pas expliquer complètement la différence entre les mesures pré et post (biais relié à la maturation des sujets). Par contre, la récupération spontanée présente chez les TCE ne peut probablement pas expliquer ce biais possible relié maturation puisque l'intervention avait lieu en moyenne 65,5 mois après le TCE.[60]

En résumé, plusieurs auteurs ayant réalisé des études de qualité rapportent les mêmes constats en lien avec les conditions importantes à considérer lors de la réadaptation au

travail, indépendamment de la clientèle (ex. : douleur subaiguë ou persistante, problématique de santé mentale, TCE). En effet, la rapidité (critère *précocité*) avec laquelle les interventions en lien avec le travail sont réalisées et ce, aussi longtemps que nécessaire (critère *continuité*), directement dans le milieu de travail (critère *écologie*) par une équipe spécialisée (critères *qualité d'équipe, formation*) sont des principes critiques à considérer pour la réadaptation au travail toute clientèle confondue. Par ailleurs, la *coordination* (critère) des interventions entre les partenaires impliqués (équipe, employeur, etc.) tout en considérant les intérêts et les besoins individuels du travailleur et de son environnement de travail (critère *approche centrée sur le client*) sont des conditions importantes associées au succès de la réintégration professionnelle autant chez les travailleurs présentant, par exemple, des déficiences neurologiques (ex. : TCE, blessé médullaire), de la douleur subaiguë ou persistante ou des problèmes de santé mentale. Finalement, l'*accessibilité* (critère) à des services de réadaptation au travail semble également un élément important à considérer.

Sachant que des critères communs ont été associées à des conditions optimales de réadaptation au travail sans égard à la clientèle et que de nombreux programmes d'intégration et de réadaptation au travail ont été développés, il est important de connaître le contenu de ces programmes et de savoir s'ils répondent à l'ensemble des critères associés au succès de retour et de maintien au travail.

1.2 Programmes d'intégration et de réadaptation au travail

Il est pertinent d'explorer des programmes de clientèles différentes puisqu'un TCE est généralement associé à d'autres blessures ou conditions de santé générant des incapacités apparentées à ses autres clientèles (ex. : douleur subaiguë ou persistante, problèmes de

santé mentale, blessure médullaire). Les programmes uni ou multidisciplinaire de toute clientèle confondue, ayant fait l'objet d'une étude avec des travailleurs (ex. : étude quasi expérimentale, essais cliniques randomisés) après 1992, ont été retenus. Ces programmes sont présentés selon les types de programmes, les principales interventions spécifiées par les auteurs et en fonction des critères associés au succès de retour et de maintien au travail.

1.2.1 Types de programmes

Trois types de programmes d'intégration et de réadaptation au travail sont offerts pour la plupart des clientèles (ex. : douleurs subaiguë ou persistante, TCE). Le premier type de programmes est *Entraînement puis entrée au travail*³. Ce continuum traditionnel de réadaptation et d'intégration au travail préconise de faire un entraînement en milieu artificiel ou protégé pour tout emploi, de cibler ensuite un emploi présumé compatible avec les capacités du travailleur, puis d'aller sur le marché du travail conventionnel.[123, 124] À l'inverse, le second type de programmes *Entrée au travail puis entraînement*⁴ a essentiellement comme ligne directrice de mettre d'abord le travailleur en situation réelle de travail, l'aidant ainsi à atteindre ses objectifs en lien avec le travail.[123] Il faut ensuite fournir l'entraînement et le soutien en milieu de travail. Finalement, un troisième groupe de programmes combine les deux premiers, soit *Entraînement puis entrée au travail puis entraînement*.

Des programmes réalisés exclusivement dans la communauté (*Entraînement puis entrée au travail*) ont été développés pour les clientèles avec déficience intellectuelle ou sensorielle, blessée médullaire ou avec problèmes de santé mentale. Des programmes des trois types

³ Traduction libre de *Train then place*.

⁴ Traduction libre de *Place then train*.

décrits dans la littérature ont été développés pour les clientèles ayant un TCE ou présentant de la douleur subaiguë ou persistante.

Dans la section suivante, les interventions spécifiques aux différents types de programmes, sont présentées et discutées en fonction des critères associés au succès de retour et de maintien au travail.

1.2.1.1 Programmes *Entraînement puis entrée au travail*

Les interventions des programmes *Entraînement puis entrée au travail* spécifiques aux TCE et aux clientèles présentant de la douleur subaiguë ou persistante sont principalement orientées vers une préparation au travail. Certaines interventions comme l'évaluation de l'environnement et du poste de travail semblent réalisées davantage chez les clientèles présentant de la douleur subaiguë ou persistante que chez les TCE.[125-130] Toutefois, certaines thérapies semblent communes et principalement dirigées sur les capacités générales (non spécifiques au travail) du travailleur comme par exemple, les capacités liées aux activités intellectuelles ou motrices. [65, 125-136] Évidemment, ces interventions ne se centrent pas sur les mêmes capacités chez les TCE et chez les travailleurs des autres clientèles étant donné que les atteintes au plan des systèmes organiques et des aptitudes ne sont pas les mêmes. Dans ces programmes, les thérapies de groupes et individuelles sont utilisées pour favoriser la récupération de certaines capacités, pour développer les capacités résiduelles ou pour compenser les incapacités par des stratégies et moyens compensatoires [ex. : groupe de stratégies compensatoires ou de remédiation cognitive, école de dos, thérapie individuelle de réadaptation fonctionnelle (*work hardening*)][65, 125-137].

Une généralisation des acquis pour tout type d'emploi semble souhaitée par ces programmes. En général, il ne semble pas y avoir de suivi en lien avec la réintégration

professionnelle afin de vérifier si le travailleur a maintenu ses acquis directement dans le milieu de travail, sauf pour un programme.[126, 127] La préoccupation par rapport à la *précocité* (critère) des interventions semble principalement présente pour la clientèle ayant de la douleur afin de lui offrir les interventions nécessaires avant la persistance de la problématique. En lien avec le critère *écologie*, les interventions des programmes *Entraînement puis entrée au travail* semblent peu réalisées dans le milieu naturel du travailleur (ex. : milieu de travail). L'étendue des facteurs faisant l'objet d'intervention (ex. : évaluation, thérapie) apparaît restreinte en considérant les informations mentionnées par les auteurs.

En ce qui a trait au critère *approche centrée sur le client*, plusieurs programmes *Entraînement puis entrée au travail* semblent administrer un protocole fixe et non individualisé avec leurs travailleurs. Il ne semble pas y avoir de flexibilité au plan de la durée et du moment où la réadaptation au travail se déroule. Par ailleurs, le processus de réadaptation ou d'intégration du marché du travail ne semble pas pouvoir être recommencé indépendamment du résultat. La satisfaction du travailleur en regard de la réadaptation n'apparaît pas considérée.

Au plan de la *coordination* (critère) s'exprimant par la transmission ou l'échange d'information au sein de l'équipe de réadaptation et entre les différents partenaires impliqués dans le processus de réintégration professionnelle du travailleur, aucune information n'a été trouvée à ce sujet dans la littérature consultée. Au plan de la *continuité* (critère), le processus de réadaptation des autres programmes semble généralement délimité dans le temps pour ce type de programmes. Finalement, au plan du critère *qualité d'équipe*, il apparaît que les programmes *Entraînement puis entrée au travail* abordent le travail en impliquant moins de trois intervenants (ex. : physiothérapeute, psychologue) et ce, sans impliquer le travailleur ni de personne significative.[125, 128, 129, 133-136]

La plupart de ces programmes décrits dans cette section, particulièrement chez la clientèle présentant de la douleur subaiguë ou persistante, ont fait l'objet d'essais cliniques randomisés (5) ou d'études de cohortes prospectives (3) favorisant la validité interne et externe des résultats.[65, 125, 127, 128, 130, 132-135] Les autres programmes, en majorité spécifiques aux TCE, ont plutôt fait l'objet d'étude expérimentale (ex. : post-traitement avec groupe contrôle non randomisé) ou pré-expérimentale (ex. : étude de cas, pré/post-traitement à groupe unique).[129, 131, 136] Les études pré-expérimentales sont davantage susceptibles de contenir des biais (ex. : maturation) menaçant la validité interne que dans le cas d'étude expérimentale.

1.2.1.2 Programmes *Entrée au travail puis entraînement*

En ce qui concerne les interventions des programmes *Entrée au travail puis entraînement*, il semble y avoir des différences au plan de l'évaluation préalable (ex. : caractéristiques individuelles, portrait professionnel pré-arrêt de travail) à l'entrée au travail. En effet, chez les travailleurs ayant subi un TCE, les blessés médullaires, les personnes présentant de déficiences intellectuelles ou sensorielles et les personnes avec des problèmes de santé mentale, l'évaluation semble porter principalement sur les capacités générales et celles en regard du travail de même que sur les autres habitudes de vie que le travail.[138-140] Pour la clientèle présentant de la douleur subaiguë ou persistante, l'évaluation semble se centrer sur l'environnement et le poste de travail particulièrement.[141-144] La recherche d'emploi semble faire partie des étapes du processus d'intégration au travail pour les différentes clientèles à l'exception des travailleurs ayant de la douleur subaiguë ou persistante.[138-140]

Par contre, les interventions réalisées en milieu de travail apparaissent similaires. En effet, l'évaluation du travail en milieu de travail, l'entraînement, l'aménagement de l'environnement de travail (avant ou pendant l'entrée au travail) et l'information donnée à

l'employeur et aux collègues de travail (ex. : aide à donner au travailleur) semblent communs à ces programmes et cherchent à réduire l'écart pouvant exister entre les capacités du travailleur et les exigences de l'environnement de travail.[63, 138-144] Ces interventions semblent spécifiques à un emploi chez un employeur pour les programmes de toutes les clientèles. La réduction de l'écart entre les capacités et les facteurs environnementaux du milieu de travail, favorisant la participation sociale du travailleur pour cet emploi spécifique, ne semble pas généralisable à ce même genre de poste de travail chez un autre employeur ou à un autre emploi. Il semble que l'objectif de ces programmes n'est pas de rendre le travailleur capable de travailler dans n'importe quel type d'emploi et dans tout type d'environnement de travail, mais plutôt pour un emploi spécifique dans un milieu de travail spécifique.

Le *Supported employment* est l'un des programmes *Entrée au travail puis entraînement* significatifs dans le domaine de la réadaptation au travail qui a été développé dans les années soixante-dix avec la clientèle ayant une déficience intellectuelle.[145] Celui-ci a été ensuite repris et adapté avec d'autres clientèles dont les TCE.[140] Le *Supported employment* vise à ce que le travailleur soit immédiatement intégré dans l'emploi spécifique qui rencontre ses besoins et ses intérêts et que l'entraînement y soit réalisé. Après que le travailleur ait intégré l'emploi, le soutien d'une équipe de réadaptation en milieu de travail est offert de façon continue aussi longtemps que nécessaire.

Tout comme pour les programmes *Entraînement puis entrée au travail*, les programmes *Entrée au travail puis entraînement* spécifiques à la clientèle présentant de la douleur semblent davantage préoccupés par des interventions rapides en lien avec le travail (critère *précocité*). Le critère *écologie* semble avoir été répondu selon l'information donnée par les auteurs. En effet, le processus d'interventions des programmes *Entrée au travail puis entraînement* semble considérer les facteurs reliés au travailleur en interaction avec les facteurs environnementaux (milieu naturel) plutôt que de considérer le travailleur dans un

contexte artificiel comme dans le cas des *programmes Entraînement puis entrée au travail*. Par ailleurs, les programmes *Entrée au travail puis entraînement* semblent couvrir un éventail plus grand de dimensions faisant l'objet d'interventions (capacités et incapacités en regard du travail, caractéristiques individuelles post-arrêt de travail, facilitateurs et obstacles de l'environnement de travail).

Au plan du critère *approche centrée sur le client*, il apparaît que pour plus de la moitié des programmes *Entrée au travail puis entraînement*, l'équipe se préoccupe de donner de l'information au travailleur et à son entourage (ex. : étapes du processus de réadaptation, résultats des évaluations, plan d'intervention).[63, 138-142] Le travailleur semble être sollicité pour décider ou approuver des objectifs de réadaptation au travail dans un peu plus de la moitié des programmes.[63, 138-141] En fonction de l'information mentionnée par les auteurs, plusieurs de ces programmes semblent favoriser que le travailleur se prenne en main dans le cadre de son retour en emploi en réalisant certaines étapes clé. Une personnalisation de la réadaptation au travail semble primordiale pour ces programmes.[63, 139, 140] La satisfaction du travailleur en regard de la réadaptation est considérée pour le *Supported employment* seulement.[140]

Dans certains programmes, un gestionnaire de cas s'assure de la coordination (critère) des interventions et de la centralisation de l'information dans un plan d'intervention individualisé afin que le travailleur bénéficie des interventions dont il a besoin et qu'il y ait une cohérence entre elles.[138, 140, 142, 144] En ce qui concerne le critère *continuité*, seulement les programmes spécifiques aux TCE semblent offrir une forme de suivi à long terme aux travailleurs afin qu'ils maintiennent leur emploi.[63, 139, 140] L'équipe de réadaptation (critère *qualité d'équipe*) semble élargie pour y intégrer le travailleur ou encore d'autres personnes significatives telles que l'employeur, les collègues de travail, certains membres de la famille du travailleur chez plus de la moitié des programmes.[63, 138, 140-142] Il est explicite pour les programmes *Entrée au travail puis entraînement*

spécifiques aux TCE qu'il existe une interaction entre les membres afin d'y échanger de l'information.[63, 139, 140] La plupart des programmes *Entrée au travail puis entraînement* semblent également favoriser un partenariat actif entre l'équipe de réadaptation, le travailleur et l'employeur durant le retour au travail par des rencontres décisionnelles (ex. : recherche de solutions pour l'adaptation du poste de travail).[63, 138, 140-142]

Les devis d'essai clinique randomisé et d'étude de cohorte prospective sur les programmes spécifiques à la clientèle présentant un TCE, une problématique de santé mentale ou de la douleur assurent la validité interne et externe des résultats.[63, 143, 144, 146, 147] Certains programmes spécifiques aux TCE ou à une clientèle présentant de la douleur ont fait l'objet d'une étude de cohorte rétrospective, d'une étude pré/post-traitement à groupe unique ou d'une étude expérimentale post-traitement avec groupe contrôle non randomisé.[120, 139-142] La validité interne des résultats peut être menacée dans ces devis (ex. : absence de randomisation, maturation).

1.2.1.3 Programmes *Entraînement puis entrée au travail puis entraînement*

Il semble y avoir plusieurs interventions similaires entre les différents programmes *Entraînement puis entrée au travail puis entraînement* décrits dans la littérature.

En effet, pour la plupart des programmes, l'évaluation réalisée en préparation au travail porte sur plusieurs facteurs reliés au travailleur (ex. : caractéristiques individuelles post-arrêt de travail, capacités et incapacités en regard du travail), à son environnement et à son poste de travail (ex. : facilitateurs, obstacles).[148-154] Pour fin de préparation au travail, une thérapie de réadaptation fonctionnelle ou du *work conditioning* est combiné à de l'éducation au travailleur chez la clientèle présentant de la douleur.[127, 150-152, 154-156] Chez les TCE, la thérapie de réadaptation fonctionnelle semble combinée à de la

remédiation cognitive afin de récupérer ou de développer le potentiel des capacités du travailleur (intellectuelles, motrices, etc.).[149, 153, 157-159] Dans le cas des programmes spécifiques aux TCE, certaines étapes reliées à la recherche d'emploi apparaissent souvent réalisées afin d'identifier un premier ou un nouvel emploi.[149, 153, 157-159] Pour les clientèles présentant de la douleur subaiguë ou persistante, l'objectif est de reprendre l'emploi où a eu lieu la blessure professionnelle, ce qui pourrait expliquer pourquoi la recherche d'emploi ne fait pas partie du processus.

Lorsque le travailleur entre sur le marché du travail, un entraînement spécifique à l'emploi choisi ou antérieur à l'arrêt de travail se fait généralement en milieu de travail.[148-154, 156-159] Ces programmes optent généralement pour alterner ou combiner les différentes interventions en milieu artificiel et en milieu de travail de façon graduelle jusqu'à la réintégration complète en milieu de travail. Le Modèle de Sherbrooke est un exemple de programme offrant des services de réadaptation au travail sur une base externe spécifiquement à des travailleurs présentant de la douleur persistante. Ce programme offre une combinaison d'interventions parallèles et progressives telles que la thérapie de réadaptation fonctionnelle (adaptation de la thérapie de Mayer), de l'ergonomie participative et une exposition graduée en milieu de travail (Retour Thérapeutique au Travail).[151, 152, 160, 161] Dans plusieurs programmes, une évaluation de la participation sociale au travail est réalisée directement en milieu de travail pendant l'entraînement au travail.[148, 149, 153, 156, 158, 159] L'évaluation de l'évolution des besoins pour le maintien au travail fait également partie principalement de programmes spécifiques aux TCE.[127, 153, 154, 157-159]

La *précocité* (critère) des interventions semble un principe directeur associé spécifiquement aux programmes desservant une clientèle présentant de la douleur pour les programmes combinés comme pour les autres types de programmes. En ce qui concerne le critère *écologie*, tout comme pour les programmes *Entrée au travail puis entraînement*, les

interventions semblent avoir pour cible l'interaction entre les facteurs environnementaux (milieu naturel) et les facteurs reliés au travailleur. Par ailleurs, les facteurs spécifiques au travailleur semblent également considérés dans un contexte artificiel comme pour les programmes *Entraînement puis entrée au travail*. Les programmes combinés semblent couvrir un éventail plus grand de dimensions faisant l'objet d'interventions (capacités et incapacités en regard du travail, caractéristiques individuelles post-arrêt de travail, facilitateurs et obstacles de l'environnement de travail) tout comme les programmes *Entrée au travail puis entraînement*.

La participation active du travailleur à son processus d'intégration à l'emploi (critère *approche centrée sur le client*) est rapportée dans les études portant sur les programmes *Entraînement puis entrée au travail puis entraînement*. En effet, tout comme les programmes *Entrée au travail puis entraînement*, de l'information est donnée au travailleur et à son entourage sur le processus de réadaptation, les résultats des évaluations, les objectifs poursuivis et les options de service.[148-150, 153, 157-159] De plus, les auteurs des études mentionnent que l'opinion du travailleur à propos des objectifs de réadaptation au travail est importante dans un peu plus de la moitié des programmes *Entrée au travail puis entraînement*. [127, 148, 150-153, 155, 157-159] Les programmes spécifiques aux TCE, comme pour les programmes *Entrée au travail puis entraînement*, portent une attention particulière à l'individualisation des interventions en lien avec le travail.[149, 153, 157-159] Dans le cas du programme *Traumatic Brain Injury Vocational Case Coordinator*, la satisfaction du travailleur en regard de sa réadaptation au travail préoccupe l'équipe.[153]

Tout comme dans plusieurs programmes *Entrée au travail puis entraînement* un gestionnaire de cas coordonne (critère *coordination*) les interventions et les informations en lien avec le retour au travail dans certains programmes *Entraînement puis entrée au travail puis entraînement*. [148, 156] Les programmes *Entraînement puis entrée au travail puis*

entraînement spécifiques aux TCE offrent une forme de suivi à long terme (critère *continuité*) aux travailleurs afin qu'ils maintiennent leur emploi.[153, 157] Par contre, l'un de ce type de programmes spécifiques aux TCE offre des suivis sporadiques seulement.[158, 159] Tout comme pour les programmes *Entrée au travail puis entraînement*, le travailleur ou encore d'autres personnes significatives telles que l'employeur, les collègues de travail et certains membres de la famille du travailleur sont intégrés à l'équipe chez plus de la moitié des programmes.[148, 151-153, 155, 157-159] Parmi ces différents programmes pouvant favoriser l'intégration à l'emploi, il a été constaté que la prise en charge par une équipe diversifiée (critère *qualité d'équipe*) comptant plus de trois intervenants dans un peu plus de la moitié des programmes semble importante.[127, 148-152, 154, 156, 157] Les ergothérapeutes sont parmi les professionnels des équipes de réadaptation les plus souvent mentionnés par les auteurs dans les équipes de ces programmes.

La majorité des programmes ont fait l'objet d'études corrélationnelles [cohortes prospectives (5), cohortes rétrospectives (2)] ou d'essais cliniques randomisés (3).[110, 127, 148, 149, 151, 152, 154-159] Seulement deux études sur les programmes spécifiques aux TCE ont été faites selon un devis pré-experimental (pré/post-traitement avec groupe contrôle non randomisé, équivalent ou non) dont certaines caractéristiques peuvent nuire à la validité interne des résultats.[150, 162]

En somme, il existe plusieurs types de programmes d'intégration et de réadaptation au travail parmi lesquels les critères associés au succès de retour et de maintien au travail apparaissent considérés (voir Tableau IV, page 54). Les programmes *Entrée au travail puis entraînement* ou combiné (*Entraînement puis entrée au travail puis entraînement*) semblent mieux y répondre. Par ailleurs, dans ces programmes, l'ergothérapeute figure parmi les intervenants les plus souvent mentionnés par les auteurs comme étant impliqué dans le processus de retour au travail. Spécifiquement dans notre contexte québécois de

réadaptation, une étude évaluative des programmes de réadaptation québécois (n=21) offrant des services d'évaluation professionnelle chez des clientèles ayant subi des blessures sévères (ex. : blessure médullaire, TCE modéré ou sévère) a démontré, entre autre, que l'ergothérapeute était l'intervenant le plus impliqué dans l'évaluation du travail dans l'ensemble des programmes.[98]

Tableau IV Synthèse de la réponse aux critères associés au succès de retour au travail selon le type de programmes d'intégration et de réadaptation au travail

Types de programmes/Critères	Précocité	Écologie	Approche centrée sur le client	Coordination	Continuité	Qualité d'équipe
Entraînement puis entrée au travail (EET)	-	-	-	-	-	-
Entrée au travail puis entraînement (ETE)	-	○	●	●	○	○
Entraînement puis entrée au travail puis entraînement (EETE)	-	○	○	●	-	○

● indique que le critère est complètement répondu: ○ indique que le critère est partiellement répondu : - indique que le critère est peu ou pas répondu : ? indique que le critère ne peut être coté en fonction des informations disponibles sur le programme.

La prochaine section porte donc sur les différents rôles de l'ergothérapeute dans le processus de réadaptation au travail.

1.3 Rôle de l'ergothérapeute en intégration et réadaptation au travail

L'ergothérapeute est impliqué de façon prépondérante dans plusieurs des programmes d'intégration et de réadaptation au travail décrits dans la section 1.2.[130, 148, 151, 152, 154, 156, 163] L'ergothérapeute semble être impliqué dans plusieurs interventions reliées au processus de réintégration professionnelle de travailleur à divers degrés d'un programme

à l'autre. En général, la littérature dans le domaine de la réadaptation au travail en ergothérapie porte principalement sur une clientèle présentant des déficiences musculo squelettiques ou de la douleur persistante. Il semble y avoir très peu d'études réalisées sur la pratique en lien avec d'autres clientèles à l'exception de quelques-unes reliées aux travailleurs ayant un TCE.[164-168]

Un survol des interventions associées à l'ergothérapeute dans les différents programmes de réadaptation au travail ayant été présentés à la section 1.2 est d'abord présenté. Les études portant sur la pratique des ergothérapeutes en lien avec la réintégration professionnelle sont ensuite brièvement décrites et discutées.

1.3.1 Interventions dans les programmes

Afin de comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans les programmes d'intégration et de réadaptation au travail, les interventions qui lui ont été associées sont présentées. Pour ce faire, les programmes d'intégration et de réadaptation au travail uni ou multidisciplinaire de toute clientèle confondue, ayant fait l'objet d'étude avec des travailleurs (ex. : étude de cohorte prospective, essai clinique randomisé) après 1992, présentés ou non à la section 1.2, mentionnant l'implication de l'ergothérapeute ont été retenus.[130, 148, 151, 152, 154, 156, 163, 165, 166, 169-174] Les interventions associées à l'ergothérapeute sont présentées au Tableau V (page 56) selon le type d'intervention mentionné par les auteurs.

En général, l'ergothérapeute semble être associé à plusieurs interventions dont l'évaluation de plusieurs facteurs indépendamment de la clientèle. En effet, l'ergothérapeute est impliqué dans l'évaluation des capacités et incapacités en regard du travail particulièrement dans les programmes spécifiques aux autres clientèles que TCE (ex. : douleur, déficiences musculo squelettiques).[148, 156, 163, 170, 172, 174]

Tableau V Interventions associées à l'ergothérapeute dans 11 programmes d'intégration et de réadaptation au travail

Clientèle Interventions / Programmes (voir références ci-bas)	TCE			Douleur / déficiences ms							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Évaluation											
Caractéristiques individuelles post-arrêt de travail (ex. : capacités et incapacités générales, participation sociale et situation de handicap dans les autres habitudes de vie que le travail)	●	●	●	-	-	-	●	●	-	-	-
Intérêts professionnels du travailleur	-	-	-	-	-	●	-	●	-	-	-
Portrait professionnel pré-arrêt de travail (ex. : développement professionnel, expérience du travailleur)	-	-	-	-	-	●	-	●	-	-	-
Facilitateurs et obstacles de l'environnement et du poste de travail	-	●	●	●	-	●	●	●	●	●	●
Capacités et incapacités en regard du travail	-	●	-	●	-	●	●	●	-	-	-
Participation sociale et situation de handicap au travail en milieu de travail	●	●	●	-	-	●	-	-	●	●	-
Suivi continu à long terme	●	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Planification / communication avec l'équipe et les partenaires											
Élaboration du plan de réadaptation avec le travailleur et l'employeur	●	-	-	-	-	-	-	-	-	●	-
Gestion de cas	●	-	-	-	-	-	●	-	-	●	-
Thérapie											
Thérapie de réadaptation fonctionnelle	-	●	-	●	●	-	-	-	●	●	-
Entraînement en milieu de travail	●	-	●	-	-	-	-	●	●	●	-
Éducation du travailleur (ex. : hygiène posturale, douleur)	-	-	-	●	●	●	-	-	-	-	-
Interventions sur l'environnement social et physique de travail											
Éducation de l'employeur ou des collègues de travail (ex. : soutien naturel, information sur le TCE)	●	-	●	-	-	-	-	-	-	-	-
Aménagement physique de l'environnement ou du poste de travail	-	●	●	-	-	●	-	●	-	-	-
Identification d'un emploi présumé compatible	-	●	-	-	-	●	-	●	-	-	-

● indique que l'intervention est mentionnée par l'auteur; - indique que l'intervention n'est pas mentionnée
 Déficiences ms : déficiences musculo squelettiques; EET : *Entraînement puis entrée au travail* ; ETE : *Entrée au travail puis entraînement* ; EETE : *Entraînement puis entrée au travail puis entraînement*

Références pour les 11 programmes de réadaptation au travail :

- | | |
|--|--|
| 1 <i>New Start program</i> , (ETE), États-Unis [169] | 7 <i>Workplace-based occupational rehabilitation programs</i> , (ETE), Australie [174] |
| 2 <i>COMPETE</i> , (EETE), États-Unis [170] | 8 <i>Early workplace-based interventions</i> , (EETE), Suède [148] |
| 3 <i>E.T.R.E.</i> , (EETE), France [165-166, 171] | 9 <i>Comprehensive interdisciplinary program</i> , (EETE), Canada [156, 163] |
| 4 <i>Spinal treatment program</i> , (EET), États-Unis [172] | 10 <i>Modèle de Sherbrooke</i> , (EETE), Canada [151-152] |
| 5 <i>Graded activity and problem-solving therapy</i> , (EET), Pays-Bas [130] | 11 <i>Interdisciplinary rehabilitation</i> , (EETE), Suède [154] |
| 6 <i>Reassignment model</i> , (ETE), États-Unis [173] | |

Dans la majorité des programmes mentionnés au Tableau V (page 56), l'ergothérapeute a pour tâche d'évaluer les facilitateurs et les obstacles de l'environnement et du poste de travail.[130, 148, 151, 152, 154, 156, 163, 165, 166, 170-172, 174] L'évaluation des caractéristiques individuelles post-arrêt de travail et la participation sociale au travail semblent davantage fait par l'ergothérapeute des programmes spécifiques aux TCE que dans les programmes d'autres clientèles.[151, 152, 165, 166, 169-171]

Le rôle de l'ergothérapeute ne semble pas s'arrêter à l'évaluation du travailleur et de son environnement. En effet, dans près de la moitié des programmes où l'ergothérapeute est impliqué, la thérapie de réadaptation fonctionnelle fait partie de ses interventions.[130, 151, 152, 156, 163, 170, 173] L'entraînement au travail en milieu de travail est une intervention souvent mentionnée par les auteurs comme étant associés à l'ergothérapeute, particulièrement dans les programmes spécifiques aux TCE.[148, 156, 163, 165, 166, 169, 171]

Dans les programmes énumérés dans le Tableau V (page 56), les interventions au plan de l'environnement de travail social et physique du travailleur, permettant de favoriser la compatibilité personne-environnement, font moins partie des tâches de l'ergothérapeute chez une clientèle présentant de la douleur persistante ou des déficiences musculo squelettiques.[148, 173] Par contre, l'aménagement physique de l'environnement et du poste de travail du travailleur est une tâche plus courante de l'ergothérapeute chez les TCE.[165, 166, 170, 171]

En somme, l'ergothérapeute faisant partie de l'équipe de différents programmes d'intégration et de réadaptation au travail présentés à la section 1.2 est associé à plusieurs interventions. En général, l'évaluation et la thérapie en lien avec l'habitude de vie travail font partie de ces interventions associées à l'ergothérapeute pour toutes clientèles.

Spécifiquement dans les programmes pour les travailleurs ayant subi un TCE, les interventions menant à des changements au plan de l'environnement et du poste de travail sont associées à l'ergothérapeute alors que pour les autres clientèles, cela ne semble pas le cas.

1.3.2 Pratique des ergothérapeutes

Sachant que les ergothérapeutes semblent impliqués dans l'évaluation et la thérapie en lien avec la réintégration professionnelle, un aperçu des quelques études sur la pratique ergothérapeutique en lien avec la réadaptation au travail sont présentées dans cette section.[161, 164-168, 171, 175-188] Généralement, les études sur la pratique des ergothérapeutes en lien avec la réintégration professionnelle sont qualitatives plutôt que quantitatives. En effet, quelques recherches descriptives ont permis de dresser un portrait sur la pratique actuelle dans certains pays. Les autres études répertoriées, en général de type qualitatif, ont permis d'explorer certaines interventions spécifiques.

Des études descriptives, par sondage national (Australie, Chine, États-Unis), ont été récemment effectuées auprès d'ergothérapeutes offrant des interventions en lien avec la réintégration professionnelle afin de dresser le profil de pratique.[175-177] Le Tableau VI (page 59) montre les principaux résultats de ces études sur la pratique des ergothérapeutes en lien avec la réadaptation au travail. Ces résultats ont été obtenus à l'aide d'un questionnaire auto administré développé par les équipes de recherche respectives. Le questionnaire utilisé par l'équipe australienne était une adaptation du questionnaire utilisé par les Américains. Ils ont été interrogés sur les d'interventions offertes (évaluation, thérapie) et le milieu où elles sont réalisées.

L'évaluation des capacités en regard du travail et celle de l'environnement et du poste de travail semblent les plus courantes. Par contre, l'évaluation du portrait professionnel pré-

arrêt de travail semble une pratique plus courante aux États-Unis qu'en Australie.[175, 176] Ceci peut possiblement s'expliquer par le fait que les ergothérapeutes américains sont davantage impliqués dans les étapes précédant un choix de carrière ou d'emploi. Par ailleurs, l'évaluation de la participation sociale au travail en milieu de travail est une pratique spécifique aux ergothérapeutes australiens.

La gestion de cas semble plus courante en Australie qu'aux États-Unis.[175, 176] Cette situation peut s'expliquer par le fait que la pratique australienne semble davantage utiliser le milieu de travail dans le processus de réadaptation au travail en impliquant un partenaire supplémentaire, l'employeur du travailleur.

Tableau VI Proportion d'ergothérapeutes réalisant des interventions reliées à la réadaptation au travail selon trois études effectuées en Australie, en Chine et aux États-Unis

Interventions / Auteurs, Année, Pays	Jundt & King, 1999 Etats-Unis (n=77) % E	Lo, 2000 Chine (n=21) % E	Deen et al., 2002 Australie (n=125) % E
Évaluation			
Capacités et incapacités en regard du travail	91	76	83
Portrait professionnel pré-arrêt de travail	73	-	32
Facilitateurs et obstacles de l'environnement et du poste de travail	94	76	85
Participation sociale et situation de handicap au travail en milieu de travail	-	-	96
Communication avec l'équipe et les partenaires			
Gestion de cas	45	-	81
Thérapie			
Exposition graduée au travail en milieu de travail	-	-	97
Thérapie de réadaptation fonctionnelle ou <i>work conditioning</i>	66-90	71-81	40
Enseignement des principes d'hygiène posturale / École de dos	75	-	-
Intervention sur l'environnement physique de travail			
Aménagement physique de l'environnement de travail et aides techniques	73-87	-	79-85

E : ergothérapeute

Il semble y avoir une différence entre les trois études en ce qui concerne le type de thérapie utilisé pour la réadaptation au travail. En effet, les ergothérapeutes australiens semblent privilégier davantage l'entraînement au travail directement dans le milieu de travail alors que les ergothérapeutes américains et chinois semblent systématiquement le faire en milieu artificiel à l'aide, par exemple, de la thérapie de réadaptation fonctionnelle ou du *work conditioning*. [175-177] Cette divergence de pratique s'apparente aux deux types de programmes opposés dans les programmes d'intégration et de réadaptation au travail décrits dans la section précédente (*Entraînement puis entrée au travail* ou *Entrée au travail puis entraînement*). [123, 124]

Il semble que les ergothérapeutes australiens et américains effectuent couramment l'aménagement de l'environnement et du poste de travail et fournissent des aides techniques pour le travail. [175, 176]

Les ergothérapeutes ayant participé à ces études desservaient une clientèle principalement ayant des déficiences musculo squelettiques suite à un accident de travail et ils provenaient principalement des milieux privés. Il est difficile de se prononcer sur la qualité des échantillons de convenance, car le nombre d'années d'expérience des participants n'était systématiquement pas spécifié par les auteurs sauf pour l'étude australienne. Les ergothérapeutes qui ont participé à l'étude réalisée en Australie avaient une expérience variant entre un et 15 ans (entre quatre et 11 ans pour plus de la moitié de l'échantillon). Bien que le sondage par questionnaire soit peu coûteux en temps et en argent et qu'il réduit le biais de désirabilité sociale en comparaison, par exemple, avec l'entrevue face à face, le taux de réponse peu élevé obtenu dans ces études rend la généralisation des résultats limitée. De plus, la participation aux différents sondages est peu élevée avec un taux variant de 30,7 à 51%. Par contre, il semble que l'équipe de recherche australienne a tout de même eu le souci de représentation des différentes régions du pays afin de favoriser la validité externe de ses résultats. Par ailleurs, un pré-test du questionnaire utilisé pour le sondage a

généralement été fait par l'équipe de recherche avec un ou plusieurs participants, avant de débiter l'enquête.

Quelques études descriptives sur les interventions de l'ergothérapeute en lien avec la réintégration professionnelle sont présentées.[152, 161, 164-168, 171, 178-185, 187-189] Ces études portent principalement sur l'évaluation des capacités en regard du travail, l'évaluation de l'environnement et du poste de travail, l'évaluation de la participation sociale au travail réalisée directement en milieu de travail et les différents types d'entraînements au travail.

La description de l'évaluation des capacités en regard du travail est la pratique de l'ergothérapeute qui semble avoir fait l'objet du plus grand nombre d'études.[167, 178-180] L'évaluation des capacités en regard du travail a été décrite dans l'étude qualitative de cas multiples de Innes & Straker (2002) réalisée par entrevue auprès d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes australiens (n=18/26 ergothérapeutes). Une description sommaire des caractéristiques de l'évaluation et du contexte dans lequel elle est utilisée y est présentée afin de nuancer les différentes formes d'évaluation des capacités en regard du travail (ex. : mises en situation de travail, batteries de tests commerciaux). La crédibilité (validité interne) des résultats de l'étude est compromise par le fait que le guide d'entrevue a été modifié tout au long de l'étude malgré le pré-test initial. La plupart des thérapeutes interrogés dans cette étude travaillaient en pratique privée (n=19/26) ce qui limite la généralisation des résultats au contexte québécois (transférabilité/validité externe). L'échantillon de l'étude était composé principalement de contacts personnels des auteurs ou d'ergothérapeutes reliés aux auteurs par un groupe d'intérêt ce qui introduit une menace à la transférabilité des résultats.

Une autre étude qualitative par cas multiples réalisée au Québec auprès d'ergothérapeutes (n=8) offrant des services de réadaptation sur une base externe à une clientèle diversifiée

(déficiência neurologique, musculo squelettique) a également porté sur la description de cette pratique, des variables mesurées, des modes de cueillette de données et des instruments de mesure utilisés.[167] La collecte de données a été réalisée par le même interviewer tout au long de l'étude ce qui favorise la crédibilité de l'étude (engagement prolongé). Le recrutement volontaire des participants relève davantage du hasard que dans l'étude de Innes & Straker (2002) étant donné qu'il s'est fait par des intermédiaires (ex. : chefs de programmes) sans sollicitation directe.[178] Les participants ont été recrutés dans plusieurs milieux représentant la pratique privée et publique, mais offrant exclusivement des services sur une base externe dans la région de Montréal ce qui peut à la fois favoriser et nuire à la transférabilité des résultats. Les données ont été analysées en fonction de modèles considérant la relation personne-environnement (ex. : Processus de production du handicap) regroupés et intégrés dans un processus d'évaluation théorique inspiré du raisonnement clinique triaxial de Flemming (1991).[15, 190, 191] Ce type d'analyse favorise la confirmation des résultats (données produites objectives).

Certains instruments de mesure utilisés pour l'évaluation des capacités en regard du travail et leurs qualités psychométriques ont été étudiés de façon plus spécifique.[181, 182] En effet, Innes & Straker (1999) ont analysé les qualités psychométriques (fidélité, validité) de 28 instruments de mesure reliés à l'évaluation des capacités en regard du travail (spécifiquement au plan moteur). La catégorisation du niveau d'évidence de fidélité et de validité des instruments de mesure a été faite à partir de la littérature disponible. Une évaluation critique de certains points précis (ex. : devis, échantillon) a permis une catégorisation à six niveaux (0 à 5). Il n'est pas mentionné clairement par les auteurs si l'analyse critique des instruments de mesure était faite par plusieurs juges ce qui pourrait être une limite de l'étude. En somme, les qualités psychométriques des instruments de mesure utilisés pour l'évaluation des capacités en regard du travail ont été jusqu'à maintenant peu concluantes, ce qui ne permet pas d'obtenir une décision éclairée sur la capacité d'un travailleur à effectuer un emploi spécifique.[181, 182, 192, 193] Toutefois,

l'évaluation des capacités en regard du travail semble permettre de documenter un niveau de performance de travail.[192]

Des recommandations afin de favoriser une pratique considérant davantage la relation personne-environnement (ex. : tenir compte des facteurs environnementaux du travail) et centrée sur le client (ex. : tenir compte de la perception du travailleur par rapport à ses capacités reliées au travail) ont été faites par Velozo (1993).[180] De plus, des recommandations ont été faites à l'égard d'une problématique au plan de l'étendue insuffisante des facteurs évalués reliés au travailleur (ex. : capacités et incapacités motrices seulement).[178, 183] En effet, les auteurs mentionnent que les capacités et incapacités reliées aux activités intellectuelles, de langage et du comportement ne sont pas documentées par les instruments de mesure utilisés pour l'évaluation des capacités en regard du travail. Ces recommandations ont alimenté le développement de nouveaux protocoles d'évaluation des capacités en regard du travail pour diverses clientèles comme les travailleurs cérébrolésés et ceux présentant de la douleur persistante.[168, 184]

L'évaluation de l'environnement et du poste de travail a été décrite dans l'étude de Innes & Straker (2002) et dans celle de Mercier (1998). Cette pratique semble toutefois avoir été peu explorée.[189] Par contre, Innes & Straker (2002) mentionnent l'importance d'une collaboration étroite entre l'employeur et l'ergothérapeute pour l'évaluation de l'environnement et du poste de travail. Par ailleurs, il semble que cette évaluation fournit des informations essentielles pour l'évaluation des capacités en regard du travail.[167, 178]

De plus, l'évaluation en milieu de travail de la participation sociale au travail a été décrite par des auteurs australiens et français.[167] Il semble que la principale différence entre les variantes de l'évaluation mentionnées dans une étude australienne (ex. : *workplace-based assessment* ou *on-the-job evaluation*, *work trial* ou *worksite evaluation*) réside dans la durée d'administration de l'évaluation (quelques heures ou deux à 12 semaines) et dans le

contexte d'intégration au travail (précède une exposition graduée au travail afin d'en faire la planification ou lorsque le travailleur est sans emploi) où elle est réalisée.[185] En France, le stage en entreprise ou en milieu ordinaire (marché du travail compétitif) a été développé et est utilisé avec une clientèle cérébrolésée afin d'évaluer le potentiel du travailleur et de déterminer les exigences d'un emploi compatible avec les capacités résiduelles du travailleur.[165, 166, 171] Cet essai en emploi dure de quelques jours à six mois selon un horaire de 30 heures par semaine. L'ergothérapeute se rend sur place au début, au milieu et à la fin du stage. L'évaluation de la participation sociale au travail décrite semble faite en collaboration avec l'employeur. Le stage est généralement précédé d'une préparation au travail (évaluation, thérapie) en milieu de réadaptation selon les auteurs.

L'étude qualitative par cas multiples de Bootes & Chapparo (2002) décrit les informations identifiées comme étant pertinentes à l'évaluation du travail par des ergothérapeutes australiens (n=20) chez une clientèle ayant subi un TCE.[164] Cette étude, examine l'évaluation de l'interaction entre les exigences de l'environnement de travail et les capacités et incapacités reliées aux comportements, au langage et aux activités intellectuelles directement dans le milieu de travail. Le spectre d'expérience de travail des participants de cette étude varie entre un à 20 ans ce qui favorise la transférabilité des résultats dans la population cible (ergothérapeute peu ou très expérimenté). La triangulation des perceptions des ergothérapeutes, en grand nombre favorise la crédibilité et la fiabilité (cohérence avec la réalité des participants et la population cible) des résultats.

En ce qui concerne la thérapie favorisant le retour au travail, le Retour Thérapeutique au Travail (RTT), développé au Québec pour la clientèle présentant de la douleur persistante, est une exposition graduée au travail en milieu de travail combinée en parallèle et de façon progressive avec d'autres modalités comme la thérapie de réadaptation fonctionnelle [adaptation de la thérapie de Mayer (*work hardening*)]. [151, 161] En Australie, l'exposition

graduée au travail en milieu de travail (*Suitable duties programs*) est aussi une pratique courante pour le retour à l'emploi de travailleurs ayant une blessure professionnelle.[187, 188]

En résumé, la pratique ergothérapique en lien avec la réadaptation au travail a été peu étudiée de façon systématique. Les quelques études révèlent que l'ergothérapeute est impliqué dans plusieurs interventions significatives dans la réadaptation professionnelle des travailleurs autant au plan de l'évaluation que de la thérapie. Les principales études consultées portent sur la description des interventions spécifiques et ponctuelles plutôt que sur le processus de soins et services comme tel. La littérature sur la pratique des ergothérapeutes en lien avec la réintégration professionnelle porte presque exclusivement sur la clientèle présentant des déficiences musculo squelettiques ou de la douleur persistante. Par ailleurs, les résultats des sondages ne permettent pas de savoir ce en quoi consistent les interventions de façon détaillée. En général, les résultats des différentes études ont été obtenus dans d'autres pays, ce qui ne représente pas spécifiquement la réalité du système de santé public du Québec en matière de réadaptation au travail. En effet, les échantillons de ces études sont composés principalement d'ergothérapeutes en pratique privée. Les différents biais notés dans les études peuvent compromettre la validité de certains résultats.

1.4 Problématique à l'étude et objectif de recherche

L'ergothérapeute joue un rôle important en réintégration professionnelle. Au Québec, il semble être l'un des intervenants clé de l'équipe de réadaptation où il peut influencer l'orientation et les décisions en regard du retour et du maintien au travail. La pratique ergothérapique est peu documentée en lien avec les processus de soins et services dans un contexte de retour et de maintien au travail. Les études portent principalement sur la

clientèle présentant de la douleur persistante, mais il semble que les travailleurs ayant subi un TCE modéré ou sévère représente une clientèle nécessitant un soutien significatif dans cette démarche contrairement au TCE léger. En effet, ces travailleurs retournent et maintiennent peu leur travail et présentent généralement des incapacités sur plusieurs plans lesquelles peuvent être persistantes. Par ailleurs, le système public de santé québécois implique plusieurs établissements de réadaptation, donc possiblement plusieurs ergothérapeutes, dans la prise en charge de certaines clientèles comme les travailleurs ayant subi un TCE modéré ou sévère. Il est important de vérifier si la pratique des ergothérapeutes auprès de cette clientèle favorise les conditions considérées favorables au succès de retour et de maintien au travail en fonction de la réalité québécoise du système de santé afin de s'assurer que le travailleur ayant subi un TCE bénéficie de soins et services d'ergothérapie maximisant ses chances de retourner sur le marché du travail

Cette étude exploratoire a donc pour objectif de décrire la pratique des ergothérapeutes québécois en fonction des différents types de services post-hospitaliers (ex. : internes, externes) dans un contexte de retour et de maintien au travail chez les travailleurs ayant un TCE modéré ou sévère.

2. Méthodologie

Le présent chapitre expose les éléments méthodologiques choisis pour atteindre l'objectif de recherche. Le devis de recherche, l'échantillon et son recrutement sont décrits puis la procédure est illustrée par la suite. Enfin, les critères de rigueur scientifique sont présentés suivis des considérations éthiques et déontologiques.

2.1 Devis

Un devis qualitatif a été retenu.[194]

2.2 Échantillon

2.2.1 Sujets et sites de recherche

Un échantillon de convenance de centres de réadaptation québécois (n=6) composé d'ergothérapeutes (n=23) a été constitué. L'un des ergothérapeutes a dû abandonner sa participation à l'étude pour cause personnelle de santé ce qui a réduit l'échantillon (n=22). L'ergothérapeute devait être membre d'une équipe de réadaptation à l'intérieur d'un programme TCE d'un centre de réadaptation québécois. Il devait, au cours des deux dernières années, avoir offert des services d'ergothérapie à au moins trois travailleurs ayant subi un TCE modéré ou sévère et ce, depuis leur admission jusqu'au congé, dans le but ultime de son retour et de son maintien au travail. Pour cette étude, le travail correspond à l'emploi antérieur, rémunéré et compétitif, et le milieu naturel, à un ensemble de milieux (ex. : domicile, communauté, milieu de travail).

2.2.2 Recrutement

Le recrutement des ergothérapeutes a été réalisé en octobre 2005. Une invitation et un document sommaire explicatif de l'étude ont été envoyés par courrier électronique à l'intention des ergothérapeutes par l'intermédiaire des coordonnateurs de la recherche et des chefs de programme TCE de plusieurs établissements de réadaptation québécois (n=9). Les ergothérapeutes ayant jugé répondre aux critères d'inclusion et intéressés à avoir davantage d'information sur le projet ou à participer à l'étude ont acheminé un coupon-réponse à l'équipe de recherche par courrier électronique. La réponse aux critères d'inclusion n'a pas été vérifiée formellement auprès des participants ou des chefs de programmes par l'équipe de recherche. Par contre, l'autorisation à participer au projet émise par le chef de programme de même que la discussion des participants avec l'équipe de recherche ont permis de s'assurer qu'ils comprenaient bien les critères et qu'ils y répondaient. L'équipe de recherche a communiqué par téléphone avec les ergothérapeutes intéressés pour répondre à leurs questions et pour planifier une rencontre d'information détaillée sur l'étude. Une rencontre d'une heure durant le quart de travail des ergothérapeutes a eu lieu dans chacun des établissements (n=6) ayant signifié une convenance institutionnelle. Celle-ci a servi à expliquer aux ergothérapeutes les exigences d'une participation à l'étude. Le formulaire d'information et de consentement (annexe I) a été signé lors de cette rencontre par les participants. Une date pour la tenue du groupe de discussion a alors été fixée quatre semaines plus tard.

2.3 Procédure

La démarche complète qui a été réalisée afin d'atteindre l'objectif de recherche est schématisée à la figure 1 (page 70).

2.3.1 Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée entre octobre 2005 et février 2006. Un formulaire de renseignements personnels a été complété par chaque participant (annexe II). Un groupe de discussion d'environ trois heures a été réalisé dans chacun des six centres de réadaptation participants durant le quart de travail des ergothérapeutes. Ces groupes ont été animés par un membre de l'équipe de recherche assisté par un observateur. En respectant les principes de la dynamique des groupes, la discussion a été semi dirigée à l'aide d'un guide d'entrevue comportant des questions ouvertes inspirées de la littérature et de l'expérience clinique (annexe III).[195, 196] Les principales questions posées ont été affichées à l'aide d'un projecteur multimédia pour faciliter les échanges et favoriser la continuité du discours. Les discussions ont été enregistrées sur bandes audio et vidéo et des notes cursives ont été prises durant les rencontres. Un journal de bord a été tenu tout au long de l'étude afin d'y inscrire les ajustements faits en cours de route et les décisions prises en équipe. Par ailleurs, le journal a été utilisé par le membre de l'équipe qui animait les groupes de discussion lors de chaque séance afin de recueillir des renseignements sur les milieux de travail des participants favorisant la compréhension des résultats et son interprétation.

2.3.2 Analyse des données

Cette section décrit chacune des étapes de l'analyse des données : saisie des données qualitatives/quantitatives et vérification de la saisie qualitative, codage mixte des données qualitatives et vérification par contre codage et synthèse des données qualitatives/quantitatives.

La saisie des données quantitatives obtenues du formulaire de renseignements personnels a été faite dans un chiffrier électronique par l'un des membres de l'équipe de recherche.

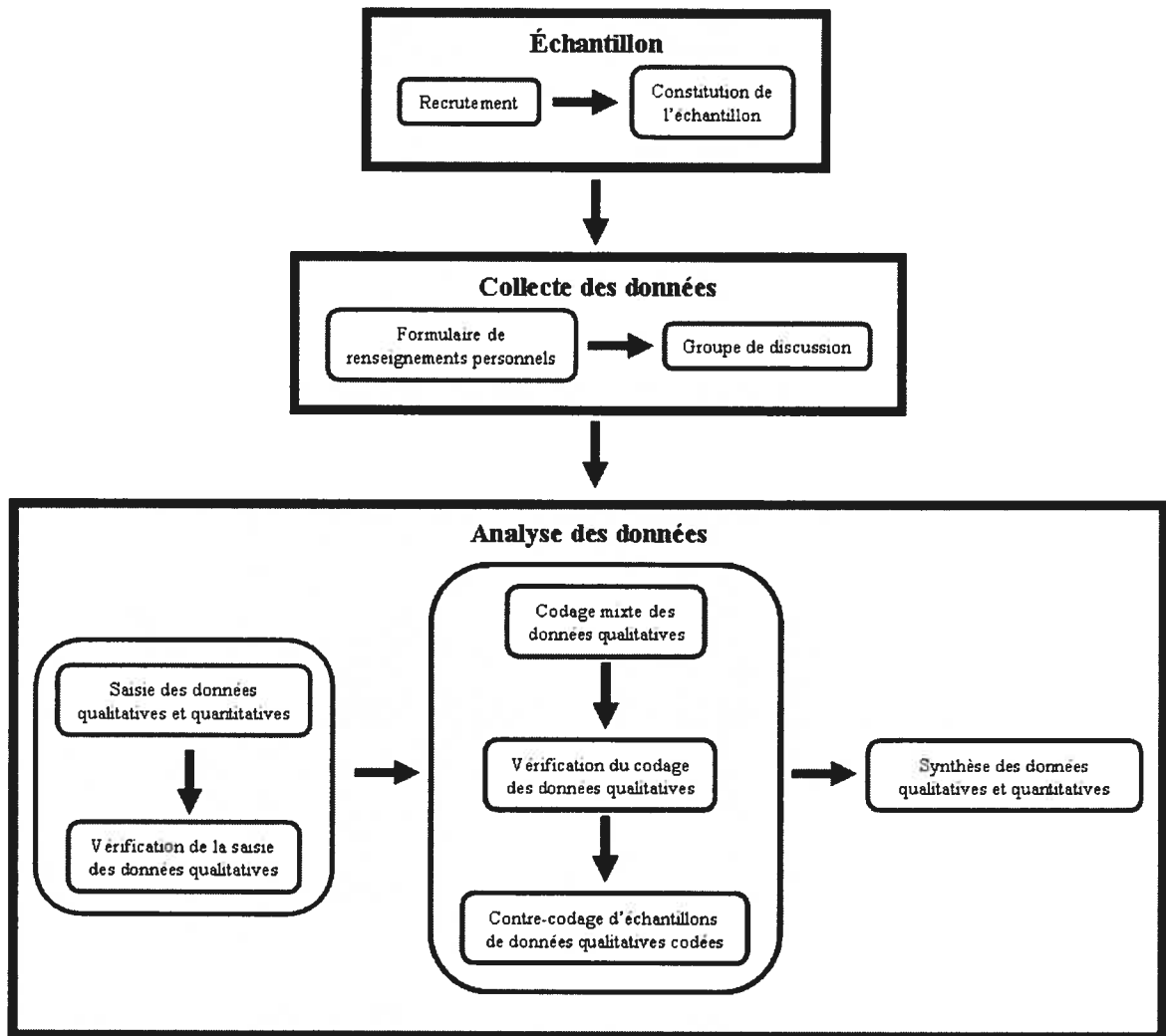


Figure 1. Étapes et démarche de l'étude

Au plan qualitatif, le contenu des enregistrements audio et vidéo a été saisi par transcription des verbatim. L'exactitude de cette transcription a été vérifiée par un membre de l'équipe de recherche afin de s'assurer qu'aucune interprétation de l'information n'avait été faite. Par la suite, un codage mixte à l'aide du logiciel d'analyse de données qualitatives QSR NVivo[®] version 2.0 a été fait (annexes IV et V). Un contre codage de deux échantillons des

verbatim a été fait par les membres de l'équipe pour s'assurer de la fiabilité du codage et de l'absence d'interprétation de l'information.

L'analyse de contenu thématique a été retenue comme stratégie d'analyse des données.[197] Des catégories déterminées a priori ont été identifiées à partir d'un cadre conceptuel (annexe VI). De nouveaux codes (catégories) ont été ajoutés à l'arbre de codage (cadre conceptuel) afin de traiter l'ensemble du contenu émergent de l'étude. Le *Modèle d'évaluation en regard du travail* développé par Dutil et al. (1998), tel qu'illustré à la figure 2 (page 72), a été utilisé comme cadre conceptuel pour décrire le processus de soins et services des ergothérapeutes visant le retour et le maintien au travail à travers les différentes phases et étapes d'interventions et leur séquence respective.[98] Ce modèle a été choisi parmi plusieurs approches d'intégration et de réadaptation au travail existantes étant donné que les critères associés au succès de retour et de maintien au travail retenus dans la littérature y ont été intégrés (ex. : *précocité, écologie, approche centrée sur le client*). De plus, ce modèle tient compte de la réalité du système de santé québécois.

Le *Modèle d'évaluation en regard du travail* est inspiré d'une analyse de différentes approches reliées au développement professionnel ainsi qu'à l'intégration et à la réintégration au travail. Le programme *Supported employment* a particulièrement influencé son développement.[198] Le modèle propose que le processus de soins et services visant le retour et le maintien au travail comportent trois grandes phases, soit : 1) la phase *Préparation au travail*, 2) la phase *Entrée et maintien au travail* et 3) la phase *Suivi continu à long terme*. À l'intérieur de ces phases se trouve huit étapes. Par exemple, la phase *Préparation au travail* est constituée de cinq étapes : 1) *Préalables au travail*, 2) *Emplois compatibles*, 3) *Recherche d'un travail*, 4) *Analyse du travail* et 5) *Obtention du travail*. Il faut noter que la première phase peut s'étendre de la réadaptation précoce (services hospitaliers) jusqu'à la réintégration sociale (services post-hospitaliers externes) du système de santé québécois. De plus, certaines étapes à l'intérieur des phases peuvent se

chevaucher ou même ne pas être nécessaires selon les besoins du travailleur TCE. Par exemple, les étapes 1) *Préalables au travail* et 2) *Emplois compatibles* peuvent être réalisées en parallèle alors que les étapes 3) *Recherche d'un travail*, 4) *Analyse du travail* et 5) *Obtention du travail* peuvent être réalisées seulement si le travailleur est sans emploi.

Le contenu du journal de bord a été analysé afin d'établir les caractéristiques similaires et différentes entre les différents milieux de travail des participants et de nuancer les résultats obtenus au codage à partir du cadre conceptuel.

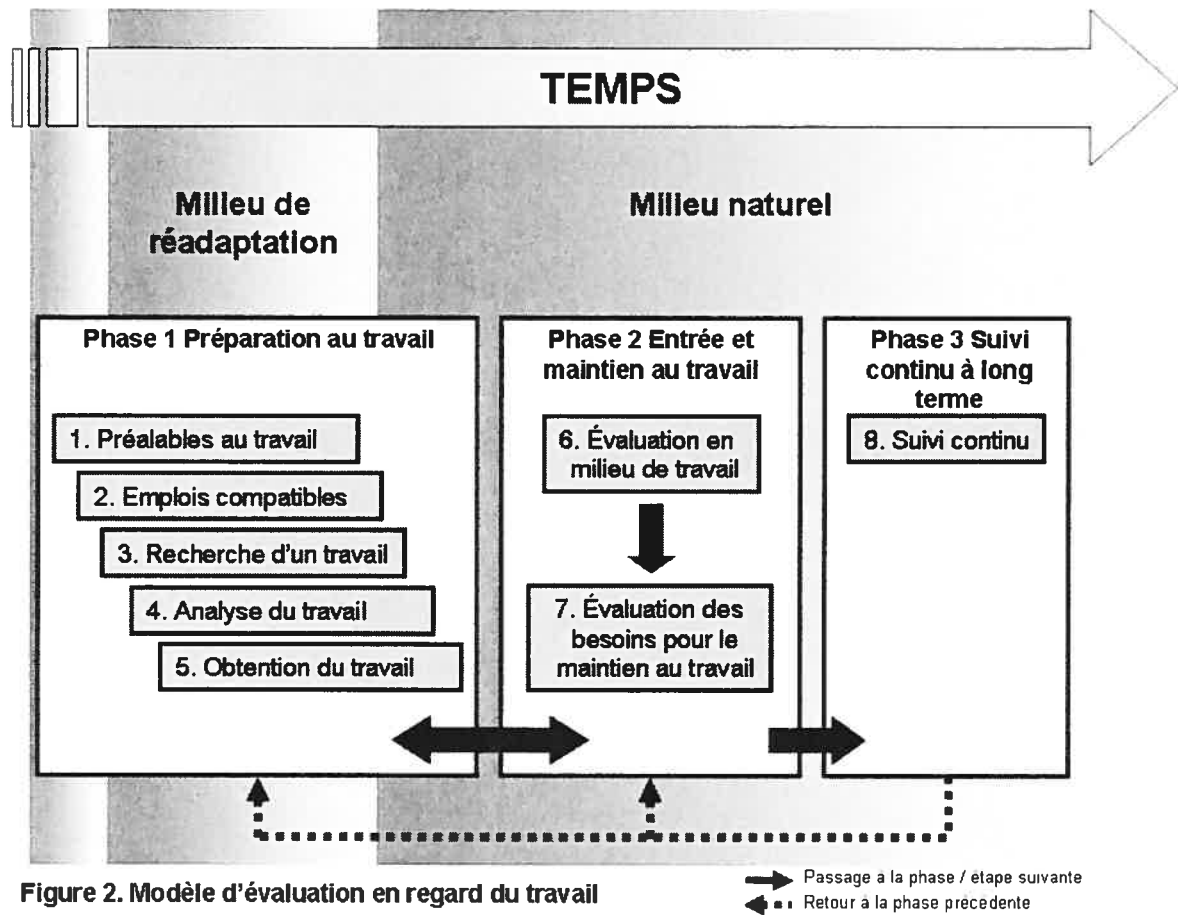


Figure 2. Modèle d'évaluation en regard du travail

2.4 Critères de rigueur scientifique

La rigueur de cette étude qualitative a été assurée par les critères méthodologiques: crédibilité, transférabilité, confirmation et fiabilité et les différents moyens associés tels qu'énumérés au Tableau VII (page 73).[199]

Tableau VII Critères méthodologiques et moyens

Critères méthodologiques	Définition sommaire	Moyens utilisés
Crédibilité (validité interne)	Degré de concordance entre le sens que l'équipe de recherche a attribué aux données recueillies et sa plausibilité telle que perçue par les participants de l'étude.	<ul style="list-style-type: none"> •Engagement d'un des membres de l'équipe dans toutes les étapes de l'étude; •Triangulation des données (deux à sept ergothérapeutes comme source d'information par site (n=6), une méthode de collecte des données);
Transférabilité (validité externe)	Adaptation possible des résultats de l'étude, aidant l'utilisateur des résultats de l'étude à mieux comprendre son contexte.	<ul style="list-style-type: none"> •Description riche des milieux et du contexte où se déroule l'étude; •Description des caractéristiques de l'échantillon; •Tenue du journal de bord.
Fiabilité (fidélité)	Cohérence entre les résultats et le déroulement de l'étude.	<ul style="list-style-type: none"> •Triangulation des données (deux à sept ergothérapeutes comme source d'information par site (n=6), une méthode de collecte des données); •Tenue du journal de bord.
Confirmation	Objectivation des données recueillies.	<ul style="list-style-type: none"> •Vérification des données et de l'interprétation de celles-ci par les autres membres de l'équipe; •Tenue du journal de bord.

2.5 Considérations éthiques et déontologiques

La présente étude a obtenu l'approbation du comité d'éthique du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain en octobre 2005 (annexe VII).

La convenance institutionnelle a également été obtenue dans les différents établissements (n=6) participants à l'étude.

Afin d'assurer la confidentialité et l'anonymat, un code numérique a été assigné à chaque groupe, à chaque participant et à chaque document s'y rattachant. Seuls les membres de l'équipe de recherche mentionnés en rubrique du formulaire d'information et de consentement ont accès aux données nominatives. Aucune information nominative n'a été ni ne sera transmise à un tiers sans le consentement du participant, à moins que la loi n'y oblige l'équipe de recherche. Les enregistrements audio et vidéo sont gardés sous clé en tout temps au bureau de l'équipe de recherche et seront détruits à la date d'échéance de conservation de cinq ans. Les résultats générés par la présente étude ne feront pas mention de l'identité des participants lors de publications ou de conférences.

3. Article

Occupational therapy practice aimed at returning to work persons with moderate or severe traumatic brain injury

Caroline Lachapelle, M.Sc. (cand.), OT

Master's degree student

School of Rehabilitation, Faculty of Medicine

Université de Montréal

Montreal, Quebec, Canada

Occupational therapist

Centre montréalais de réadaptation

Programme adulte régional en
traumatologie

St-Hyacinthe, Quebec, Canada

Elisabeth Dutil, M.Sc., OT

Director and full professor

School of Rehabilitation, Faculty of Medicine,

Université de Montréal

Montreal, Quebec, Canada

Researcher

Centre for Interdisciplinary Research in
Rehabilitation of Greater Montreal

Montreal, Quebec, Canada

Bonnie R. Swaine, Ph.D., PT

Associate professor

School of Rehabilitation, Faculty of Medicine,

Université de Montréal

Montreal, Quebec, Canada

Researcher

Centre for Interdisciplinary Research in
Rehabilitation of Greater Montreal

Montreal, Quebec, Canada

Caroline Lachapelle was supported by studentships from the Faculty of Graduate Studies of l'Université de Montréal and the Fond d'Investissement des Cycles Supérieurs de l'Université de Montréal.

3.1 Abstract

Occupational therapists (OTs) play an important role in the provision of services related to successful return to work following traumatic brain injury (TBI). However, there has been little documentation of OT practice in this context. **Objective:** Describe OT practice in different facility types providing services aimed at a return to work for workers with moderate or severe TBI. **Design:** Qualitative study. **Setting:** Six rehabilitation facilities providing in and out-patient services in Quebec, Canada. **Participants:** 22 OTs. **Measures:** Focus groups were conducted to obtain detailed information about OT practice. **Results:** OTs working in all facility types provide a phase of work preparation to some degree, but in varying sequences. Work re-integration appears to be limited to OTs working in facilities providing out-patient services and to those providing both in and out-patient care. On-going support services are not typically offered. **Conclusion:** OT practice varies according to facility type. It generally includes work preparation and re-integration phases but long term follow-up is lacking.

Key words: Brain injury; Occupational therapy; Rehabilitation, Vocational; Work; Qualitative research.

3.2 Introduction

One of the main concerns of rehabilitation therapists is how to help workers who have suffered a traumatic brain injury (TBI) return to work and retain their jobs. Many factors can influence their chances for a successful return to work. Some of these are impairments associated with personal factors, activity limitations and participation restrictions in life situations, while others relate to environmental barriers. Significant movement-related and mental impairments limit return to work, but it appears that mental impairments are a greater obstacle.[1,2,3,4] Executive dysfunctions can cause participation restrictions in the TBI worker's general life situations.[1,5,6,7,8,9,10] Indeed, difficulties encountered in planning, self-regulating, making decisions and exercising judgment are considered particularly critical.[11] Participation restrictions in non-work life situations (e.g., driving, personal care) can be another significant indicator of participation restrictions at work for persons with a TBI.[1] In addition, several physical, social and attitudinal environmental factors can also influence the successful of return to work. Among these are those indirectly associated with work (e.g., general social support or social security policies, unemployment insurance payments, disability benefits during rehabilitation). Among the factors directly associated with work, key actors (e.g., colleagues, the employer, family and friends, community services) play an important role in worker support.[3,12,13] Finally, rehabilitation services are one of the environmental factors that can influence worker's chances of successfully returning to work and retaining their jobs.[3,12,14,15,16]

With regards to rehabilitation services, certain criteria have been identified and positively associated with success in returning to work and retaining a job for all clientele (e.g. persons with mental disorders, back pain, TBI). For example, vocational interventions must begin soon after a TBI and continue as long as the person has a role in the workplace (*early intervention* criterion, *continuity* criterion).[17,18,19,20] At the start of the process, interventions must pay particular attention to the significant others in the TBI worker's life

(e.g., friends, family, employer, colleagues). During the rehabilitation process and depending on changes in the TBI worker's health condition, the worker should gradually get involved in his or her own rehabilitation. The worker should also actively participate in the development of the rehabilitation intervention objectives (*client-centred approach* criterion).[17,20,21] According to some, interventions should be offered in the worker's living environments and workplace from the very outset of the process (*ecological approach* criterion, *early intervention* criterion).[18,19,20,22,23,24] A qualified and specialized rehabilitation team should also provide appropriate and optimal rehabilitation conditions (*team quality* criterion, *training* criterion) according to the specific client group and services offered.[3,4,17] Finally, the context of the rehabilitation itself and the partnership developed among key actors in the process (e.g., hospital and post-acute rehabilitation services, the employer, family and friends) should encourage fast and efficient management of the interventions (*coordination* criterion, *continuity* criterion).[19,20,23] Universal *accessibility* to work rehabilitation services is another important criterion.

These criteria, considered important for fostering a successful return to work and job retention, have been integrated into a model used to evaluate Quebec rehabilitation programs providing vocational evaluation of client groups with severe injuries, including TBIs.[25] The structure and the evaluation process of 21 programs, of which 13 offer TBI services (e.g., hospital-based specialized trauma care, in-patient rehabilitation, out-patient rehabilitation) were examined using this model. This study demonstrated that programs existing at that time only moderately addressed the criteria. Indeed, the rehabilitation programs gave either moderate or little to no consideration to early interventions related to return to work. In addition, the interventions sometimes took place in the real life setting, or did so little or not at all. The transmission of information about work was moderately efficient during the process. However, the personalized interventions that were little or not

at all, for the worker. The rehabilitation programs gave little or no consideration to the continuity of the vocational rehabilitation interventions.

The report by Dutil et al. (1998) also demonstrated that, in Quebec programs, the occupational therapist (OT) was the professional most involved in vocational evaluations. Since OTs play an important role on the rehabilitation team, they can act as a case manager and influence the direction taken and decisions made by the team regarding a return to work and job retention. It is therefore important to verify if this practice truly fosters conditions and criteria associated with a successful return to work and job retention. However, OT practice has not been well documented in terms of the services provided in the context of return to work and job retention.[26,27,28,29]

The goal of this exploratory study was to describe the actual practice provided by Quebec's OTs in facilities offering different types of post-acute rehabilitation services (e.g., in-patient rehabilitation, out-patient rehabilitation) to workers who had suffered a moderate or severe TBI in terms of their return to work and job retention.

3.3 Methods

3.3.1 Design

This study employed a qualitative design.[30]

3.3.2 Subjects and settings

A convenience sample was formed of OTs (n=22). The OTs, working in centres across the province of Quebec, Canada, had to be members of a rehabilitation team within a TBI program providing in-patient services (*In-pt.*), out-patient services (*Out-pt.*) or both in-

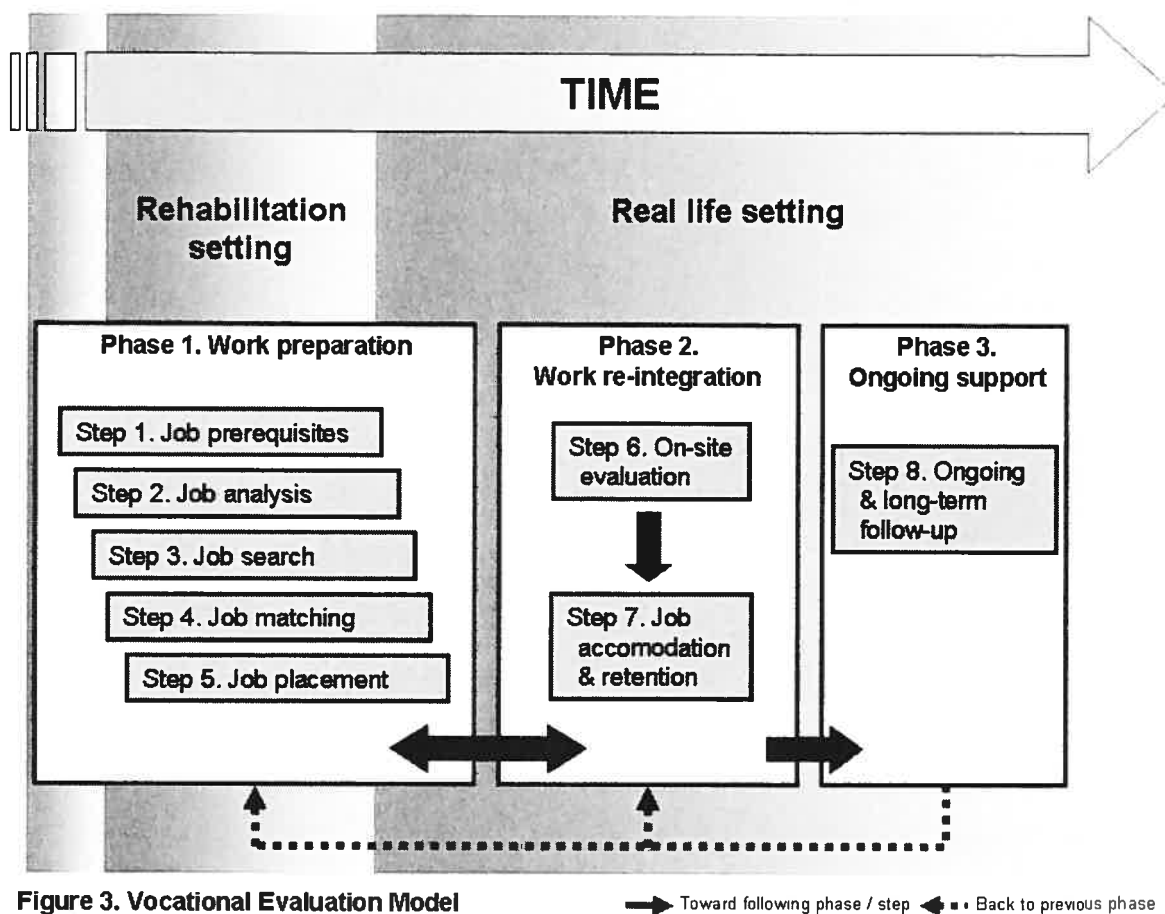
patient and out-patient services (*In/Out-pt.*). Within the previous two years, they had to have provided OT services to at least three workers who had sustained moderate or severe TBI, from admission to discharge, with the ultimate goal of a return to work and job retention. For the purposes of this study, work refers to prior paid employment in a competitive position, and a real life setting refers to a variety of settings (e.g., in the home, the community or work environment) where OTs could provide services.

3.3.3 Procedures

Data were collected between October 2005 and February 2006. A focus group was held for approximately three hours in each of the centres during the OTs regular working hours. A member of the research team coordinated these groups, assisted by an observer. Drawing on the principles of group dynamics, the discussions were semi-directed using an interview guide of open-ended questions inspired by the literature and by clinical experience.[31,32] The main questions were presented by a slide show to foster discussion and encourage conversation. The discussions were recorded on audio and video tapes, and written notes were taken during the focus groups. Entries were made in a logbook to complete the information on the participants and their work environments.

3.3.4 Analysis

The content of the audio and video recordings was transcribed, and the accuracy of the transcriptions was verified by a research team member. A mixed coding was then made of the transcripts using QSR NVivo© Version 2.0 software for qualitative data analysis. Two samples of coded transcripts were recoded by other members of the team to ensure coding reliability.



A thematic content analysis was conducted. The *Vocational Evaluation Model*, developed by Dutil et al. (1998) and illustrated in figure 3 (page 81), was used as a conceptual framework to describe the processes of care and the interventions used by OTs assisting workers to return to work and retain their job. The model features different intervention phases and steps and their respective sequencing.[25] The model was selected from several existing integration and rehabilitation frameworks (n>20) because it integrates the criteria reported in the literature on successful return to work and job retention. In addition, this model takes into account the context of the Quebec health care system. The *Vocational Evaluation Model* was inspired by an analysis of different approaches to vocational

development as well as to work integration and re-integration. The *Supported Employment* program particularly influenced the model's development.[34]

The model suggests that the care process for return to work and job retention is comprised of three main phases: 1) *Work preparation* phase, 2) *Work re-integration* phase, and 3) *Ongoing support* phase. These three phases consist of eight steps. For example, the *Work preparation* phase is comprised of five steps: 1) *Job prerequisites*, 2) *Job analysis*, 3) *Job search*, 4) *Job matching*, and 5) *Job placement*. In the Quebec health care system, the first phase can extend from early acute care rehabilitation to community and vocational re-integration (out-patient services). In addition, some steps in each phase can overlap or even be unnecessary, depending on the TBI worker's particular needs. For example, the steps *Job prerequisites* and *Job analysis* can take place at the same time, while *Job search*, *Job matching* and *Job placement* only occur if the worker is unemployed.

3.4 Results

3.4.1 Characteristics of the occupational therapists

The characteristics of the participating OTs are presented in Table VIII (page 83). Three therapists offered only in-patient services (*In-pt.*), 12 offered only out-patient services (*Out-pt.*) and seven provided both in and out-patient care (*In/Out-pt.*). The majority of them worked with TBI patients of varying severity (e.g. mild, moderate, severe) insured through Quebec's public health insurance program or other private insurance.

Table VIII. Characteristics of OTs working with TBI persons in rehabilitation centres providing different types of care (n=22)

Characteristics	Types of care		
	<i>In-pt.</i> (n=1 RC; n=3 OTs)	<i>Out-pt.</i> (n=4 RC; n=12 OTs)	<i>In/Out-pt.</i> (n=1 RC; n=7 OTs)
Mean age (years \pm SD)	32.0 \pm 4.0	34.0 \pm 6.0	34.3 \pm 8.4
Median (years)	32.0	33.0	33.0
Years of clinical experience			
Mean (years \pm SD)	8.3 \pm 4.1	9.8 \pm 4.9	11.4 \pm 8.5
Median (years)	6.5	10	10
Range	5.5 – 13.0	3.0 – 17.0	3.0 – 29.0
Years of experience with TBI workers			
Mean (years \pm SD)	4.3 \pm 3.4	6.1 \pm 4.9	6.6 \pm 3.7
Median (years)	6.0	8.0	5.0
Range	0.4 – 6.5	1.0 – 15.0	1.3 – 12.0

In-pt.: In-patient rehabilitation (subacute rehabilitation); *Out-pt.*: Out-patient rehabilitation (community-based and vocational rehabilitation); *In/Out-pt.*: In-patient and out-patient rehabilitation (subacute, community-based and vocational rehabilitation); RC: rehabilitation centre; OT: occupational therapist; SD: standard deviation; TBI: traumatic brain injury.

3.4.2 Description of the occupational therapists' practice

The practice of OTs is reported in the following manner. First, it is illustrated by the type of services provided in the participating institutions (*In-pt.*, *Out-pt.* or *In/Out-pt.*). As part of the Quebec's Trauma Care Continuum (TCC), the main goals of in-patient rehabilitation are to help TBI clients develop residual integrity and learn how to compensate for movement-related and mental impairments and those impairments related to temperament and personality.[35] The objective of out-patient care is to support the person who sustained a TBI in a return to optimal participation in life situations, such as work.[35] Facilities providing *In/Out-pt.* service differ from the other two in that the objectives are broader including objectives of both, with the same therapist offering these same both services. The OT practice is also illustrated as a function of the phases and steps in the *Vocational Evaluation Model*. Presenting the results in this way allows the appreciation of the common ground between OT practice and the model's different phases and steps (see

figures 4, 5 and 6, pages 85-87). The grey boxes represent the steps and the interventions are represented by white round-cornered rectangles inside the grey boxes, all of which are part of the model. If the grey boxes are empty, none of the steps and the corresponding interventions are carried out by the OTs. The figures also illustrate the steps and interventions carried out that are not part of the model. These are indicated by the white round-cornered rectangles outside of the grey boxes. Finally, the figures show how the interventions are sequenced (e.g. direction of the arrows) and where they are carried out (e.g. white round-cornered rectangles with dotted line represents an intervention carried out in real life settings). Finally, to simplify comparisons of the figures, Tables IX and X (pages 92, 98) list the interventions used in the *Work preparation* and *Work re-integration* phases, respectively and indicate the similarities and differences between the different types of services. The various interventions (e.g., evaluation, therapy) are defined in Appendix A. Selected verbatim from the OTs is presented in italics to support the results.

OT practice generally concords with the model, particularly in *Out-pt.*, while *In-pt.* practice present some gaps. In fact, OTs offering *Out-pt.* and those offering *In/Out-pt.* rehabilitation complete only part of the *Work preparation* phase but all of the *Work re-integration* phase (see figures 5 and 6, pages 86-87). Figure 4 (page 85) shows that only the *Work preparation* phase is partially completed by OTs offering *In-pt.* services. The *Ongoing support* phase is not provided in any of the facilities.

3.4.2.1 *Work preparation* phase

In this phase, OTs in *Out-pt.* facilities carry out step 1 (*Job pre-requisites*) and step 2 (*Job analysis*) in their entirety as part of a return to a former job. OTs in *In/Out-pt.* carry out almost all of these steps (see figures 5 and 6, pages 86-87). OTs in *In-pt.* carry out part of step 1 and sometimes some step 2 interventions (see figure 4, page 85). None of the OTs interviewed carried out step 3 (*Job search*), step 4 (*Job matching*) or step 5 (*Job placement*)

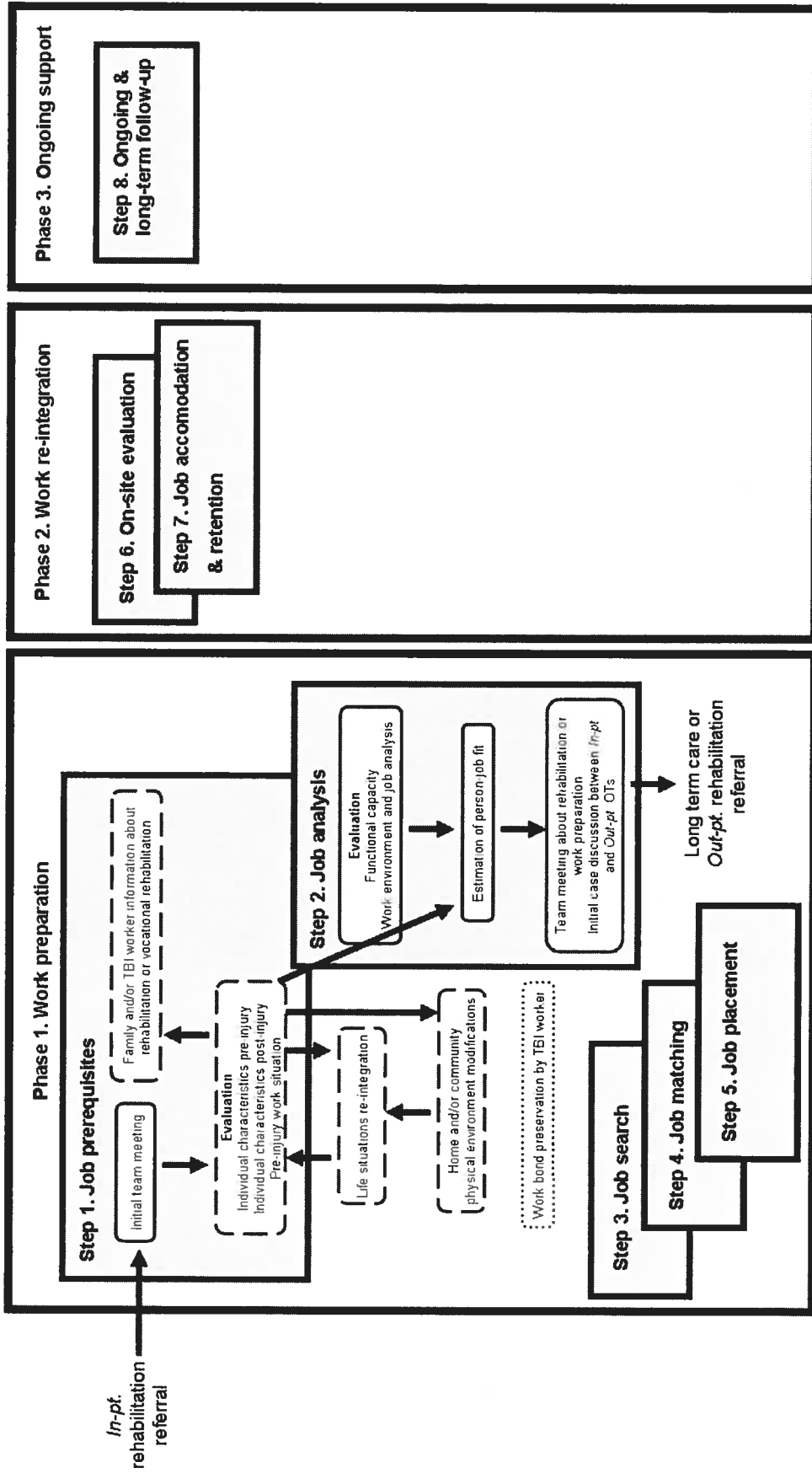


Figure 4. In-patient OT practice conducted in rehabilitation and real life settings presented according to three phases of the Vocational Evaluation Model

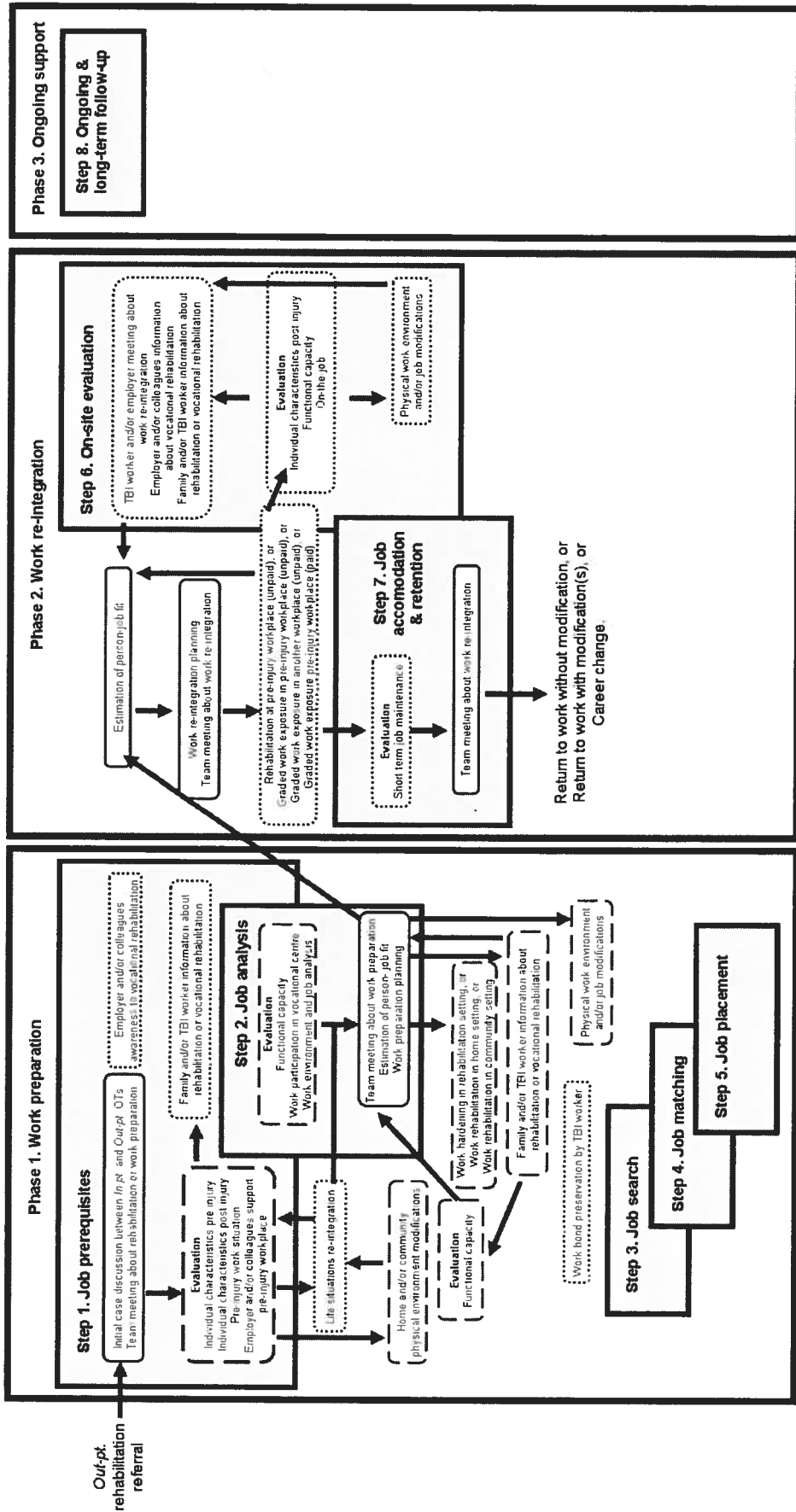


Figure 5. Out-patient OT practice conducted in rehabilitation and real life settings presented according to three phases of the Vocational Evaluation Model

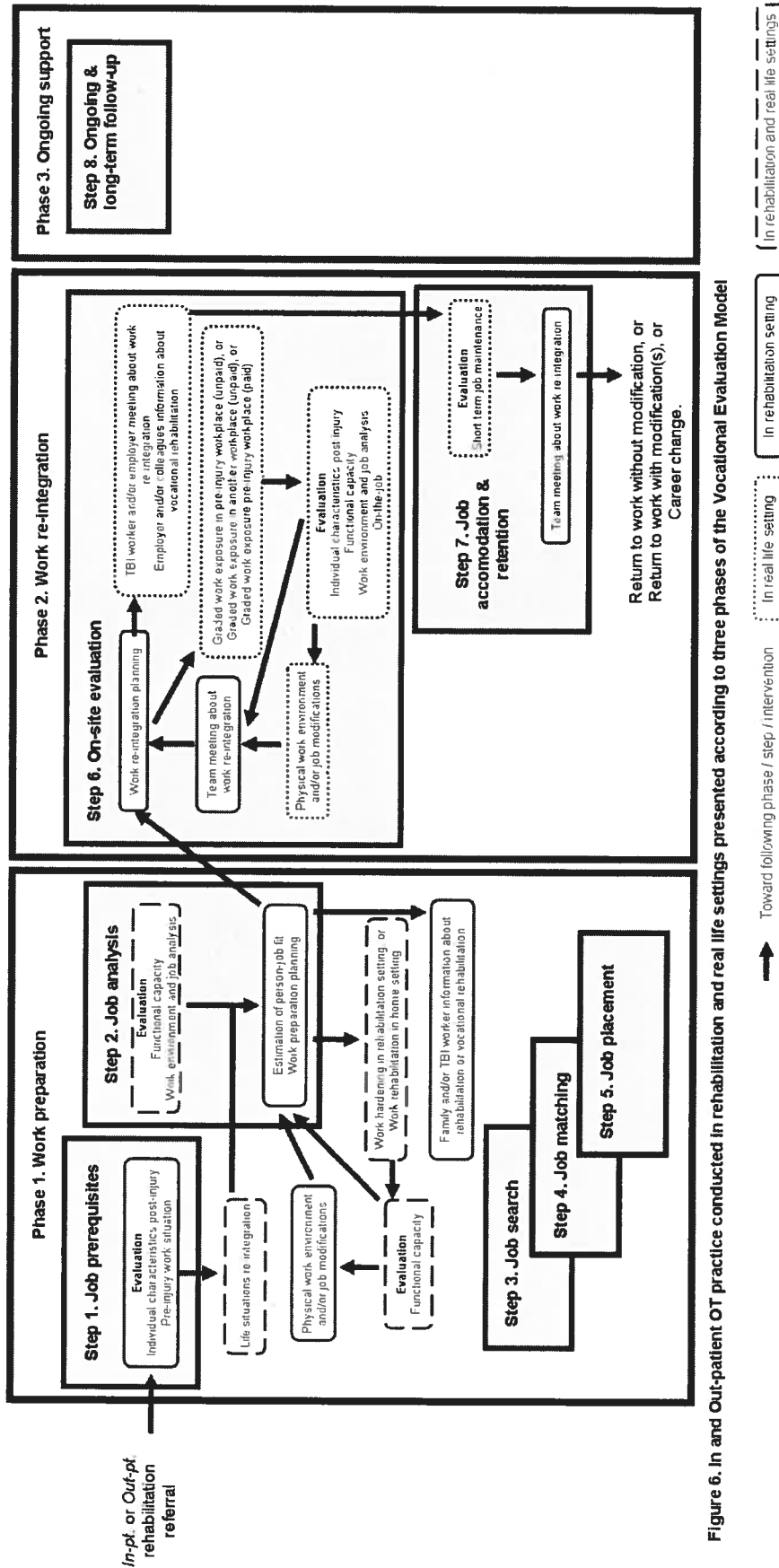


Figure 6. In and Out-patient OT practice conducted in rehabilitation and real life settings presented according to three phases of the Vocational Evaluation Model

as shown by the empty grey boxes (see figures 4, 5 and 6, pages 85-87). As well, in the *Work preparation* phase, OTs in all three types of services carried out steps or interventions not included in the model. These are illustrated as being outside the grey boxes of steps 1 to 5 by the white round-cornered rectangles (see figures 4, 5 and 6, pages 85-87).

With respect to step 1 (*Job prerequisites*), once the therapist is acquainted with the individual characteristics pre and post-injury (e.g., impairments, activity limitations, participation restrictions, environmental facilitators and barriers) and has discussed them with the other rehabilitation team members, the brain-injured person is trained and re-integrated into problematic life situations (e.g., self care, domestic and community life). These life situations are systematically and progressively used according to a hierarchy established on the basis of their complexity as mentioned by some OTs during a focus group:

"[...] when a TBI worker tells me that he wants to go back to work but there are tasks he isn't doing at home [...] Let's just say that, it's one step at a time. You begin with personal, domestic and community activities, then you go to work [...]"

In step 2 (*Job analysis*), in *Out-pt.* and *In/Out-pt.* the preparation for an eventual return to work is generally carried out before the worker is re-integrated into his or her former workplace. During this preparation in *Out-pt.* and *In/Out-pt.* rehabilitation, functional capacity evaluation (e.g. body functions and activities related to work) is repeated to document the worker's progress and the test results are usually presented to the TBI worker. Some OTs mentioned that in *Out-pt.* care, family members also receive this information. Some steps are used to start reorganizing the person's work environment or work station at this point in time (e.g. getting prices from suppliers of ergonomic equipment, making physical changes to the work station, changing material or equipment used by the worker). Some instruction can also begin here (e.g., principles of energy

conservation, postural hygiene, compensation techniques). Some OTs in *In-pt.* and *Out-pt.* facilities mentioned that this period of preparing to return to work allows them to encourage the TBI worker to socialize with work colleagues in informal activities (e.g., having lunch with colleagues) and become reacquainted with the work environment to preserve the work bond.

In general, the sequence of interventions in step 1, *Job prerequisites*, seems similar in *In-pt.* and *In/Out-pt.* facilities. This is illustrated in the figures by the direction of the arrows between the white round-cornered rectangles. Re-integrating the TBI worker into non-work related life situations is usually the first concern of all OTs, before undertaking any sort of work-related intervention (with the exception of some OTs in *Out-pt.* practice, who made their initial contact with the employer a few weeks after admission and during the initial evaluation (figures 4, 5 and 6, pages 85-87).

"[...] during the first contact with the employer [...] from the very beginning, knowing that the client will not be able to return to the same work, "Are there any other tasks he can do?" So, maybe you can list tasks in the workplace, that the worker may be able to do. [...] to see what kind of employee he was. [...] Ask the employer if he is open to collaborating with the rehabilitation in the workplace, [...] and an unpaid graded work exposure in the workplace. "Has the work bond been preserved? Is his position still available?" [...]"

The sequence of interventions carried out in step 2 (*Job analysis*) is different across service types. Generally speaking, the evaluation of the work environment and the job analysis begin during the in-patient rehabilitation of the *In/Out-pt.* facilities. This is done concurrently with step 1 interventions (*Job prerequisites*), in *Out-pt.* facilities, the evaluation begins during or after re-integration with other life situations, concurrently during or after step 1.

“[...] workplace requirements [...] the first step is to collect information, but this can start very early. When the TBI worker arrives for In-patient rehabilitation, you find out a bit about what type of work he used to do [...] at the time when you collect the data ... It goes on throughout the rehabilitation process, as personally it is basically the job requirements. I'll go and visit the workplace, and I'll figure it out when he's in his placement [...].”

In *Out-pt.* and *In/Out-pt.* facilities, the functional capacity evaluation is generally performed once work environment factors are known. In *In-pt.* care, if work is discussed, the two evaluations (body functions and activities related, environmental factors) are performed concurrently.

There are few differences between the service types that concern the settings where step 1 (*Job prerequisites*) interventions are carried out. Re-integration into life situations other than work is carried out in two types of settings (rehabilitation and real life settings), except in *Out-pt.* services where this type of intervention is only carried out in real life settings. However, in all three types of services, the evaluation of the TBI worker's individual characteristics post-injury is made in a rehabilitation setting and then in a real life setting. The OTs working in *In-pt.* and *In/Out-pt.* facilities mentioned that they complete the pre-injury work situation evaluation only in the rehabilitation setting.

The same situation exists in step 2 (*Job analysis*). For OTs working in *In-pt.* facilities, information on environmental and work station factors is obtained from the TBI worker only in the rehabilitation setting, while OTs in the other facilities use the real life settings (e.g., a visit to the workplace, observations of a work colleague assigned to the same position, interview with the employer) in addition to the rehabilitation setting. On the other hand, all the OTs reported to be performing the functional capacity evaluation exclusively

in the rehabilitation setting, independently of the setting in which they practised. In *In-pt.* and *In/Out-pt.* facilities, return to work rehabilitation is generally provided in the rehabilitation setting, but it can also be provided in the home.

“[...] if I see a large discrepancy, we develop body functions and activities related to their work beforehand to bring it closer to the job requirements... Then I’ll place the TBI worker in an unpaid graded work exposure, then do a work trial [...]”

“[...] work rehabilitation can also be developed at home. I’ve seen that, too [...] The TBI worker lived very far away... [...] He had some tasks to do at home... It was very specific, in his garage [...] rake the leaves, cut the grass, etc. [...]”

Some OTs in *Out-pt.* facilities also mentioned using community settings for this purpose.

“[...] instead of work simulations in OT [...] workers will work with someone from the warehouse, maintenance staff in our building.[...]”

Table IX (page 92) presents the similarities and differences in the specific interventions provided by the three types of services.

During the *Work preparation* phase, differences were found in the information communicated between team members, the worker and the worker’s family and friends. Few regular meetings with team members were mentioned by therapists working in *In/Out-pt.* facilities, as compared to the situation in *In-pt.* and *Out-pt.* services. In *Out-pt.* and *In/Out-pt.* facilities, information about evaluation results and worker progress is mainly provided to the TBI worker. In some cases in *Out-pt.* services, this information, recommendations on what type of assistance will be offered in non-work life situations, and orientation of the rehabilitation with respect to OT, are also provided to friends and family

Table IX. Summary of work preparation interventions provided by OTs (n=22) across rehabilitation centres (n=6) providing different types of care

Interventions	Types of care		
	<i>In-pt.</i> n=1 RC; n=3 OTs	<i>Out-pt.</i> n=4 RC; n=12 OTs	<i>In / Out-pt.</i> n=1 RC; n=7 OTs
Evaluation			
Individual characteristics pre-injury	●	● (2/4, 50%)	●
Individual characteristics post-injury	●	● (75%)	●
Pre-injury work situation	?	●	●
Functional capacity	?	●	●
Work environment and job analysis	?	●	●
Pre-injury workplace employer and/or colleagues support	-	●	-
Work participation in vocational centre	-	● (25%)	-
Planning			
Estimation of person-job fit	●	● (75%)	●
Work preparation planning	-	●	●
Communication			
Initial case discussion between <i>In-pt.</i> and <i>Out-pt.</i> OTs	●	● (25%)	n/a
Initial team meeting	●	● (50%)	-
Team meeting specific to rehabilitation or work preparation	●	●	-
Training			
Life situations re-integration	●	●	●
Work hardening in rehabilitation setting	-	● (75%)	●
Work rehabilitation in home setting	-	● (75%)	●
Work rehabilitation in community setting	-	● (75%)	-
Physical and social environment interventions			
Home and/or community physical environment modifications	●	● (25%)	-
Family and/or TBI worker information about rehabilitation or vocational rehabilitation	○	● (75%)	●
Physical work environment and/or job modifications	-	● (25%)	●
Employer and/or colleagues awareness of vocational rehabilitation	-	● (50%)	-
Work bond preservation by TBI worker	?	● (25%)	-

● indicates OTs provided a complete intervention systematically; ○ indicates a partial intervention provided systematically by OTs; ? indicates OTs provided intervention partially and exceptionally; - indicates no intervention provided by OTs; n/a non applicable.

members. In *In-pt.* facilities, the worker's family is informed of evaluation results and recommendations with respect to the type of assistance that can be offered to the worker in non-work life situations.

Concerning step 1 (*Job prerequisites*), certain similarities and differences are worth mentioning. There seems to be an overlap between the practice of OTs in *In-pt.* care and

some therapists in *Out-pt.* facilities in terms of how they prepare the evaluation of individual characteristics pre-injury. Generally speaking, the TBI worker and family members are interviewed for this purpose in all types of services, but in *Out-pt.* facilities, there are instances where only family members are interviewed. All the therapists appear to perform an exhaustive and systematic evaluation of individual characteristics post-injury with both family members and the TBI worker. Only the therapists working in *Out-pt.* and *In/Out-pt.* rehabilitation services evaluate the pre-injury work situation with the worker and the employer. In certain cases in *Out-pt.* facilities, family members and friends are also being consulted on the issue, in order to provide another perspective. In *Out-pt.* and *In/Out-pt.* facilities, an exhaustive and systematic evaluation of the work environment and job analysis are performed, using several sources of information (e.g. vocational information resources, the worker, the employer or union, a vocational counsellor). OTs working in *In-pt.* facilities do not usually collect data on the work station, and when they do, it is not very detailed. The worker is the only source of this information. When certain favourable characteristics are observed in the worker, an assessment is made of certain factors in the work environment (e.g., specific responsibilities or equipment used on a daily basis, such as a telephone or a computer). If the work is discussed in *In-pt.* care, only the worker's perception of his or her role and motivation in returning to his or her job are discussed concerning the body functions and activities related to work. In *Out-pt.* facilities, the TBI worker's perception of specific worker role and its relationship with other roles can also be discussed. Generally speaking, in *Out-pt.* and *In/Out-pt.* facilities, body functions and work-related activities (e.g., executive functions, handling of objects and mobility specific to job) are exhaustively and systematically evaluated in terms of the worker's former work requirements. Some therapists mentioned occasionally performing evaluations in academic settings, where the individuals are usually trained for specific jobs in cooperation with the teacher or instructor.

"[...] I have a TBI worker who is a tree pruner. I'm not going to have him prune trees here at the centre. [...] So therefore, he went to a rock climbing school so that he could practise climbing [...]. I used the school that trains tree pruners to see if he (the TBI worker) had maintained his safety skills before going back into his particular work setting.[...]"

In *Out-pt.* rehabilitation services, the support from the employer and work colleagues is evaluated, and only in certain cases are they aware of their role in the employee's vocational rehabilitation. As for the general environment, only *In-pt.* and *Out-pt.* facilities, OTs mentioned making modifications at home or in the community when the TBI worker was returning to work.

Certain similarities and differences were observed in step 2 (*Job analysis*). The OT or the entire *Out-pt.* or *In/Out-pt. rehabilitation* team estimate the fit between body functions/work-related activities and the requirements of the worker's former job. In *In-pt.* care, this hypothetical comparison is also carried out, but generally without information on the work environment or body functions and work-related activities. A prognosis for the return to work is formulated based on information related to body functions, general activities and participation in non-work related life situations. In *In-pt.* care, if the prognosis on returning to work is considered favourable, the worker is referred to *Out-pt.* services to begin community and vocational rehabilitation. If the prognosis is poor, he may not be referred at all or only be referred for re-integration into the home and community.

Only OTs in *Out-pt.* and *In/Out-pt.* facilities provide vocational rehabilitation in a rehabilitation setting or at home to foster a return to work. There are instances in *Out-pt.* rehabilitation where community settings are also used (e.g., volunteer organizations, the cleaning service, cafeteria at the rehabilitation centre). The preparatory rehabilitation period is used by *Out-pt.* and *In/Out-pt.* rehabilitation therapists to begin making modifications to

the environment or the work station. During this time, there are cases where participation in social activities organized by the employer or a visit to the workplace to preserve the work bond are encouraged in both *Out-pt.* and *In/Out-pt.* facilities

3.4.2.2 Work re-integration phase

Step 6 (*On-site evaluation*) and step 7 (*Job accommodation and retention*) in the *Work re-integration* phase, are carried out in their entirety by all *Out-pt.* and *In/Out-pt.* rehabilitation therapists (see figures 5 and 6, pages 86-87).

Out-pt. and *In/Out-pt.* rehabilitation therapists mentioned some additional interventions or steps that occurred during step 6 (*On-site evaluation*) (white round cornered rectangles). They mentioned several forms of on-site training or combinations of on-site training conditions that complete the return to work. It may be decided that the TBI worker should re-enter the job market by going directly into the former work setting or by commencing with training in a different work setting. In addition to using a variety of work environments, the on-site training can be provided with or without pay. Some OTs in *Out-pt.* facilities mentioned that they usually prefer rehabilitation in the pre-injury work setting without pay and without preparatory rehabilitation (*retour thérapeutique au travail* in French).

"[...] it's really the development of body functions and activities related to work. He (the TBI worker) is not even ready to do an unpaid graded work exposure in the workplace; he is too easily tired, he still faces too many problems [...] He isn't at the stage yet, except that for him (the TBI worker), work may be very important... This may be because I don't have the material here (at the rehabilitation centre) for him to do his work so therefore, I go into the workplace to do tasks so that he can try to regain his skills back [...] but he is unable to do more than three hours a

week. I wouldn't put him into unpaid graded work exposure right away, as it would be too difficult... One can aim higher, such as identifying two tasks that he can partially do in the workplace [...]"

Both in *Out-pt.* and *In/Out-pt.* facilities, an unpaid graded work exposure without pay in the former workplace is the most widely used method for vocational re-integration, either after preparatory rehabilitation (e.g., in a rehabilitation, home or community setting) or after rehabilitation in the pre-injury workplace. Graded work exposure provided without pay (*stage en emploi* in French) was described by OTs in the following way.

"[...] when he's ready and able to do a lot of the tasks..., when he's able to do a minimum of 10 hours per week..., There is no real minimum number of hour [...] I need to think about progression, progressively increasing our schedule [...] I will no longer be around at that point, in the workplace, so he needs to be independent in order to do the work [...]"

"[...] often the worker is an extra employee, or he may return to his role as a worker, but with more support at the start. [...] So there's a lot less pressure, and that makes it possible to start slowly [...]"

Graded work exposure with pay (*retour progressif* in French) was described as follows.

"[...] it's the employer who pays them (the TBI workers), and the difference in the hours not worked continues to be paid by the third party payer. He (the TBI worker) is on the payroll. He's like any other employee: he punches in on arriving, it couldn't be more normal! It's essential to arrive at the same level of productivity and efficiency as the other employees. He isn't a supernumerary employee [...]"

Effective collaboration with the employer must be established in order to provide this type of training, and the OTs must meet with the employer on a regular basis throughout this period, either with or without the worker. The estimation of person-job fit must be repeatedly reviewed after a re-evaluation of the situation (e.g., work participation and in other life situations), in some cases in *Out-pt.* rehabilitation services.

Generally speaking, *Out-pt.* and *In/Out-pt.* facilities feature similar sequences of interventions in the *Work re-integration* phase. In some cases in *Out-pt.* facilities, on-site rehabilitation allows faster re-integration of the former workplace than it does for others (*Out-pt.*, *In/Out-pt.*). In *In/Out-pt. rehabilitation services*, meetings are held with other team members before the OT revises the vocational rehabilitation plan, while in *Out-pt.* facilities, these meetings are held after the planning. In *Out-pt.* facilities, information on evaluations or re-evaluations of the work participation is generally shared with the worker before meeting with the employer, while in *In/Out-pt.* rehabilitation services, it is provided to the worker and the employer at the same time.

In *Out-pt.* and *In/Out-pt.* facilities, all interventions in the *Work re-integration* phase are carried out in the workplace, except for regular meetings with the other team members, which take place in the rehabilitation setting.

As shown in Table X (page 98), the practice of OT in *Out-pt.* and *In/Out-pt.* facilities is more similar in the *Work re-integration* phase than in the *Work preparation* phase. *In-pt.* care provides significantly fewer interventions in the *Work re-integration* phase than the two other service types.

Even though all of the steps of the *Work re-integration* phase are carried out in *Out-pt.* and *In/Out-pt.* rehabilitation services, step 6 interventions (*On-site evaluation*) are not carried out in the same manner. All the *Out-pt.* and *In/Out-pt.* services therapists mentioned

Table X. Summary of work re-integration interventions provided by OTs (n=22) across rehabilitation centres (n=6) providing different types of care

Interventions	Types of care		
	<i>In-pt.</i> n=1 RC; n=3 OTs	<i>Out-pt.</i> n=4 RC; n=12 OTs	<i>In / Out-pt.</i> n=1RC; n=7 OTs
Evaluation			
Individual characteristics post-injury	-	○	○
Functional capacity	-	○	○
Work environment and job analysis	-	-	●
On-the-job	-	●	●
Short term job maintenance	-	●	●
Training			
Rehabilitation at pre-injury workplace (unpaid)	-	● (1/4, 25%)	-
Graded work exposure in pre-injury workplace (unpaid)	-	●	●
Graded work exposure in another workplace (unpaid)	-	● (50%)	●
Graded work exposure pre-injury workplace (paid)	-	● (25%)	●
Planning			
Estimation of person-job fit	-	● (25%)	-
Work re-integration planning	-	●	●
Communication			
Team meeting specific to work re-integration	-	●	●
TBI worker and/or employer meeting about work re-integration	-	●	●
Physical and social environment interventions			
Family and/or TBI worker information about rehabilitation or vocational rehabilitation	-	●	●
Physical work environment and/or job modifications	-	● (75%)	●
Employer and/or colleagues information about vocational rehabilitation	-	●	●

● indicates OTs provided a complete intervention systematically; ○ indicates a partial intervention provided systematically by OTs; - indicates no intervention provided by OTs.

evaluating work participation (on-the-job evaluation) and re-evaluating participation in non-work life situations (individual characteristics post-injury evaluation), repeatedly and continuously throughout the worker's on-site training. The worker, family members and the

employer usually co-operate on this evaluation. In some cases in *Out-pt.* facilities, work colleagues are asked to participate in this data collection.

"[...] the "shadow-employee" also provides valuable information [...] The TBI worker is supernumerary, accompanying another worker [...] This "shadow-employee" can also provide valuable information [...]"

All the OTs working in the *In/Out-pt.* rehabilitation services and most of those in *Out-pt.* facilities mentioned that they regularly go to the workplace during the on-site training to observe the worker in his or her tasks (on-the-job evaluation). Some of the OTs in *Out-pt.* rehabilitation services mentioned that they collect data on work participation through observations made during on-site rehabilitation, and that this ends when the TBI worker begins unpaid graded work exposure. All the OTs mentioned that they collected data that is then compared with the pre-injury work situation and, when possible, with work by other employees at the same work station. Some OTs in *Out-pt.* facilities also stated that all the information is generally collected as a function of hiring criteria that the employer would use for evaluating new employees at that location. Only *In/Out-pt.* facilities OTs evaluate the position and the work station during on-site training.

In *Out-pt.* rehabilitation services, only in certain cases will the OT revise the estimation of person-job fit, comparing characteristics of the worker with those of the work environment during on-site training.

Some OTs in *Out-pt.* facilities use rehabilitation in the former workplace. All the OTs favour using unpaid graded work exposure in the former workplace. In *In/Out-pt.* rehabilitation services and, in certain cases, in *Out-pt.* facilities, graded work exposure is used in the former workplace with pay or possibly in another workplace without pay.

In *Out-pt.* and *In/Out-pt.* facilities, re-organizing or changing the environment or the work station is common practice when training is given in a former workplace. In some cases in *Out-pt.* rehabilitation services, an ergonomist is consulted, or is asked to join the team in complex cases requiring adjustments to a work station. In other cases in *Out-pt.* rehabilitation services, it was mentioned that naturalistic support can be developed during a training period in the workplace. The TBI worker can be paired up with another employee on a temporary or permanent basis, accompanying that employee and carrying out supernumerary tasks. In this case, the “shadow-employee” receives guidance from the OT (e.g., how to act and what to say when the worker has problems or how to avoid inadequate or unacceptable behavior).

“[...] for the “shadow-employee” [...] I will advise him or her to look out for what isn’t working... also when he (the TBI worker) has to solve problems... I will tell the “shadow-employee” specific instructions: “I would like you to observe this specific aspect... when faced with a problem that he must solve, you must say this and then answer that or react this way...” So it’s also really about helping them know what they (the twin-employee) should focus on [...]”

Step 7 (*Job accommodation and retention*) is similar in *Out-pt.* and *In/Out-pt.* facilities, but some OTs in *Out-pt.* rehabilitation services mentioned that they prefer having the TBI worker be paid, with minimal support and maximum productivity at this step.

“[...] sometimes I decide that they (the TBI workers) should be hired [...] If they are capable, I like to see them hired, because then I see if the TBI worker is really capable of doing the job, [...]. If the employer agrees to hire them, this indicates that it also works well for us [...]”

3.5 Discussion

Generally speaking, the practice of OT, as reported in this study, is consistent with the phases and steps of the *Vocational Evaluation Model*, particularly in *Out-pt.* facilities. The *In-pt.* care process has the least in common with the model. The practice of OTs in *In-pt.* care, *Out-pt.* and *In/Out-pt.* facilities is particularly varied in the *Work preparation* phase. In the *Work re-integration* phase, *Out-pt.* and *In/Out-pt.* processes have more in common with each other. Even though several of the steps and interventions aimed at a return to work are similar, their sequence differs from one type of service to the next, particularly in the *Work preparation* phase. These differences could be explained by a variety of factors that may or may not be associated with the OT (e.g. OT training and experience, the characteristics of the worker and his workplace, of the OT's workplace, or of the rehabilitation objectives of the facility). These factors are discussed below, taking into account each phase and step in the *Vocational Evaluation Model*.

The first two steps in the *Work preparation* phase of the model are either partially or fully carried out (*Job prerequisites* and *Job analysis*). The overlap of certain interventions done by OTs in *In-pt.* and those in *Out-pt.* rehabilitation services could be explained by problems encountered in co-ordinating the sharing of information between the therapists working in *In-pt.* care and those working in *Out-pt.* facilities. Another plausible explanation would be that there are different evaluation approaches, resulting in data collection that may be more or less accurate or exhaustive, depending on the OT. The fact that the worker was not admitted in in-patient rehabilitation after his hospitalisation but was rather seen on an out-patient basis, may explain why therapists do not carry out the steps in their entirety. This practice may be related to the in-patient facility mandate as determined by the Trauma Care Continuum (TCC).[35] Dissimilarities in OT practice across the three types of service for the *Job search*, *Job matching* and *Job placement* steps in the *Work preparation* phase of the model could also be explained by the fact that this study was mainly concerned with re-

integration into a former paid job rather than integration into the general work force (e.g., another paid or unpaid position, or work as a volunteer).

This study demonstrates that the practice of Quebec OTs is quite similar to that of OTs in Australia and the U.S working in vocational rehabilitation programs.[26,27] Their practices are particularly alike in terms of the teachings in the principles of postural hygiene, and evaluation and modification of the work environment and the work station. On the other hand, Quebec OTs, like Australian OTs, do evaluations of the work environment by visiting the workplace and interviewing the worker, while American OTs appear to only interview the TBI worker, without directly collecting data in the workplace.[26,39] The importance of visiting the workplace is becoming more widely recognized. It has a significant impact in terms of getting TBI workers back to work faster and with a higher success rate.[19,23] In addition, the pre-injury work situation evaluation of TBI workers is common practice for both Quebec and American OTs.[27] Even though training a worker in an artificial setting can postpone the re-integration in the workplace, Quebec and American OTs appear to look favourably on this type of training.[17,18,19,27,29]

The steps associated with the *Work re-integration* phase are carried out entirely by OTs in *Out-pt.* and *In/Out-pt.* facilities. A wide range of on-site training is used by OTs to complete the return to work. Even though the basic principle of on-site training is the progression of activity (work), the type of on-site training used varies from one setting to another and from one type of service to another. This may be due to the complexity of the work problem and the need to consider the TBI worker's specific characteristics and those of his or her work environment. Access to equipment and installations in the rehabilitation setting fosters work task simulations i.e. work hardening, so this could be another reason why OTs in *Out-pt.* and *In/Out-pt.* facilities are less likely to provide vocational rehabilitation directly in the workplace. Therapists in *In-pt.* care do not broach the *Work re-integration* phase, probably because the mandate set by the TCC for in-patient

rehabilitation facilities is to develop residual capacities and to compensate for movement-related and mental impairments as well as temperament and personality impairments. Given that return to work is a major concern of OTs in *Out-pt.* rehabilitation services, probably because of the TCC's mandate, this could foster more innovation and more diverse on-site training.

The practice of Quebec OTs as it concerns the work re-integration described in the present study resembles the practice of their Australian counterparts as described by Deen & Strong (2002). Graded work exposure is preferred by Quebec and Australian OTs, but the Australians do not appear to engage in work preparation like Quebec therapists. Krause and al. (1998) support the idea of offering a gradation of activity (work), and mention that vocational rehabilitation programs that include modifications to the environment (e.g., progressive schedule, tasks progression according to their complexity) foster the return to work of workers who sustain temporary or permanent disabilities (such as back pain or neurological disease).

Although the Quebec OTs who participated in the study generally mentioned using work hardening in the rehabilitation setting and graded work exposure in the workplace, this practice does not resemble the one preferred under the *Therapeutic Return to Work* (TRW) featured in the *Sherbrooke Model*. [41,42] TRW can be described as a combination and simultaneous overlapping of two types of work training (work hardening and graded work exposure), while the OT practice described in this study features a linear sequence, using only one approach at a time. TRW has been more effective than the traditional methods of vocational rehabilitation (work hardening on its own, without rehabilitation). [43] Nevertheless, *Supported employment*, or only work training in the workplace, has also been shown to be more effective than traditional methods. [17,20]

As described by Quebec OTs, case management by the different partners involved in the vocational rehabilitation process resembles the practice of Australian OTs.[44] This case management as described by the study's OTs resembles the role assigned to OTs under the *Sherbrooke Model*, where TRW is applied.[42] Based on several systematic reviews, coordinating interventions between team members and the workplace fosters a successful return to work.[19,20,23]

Quebec and Australian OTs regularly re-organize work stations and provide technical aids. Recent studies have pointed out that work environment adaptations and the use of technical aids are crucial factors in a successful return to work.[19,22,26,45] The education provided to the employer and work colleagues and the support offered by Quebec OTs as described in this study, are also associated with a successful return to work.[20]

OT practice in Quebec has changed over the last ten years. A study by Mercier (1988) of OTs offering *Out-pt.* (n=8) demonstrated that OT practice that was more focused on evaluation and training in a rehabilitation setting, while the present study found a practice with more systematic on-site evaluations of work participation (on-the-job evaluation). This current evaluation approach resembles the Australian practice described by Innes (1997) and this evaluation is commonly called "work trial" or "worksite evaluation." There is also a strong similarity between the type of evaluation provided in the Quebec workplace and the work trial described by De Labarthe et al. (1985) and used in the ETRE program in France commonly called "stage en entreprise" in French.[40]

Finally, the *Ongoing support* phase is not covered in any of the facilities. This could be due to the limitations of the interventions (e.g., exclusive vocational rehabilitation related to a hypothetical job determined by the third party payer) and the restricted rehabilitation time period imposed by the third party payer. In fact, article 6.5 of the service agreement between the Quebec Automobile Insurance Board and the facility states that rehabilitation

is available only for a period of 24 months post-injury.[36] The mandates of the TCC assigned to the each type of service could also be at fault. Even so, the literature suggests that long term ongoing support has beneficial effects.[17,19,20]

Like most qualitative studies, any generalization of these findings must be limited to the specific context in Quebec. The objective of this study was to describe the practice of OT in Quebec through data saturation. To this end, we planned for a maximum of six groups, since, theoretically, saturation should have been attained at approximately five or six groups, depending on the study's subjects and their variability.[37,38] Even though a large number of OTs were recruited, we were not able to confirm that data saturation was achieved. Another limitation of the study was that we did not include a reiterative process and were unable to have the participants validate the findings.

Despite these limitations, this study has provided important knowledge about OT practice for workers with a moderate or severe TBI in the context of a return to work. These results should incite the OTs to examine their current practice and suggest different ways in which their practice could be enriched. As there is seldom only one way to approach things concerning a return to work, future research could focus on determining the most effective approach. This study is a first step (a description of OT practice) in the process of evaluating the effectiveness of interventions aimed at returning and keeping TBI workers at work. In addition, an analysis could be performed of OT practice, as described in this study, on the basis of the different criteria associated with a successful return to work and job retention.

3.6 Conclusion

This study explored the OT practice in *In-pt.*, *Out-pt.* and *In/Out-pt.* rehabilitation services and the vocational re-integration of workers with a moderate or severe TBI into a former

job. As described by the therapists we interviewed, the current practice in these different facilities is consistent in terms of the interventions provided but differs in terms of the completeness and sequencing of the interventions provided. In general, the OT practice follows the phases and steps of the *Vocational Evaluation Model*, particularly in *Out-pt.* care facilities.[25] *In-pt.* care least resembled the model.

3.7 References

1. Crepeau F, Scherzer P: Predictors and indicators of work status after traumatic brain injury: A meta-analysis. *Neuropsychological Rehabilitation*. 1993; 3(1): 5-35.
2. Crisp R: Return to work after traumatic brain injury. *Journal of Rehabilitation*. 1992; 58(4): 27-33.
3. Ownsworth T, McKenna K: Investigation of factors related to employment outcome following traumatic brain injury a critical review and conceptual model. *Disability & Rehabilitation*. 2004; 26(13): 765-784.
4. Yasuda S, Wehman P, Targett P, Cifu D, West M: Return to work for persons with traumatic brain injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2001; 80(11): 852-864.
5. Bassett SS, Folstein MF: Cognitive impairment and functional disability in the absence of psychiatric diagnosis. *Psychological Medicine*. 1991; 21(1): 77-84.
6. Godbout L, Doyon J: Mental representation of knowledge following frontal-lobe or postrolandic lesions. *Neuropsychologia*. 1995; 33(12): 1671-1696.
7. Godbout L, Grenier MC, Braun CM, Gagnon S: Cognitive structure of executive deficits in patients with frontal lesions performing activities of daily living. *Brain injury*. 2005; 19(5): 337-348.
8. Grafman J, Sirigu A, Spector L, Hendler J: Damage to the prefrontal cortex leads to decomposition of structured event complexes. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 1993; 8(1): 73-87.
9. Shallice T, Burgess PW: Deficits in strategy application following frontal lobe damage in man. *Brain*. 1991; 114(2): 727-741.
10. Stuss DT, Benson DF: *The frontal lobes*. New York: Raven Press, 1986.
11. Acker MBA: Review of the ecological validity of neuropsychological tests. In: Tupper DE, Cicerone KD, eds. *The neuropsychology of everyday life: Assessment and basic competencies*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1990; 19-55.

12. Buffington ALH, Malec JF: The vocational rehabilitation continuum: Maximizing outcomes through bridging the gap from hospital to community-based services. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 1997; 12(5): 1-13.
13. Whiteneck GG, Gerhart KA, Cusick CP: Identifying environmental factors that influence the outcomes of people with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2004; 19(3): 191-204.
14. Couture A: *Étude exploratoire sur les déterminants environnementaux associés au maintien de l'emploi selon la perspective des personnes ayant subi un traumatisme crânien*. Université de Montréal; 2000.
15. Jellinek HM, Harvey RF: Vocational/educational services in a medical rehabilitation facility: Outcomes in spinal cord and brain injured patients. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*. 1982; 63(2): 87-88.
16. Sale P, West M, Sherron P, Wehman PH: Exploratory analysis of job separations from supported employment for persons with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 1991; 6(3): 1-11.
17. Bond GR, Becker DR, Drake RE, et al.: Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services* 2001; 52(3): 313-322.
18. Chesnut R, Carney N, Maynard H, Mann N, Patterson P, Helfand M: Summary report: evidence for the effectiveness of rehabilitation for persons with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 1999; 14(2): 176-188.
19. Franche RL, Cullen K, Clarke J, et al.: Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005; 15(4): 607-631.
20. Gordon WA, Zafonte R, Cicerone K, et al.: Traumatic brain injury rehabilitation: State of the science. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2006; 85(4): 343-382.
21. Wehman P, Targett PS, Freeman D, Leino J: Customer initiated supported employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 1996; 7(3): 205-215.

22. Frank J, Sinclair S, Hogg-Johnson S, et al.: Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope - If we can just get all the players onside. *Canadian Medical Association Journal*. 1998; 158(12): 1625-1631.
23. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, et al.: Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain in working-age adults: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*. 2001; 26(3): 262-269.
24. Krause N, Dasinger LK, Neuhauser F: Modified work and return to work: A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 1998; 8(2): 113-139.
25. Dutil É, Filiatrault J, Fougeyrollas P, et al.: *Évaluation fonctionnelle des capacités de travail*. Montréal: Centre de recherche de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1998; 125.
26. Deen M, Gibson L, Strong J: A survey of occupational therapy in Australian work practice. *Work*. 2002; 19(3): 219-230.
27. Jundt J, King PM: Work rehabilitation programs: A 1997 survey. *Work*. 1999; 12(2): 139-144.
28. Lo EKS: Demographic study on Occupational Therapy Work Rehabilitation Programs in Hong Kong Hospital Authority. *Work*. 2000; 14(3): 185-189.
29. Mercier S: *L'approche d'évaluation des ergothérapeutes québécois en regard de l'habitude de vie travail*. Université de Montréal; 1998.
30. Denzin NK, Lincoln YS: *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.
31. Mucchielli R: *La dynamique des groupes*, 13e éd. ed. Paris: Éditions ESF, 1992 Formation permanente en sciences humaines.
32. Anzieu D, Martin JY: *La dynamique des groupes restreints*, 8e éd. mise à jour. ed, Vol. 32. Paris: Presses universitaires de France, 1986 Le Psychologue.
33. Mucchielli A: *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Colin, 1996.

34. Wehman P, Sale P, Parent WS: *Supported employment : strategies for integration of workers with disabilities*. Boston: Andover Medical Publishers, 1992.
35. Gouvernement du Québec: *CST - Continuum de services en traumatologie*. <http://www.fecst.gouv.qc.ca> Québec, 2005.
36. SAAQ: *Entente entre la Société de l'assurance automobile du Québec et (établissement de réadaptation) relativement aux services de réadaptation dispensés aux personnes accidentées de la route 2003-2006*. Québec, Qc: Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), 2003; 41.
37. Huberman AM, Miles MB: Data management and analysis methods. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994; 428-444.
38. Karsenti T, Savoie-Zajc L: *Introduction à la recherche en éducation*. Sherbrooke: Éditions du CRP : Faculté d'éducation Université de Sherbrooke, 2000.
39. King P: Outcome analysis of work-hardening programs. *American Journal of Occupational Therapy* 1993; 47(7): 595-603.
40. Blaise JL, Massolo F, De Labarthe J: E.T.R.E. ou ne pas être, la difficile stratégie de réinsertion du traumatisé crânien. In: Izard M-H, Moulin M, Nespoulous R, et al., eds. *Expériences en ergothérapie : quatrième série*. Paris: Masson, 1992; 21-31.
41. Durand MJ, Loisel P, Durand P: Le Retour Thérapeutique au Travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail: description et fondements théoriques. *Revue Canadienne d'Ergothérapie* 1998; 65(2): 72-80.
42. Loisel P, Abenhaim L, Durand P, et al.: A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 1997; 22(24): 2911-2918.
43. Durand M, Loisel P: Therapeutic return to work: rehabilitation in the workplace. *Work* 2001; 17(1): 57-63.
44. Innes E: Workplace-based occupational rehabilitation in New South Wales, Australia. *Work* 1995; 5: 147-152.

45. Gamble D, Satcher J: Rehabilitation outcomes, expenditures, and the provision of assistive technology for persons with traumatic brain injury. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 2002; 33(3): 41-44.

Appendix A

Description of different forms of work-based interventions provided by OTs to return persons with moderate or severe TBIs to work

Evaluation

Individual characteristics pre-injury: Activities and participation in life situations experienced before the injury (e.g., work, leisure, self-care).

Individual characteristics post-injury: Activities and participation in life situations (e.g., interpersonal relationships, mobility, domestic life), the worker's body functions (e.g., mental, sensory, movement-related) and social, physical and attitudinal environment factors (e.g., at home or in the community) after the injury.

Pre-injury work situation: The worker's professional situation at the time of the injury in terms of vocational development (e.g., education, professional training, values), work experience (demonstrated and transferable aptitudes, work settings), job satisfaction and the employer's satisfaction before the injury.

Functional capacity: The body functions (e.g., memory, executive functions) and activities (e.g., handling objects, mobility) as a function of environmental and work station requirements. The worker's motivation to return to his job, his or her job satisfaction after the injury and the perception of his or her role as a worker compared to his or her other roles.

Work environment and job analysis: Factors related to the environment and work station (e.g., the definition of tasks and task-related requirements, description of the work space and the physical conditions of the work environment, the accessibility of the workplace, employer's expectations in terms of productivity).

Pre-injury workplace employer and/or colleague support: The support available in the workplace (e.g., work bond preservation, the worker's attitude and openness to

participating in vocational rehabilitation, a description of related job tasks and their availability for use in vocational rehabilitation).

Work participation in a vocational centre: Certain body functions, activities and abilities as a function of former job requirements in a vocational centre.

On-the-job: Work participation in pre-injury workplace.

Short-term job maintenance: The worker's need to keep his or her job and work participation with minimal support and maximum productivity.

Planning

Estimation of person-job fit: Estimation of the compatibility between the TBI worker's characteristics and those of the work environment based on information collected during the evaluation and during meetings with other rehabilitation team members.

Work preparation planning: Plan the objectives, interventions and means used for work preparation.

Work re-integration planning: Plan the objectives, interventions and means used for work re-integration.

Communication

Initial case discussion between *In-pt.* and *Out-pt.* OTs: Discuss with the OTs of the same continuum of facility type to provide information on the TBI worker's specific OT intervention plan (e.g., objectives, interventions, means, and progress) in rehabilitation.

Initial rehabilitation team meeting: Have the case management team discussed the care provided to the TBI worker who has just been admitted or registered in a rehabilitation program of the interdisciplinary intervention plan of the prior facility, the medical and rehabilitation data and the TBI worker's rehabilitation.

Rehabilitation team meeting specific to rehabilitation or work preparation/re-integration: Share information (e.g., evaluation results or documents on training in the work setting, such as an on-site training proposal or contract) between team members, adjust the interventions in light of the new information and determine the vocational rehabilitation options and the directions to take with respect to work.

TBI worker and/or employer meeting about work re-integration: Present and discuss the vocational rehabilitation plan and employer-related documents, with or without the TBI worker. Negotiate certain aspects of the intervention plan with the employer (e.g., the timing of re-integration, the advantages of the selected method, participation in the worker's evaluation, the importance of the medical-legal forensic process) in order to establish a collaborative relationship in vocational rehabilitation. Discuss the TBI worker's progress and the evaluation results.

Training

Life situations re-integration: Follow training and gradually start participating in life situations other than work (e.g., self care, in the domestic or community life).

Work hardening in the rehabilitation setting: Train for body functions and work-related activities with task simulations and situational work activity in an artificial context, whether or not they are related to environmental requirements or requirements at the worker's former work station.

Work rehabilitation in a home setting: Train for body functions and activities related to work requirements with projects and tasks intended specifically for the TBI worker's home (e.g., renovations, vehicle maintenance).

Work rehabilitation in a community setting: Train for body functions and activities related to work requirements with tasks intended specifically for the TBI worker's community (e.g., maintenance in a community organization, attendance at a wheelchair workshop).

Rehabilitation at pre-injury workplace (unpaid): Train for body functions and activities related to work requirements using a limited number of tasks (e.g., two tasks) that can be performed directly by the worker in the former workplace and can be selected with the employer without pay.

Graded work exposure in pre-injury workplace (unpaid): Train for body functions and activities related to work requirements by modulating several environmental factors in the former workplace (e.g., movement-related and mental requirements, schedule, tasks, pace, expected productivity) without pay. By grading this exposure, the tasks can be adjusted to the TBI worker's progress and capacities. The objective is work participation with minimal support and maximum productivity.

Graded work exposure in another workplace (unpaid): The training is carried out in another workplace and is unpaid.

Graded work exposure in pre-injury workplace (paid): The training is carried out in the TBI worker's former workplace, and the TBI worker is paid.

Physical and social environment interventions

Home and/or community physical environment modifications: Make changes or adapt the home or community environment as required to meet the TBI worker's needs (e.g., change the tasks carried out at home, organize the support offered by family and friends, use technical aids, organize transportation with a community resource).

Physical work environment and/or job modifications: Carry out the steps related to changing or adapting the TBI worker's environment and work station (e.g. getting prices from suppliers of ergonomic equipment, making physical changes to the work station, changing equipment used by the worker). Make changes or adapt the TBI worker's work station environment (e.g., change the tasks or the pace of the work, adjust the work schedule). Teach the worker specific compensation strategies (e.g., the principles of energy conservation, postural hygiene and compensating strategies).

Family and/or TBI worker information about rehabilitation or vocational rehabilitation: Inform the TBI worker or family members (or both) about the vocational rehabilitation processes and procedures and the OT's role in vocational rehabilitation. Inform family members and friends about the assistance the person will require in life situations.

Employer and/or colleagues awareness of vocational rehabilitation: Heighten the TBI worker's employer and work colleagues awareness of the worker's situation, and ask them for assistance in providing vocational rehabilitation.

Employer and/or colleagues information about vocational rehabilitation: Inform the employer or work colleagues (or both) about the work-related assistance that the TBI worker will require (e.g., organize the supervision of different work steps performed by the TBI worker).

Work bond preservation by the TBI worker: Encourage the TBI worker to preserve the work bond with their former workplace by getting back in touch with their employer and colleagues (e.g., through social activities with colleagues and independent visits to the workplace).

4. Discussion générale

Le but du présent chapitre n'est pas de reprendre les résultats spécifiques obtenus dans cette étude, mais plutôt de discuter de la pratique ergothérapique décrite en fonction des critères associés au succès de retour et de maintien au travail tels qu'exposés dans le chapitre premier (précocité, écologie, approche centrée sur le client, coordination, continuité, qualité d'équipe).

Pour chaque critère, les facteurs pouvant être susceptibles d'avoir une influence sur la pratique des ergothérapeutes, et par le fait même sur la réponse aux différents critères, sont discutés. Par ailleurs, les conséquences possibles sur le succès de retour et de maintien au travail de même que des recommandations favorisant davantage une pratique considérant les critères associés à cette réussite sont ensuite présentées. Finalement, les forces et limites de l'étude sont exposées.

4.1 Précocité

La pratique des ergothérapeutes décrite dans le chapitre trois ne semble pas permettre d'aborder le travail rapidement bien que celle en services post-hospitaliers internes et externes (SIE) semble y arriver davantage. En effet, l'évaluation liée au travail est débutée rapidement mais les traitements, tardivement. L'histoire antérieure de travail est documentée dès le début du processus en SIE mais pas en services post-hospitaliers internes (SI). En SIE, l'évaluation de l'environnement et du poste de travail est généralement débutée durant le séjour à l'interne et poursuivie tout au long de la réintégration professionnelle. En SI, l'environnement et le poste de travail font l'objet d'une évaluation grossière avec le travailleur (ex. : responsabilités particulières, équipements utilisés au quotidien) lorsque celui-ci anticipe un retour au travail à son congé

de l'interne, qu'il présente peu de déficiences, d'incapacités et de situations de handicap dans les autres habitudes de vie que le travail ou qu'il est travailleur autonome ou propriétaire d'entreprise. Des contacts avec le soutien naturel (ex. : employeur) sont effectués tardivement dans le processus lorsque le continuum de services est assuré par deux équipes différentes en SI et en services post-hospitaliers externes (SE). En effet, un premier contact avec l'employeur est fait par les ergothérapeutes en SE durant les premières semaines suivant la prise en charge ou après la réintégration des autres habitudes de vie que le travail mais pas en SI. Dans d'autres cas en SE, le travailleur peut être encouragé à aller socialiser avec ses collègues de travail dans des activités informelles (ex. : prendre le repas du dîner avec les collègues) et à aller se familiariser de nouveau avec son environnement de travail, mais pas en SI.

En général, le travail n'est pas intégré dans les interventions ni dans l'ensemble des habitudes de vie dès le départ. En effet, les ergothérapeutes s'y penchent seulement en fin de réadaptation sauf en SIE qui débute l'évaluation de l'environnement et du poste de travail dès l'hospitalisation. Un entraînement et une réintégration des autres habitudes de vie problématiques sont réalisés progressivement avant de débiter les traitements en regard du travail en SI, en SE et en SIE. En effet, la reprise hiérarchique des différentes habitudes de vie est généralement privilégiée en débutant par les habitudes liées à la personne, au domicile, à la communauté, au travail puis aux loisirs. Par contre, les traitements de réadaptation au travail sont, en général, débutés rapidement (ex. : avant la reprise de l'ensemble des autres habitudes de vie que le travail) lorsque le travailleur ne bénéficie pas d'une couverture d'assurance privée ou lorsqu'il est propriétaire d'une entreprise en SE et en SIE.

Le fait que les ergothérapeutes priorisent leurs interventions en fonction de la complexité des habitudes de vie (ex. : soins personnels avant le travail) pourrait être l'un des obstacles à une réintégration précoce au travail. Le manque d'ouverture de certains partenaires (ex. :

employeur, organisme payeur) pourrait être à l'origine du délai d'intervention en regard du travail. Par ailleurs, le modèle d'organisation des services de traumatologie québécois [Consortium de services en traumatologie (CST)] pourrait expliquer le fait que les ergothérapeutes en SI abordent exceptionnellement le travail.[200] En effet, le développement des capacités générales résiduelles et la compensation des déficiences et des incapacités est l'objectif assigné aux établissements de réadaptation offrant des services sur une base interne. Tandis que l'objectif des établissements de SE est par définition, selon le CST, de soutenir la personne TCE dans la reprise d'une participation sociale optimale.

Conséquences et recommandations :

Le report d'intervention en lien avec le travail risque de créer un bris du réseau social et un isolement du travailleur. Le fait de ne pas contacter l'employeur risque de mener à un désintéressement et à une perte éventuelle d'emploi si l'employeur n'est pas informé de la situation du travailleur. Un milieu de travail non informé risque d'induire une fausse perception des circonstances de l'accident, des conséquences d'un TCE et des possibilités de réintégration professionnelle ce qui peut nuire au travailleur. L'évaluation du portrait professionnel avant le TCE, du soutien de l'employeur et des collègues de travail et de la perception du travailleur en regard de son travail et de sa réinsertion professionnelle devraient être faites durant le séjour à l'interne ou dans les premières semaines suivant l'accident. L'évaluation de l'environnement et du poste de travail devrait également être débutée durant la période d'hospitalisation et poursuivie tout au long de la réadaptation, comme en SIE. Des interventions visant le maintien du lien d'emploi devraient être réalisées dès le séjour à l'interne afin de prévenir la perte d'emploi (ex. : visite ponctuelle accompagnée ou non de l'ergothérapeute en milieu de travail, participation du travailleur aux activités para professionnelles, entraînement au transport pour se rendre et revenir du travail, routine de soins personnels en tenant compte de l'horaire de travail habituel). Selon la revue systématique de Franche et al. (2005) auprès d'une clientèle présentant de la douleur persistante, il y a une évidence de niveau modéré que les interventions favorisant

un contact *précoce* avec le milieu de travail permettent un retour plus rapide à l'emploi.[117] Par ailleurs, une absence prolongée du travail peut mener à un déconditionnement, générer de l'anxiété chez le travailleur et une diminution de l'estime de soi chez une clientèle présentant des déficiences musculo squelettiques.[201-206]

4.2 Écologie

En général, la pratique des ergothérapeutes en regard d'un retour au travail décrite par les participants de l'étude répond au critère *écologie*. La pratique ergothérapique décrite semble considérer un éventail plus étendu de facteurs reliés au travailleur et à son environnement que dans la pratique traditionnelle. En effet, en SE et en SIE, la plupart des facteurs reliés au travailleur sont considérés de façon détaillée (déficiences et intégrité des systèmes, capacités et incapacités) et ce, dans tous les environnements de vie du travailleur. L'interaction mutuelle entre le travail, les autres facteurs de l'environnement, les facteurs personnels reliés au travailleur et les autres habitudes de vie de celui-ci, est considérée par les ergothérapeutes en SE et en SIE. Certains facteurs (ex. : capacités et incapacités en regard du travail, participation sociale et situation de handicap au travail et dans les autres habitudes de vie, environnement de travail) peuvent faire l'objet d'une réévaluation répétée durant le processus pour ajuster les interventions. En SI, les facteurs reliés au travail et à l'environnement de travail sont considérés exceptionnellement. En SE et en SIE, les décisions relatives aux orientations en regard du travail durant la phase *Préparation au travail* sont prises en l'absence d'une validation de la participation sociale au travail en situation réelle (évaluation directement en milieu de travail). Par ailleurs, les décisions relatives aux orientations en regard du travail sont prises en SI à partir de peu d'informations relatives aux dimensions associées au travail (ex. : capacités en regard du travail, facteurs environnementaux reliés au milieu de travail) et en l'absence d'une validation de la participation sociale au travail en situation réelle.

Contrairement aux programmes répertoriés dans le chapitre premier et aux résultats de l'étude qualitative de Mercier (1998), les ergothérapeutes interrogés considèrent davantage de facteurs reliés au travailleur (ex. : participation sociale aux autres habitudes de vie pré-TCE, portrait professionnel pré-TCE) que les caractéristiques traditionnelles (ex. : capacités motrices et intellectuelles, exigences motrices et intellectuelles de l'emploi, barrières architecturales).[167] Au plan de l'environnement de travail, la pratique des ergothérapeutes québécois, comparée à la majorité des programmes spécifiques aux TCE (*Entrée au travail puis entraînement* et *Entraînement puis entrée au travail puis entraînement*), se ressemblent qu'il s'agisse de l'emploi antérieur ou d'un nouvel emploi.[88, 139, 153, 157-159] Toutefois, l'évaluation du soutien de l'employeur et du milieu de travail n'est mentionnée par aucun programme spécifique aux TCE contrairement à la pratique décrite en SE. L'estimation de la compatibilité entre les facteurs reliés au travailleur et ceux de son environnement de travail fait partie des étapes de la majorité des programmes spécifiques aux TCE, mais elle est utilisée pour des objectifs différents que dans la pratique décrite par les ergothérapeutes. Pour les programmes décrits dans le chapitre premier, l'estimation est utilisée, dans la plupart des cas, lorsqu'un nouvel emploi est ciblé pour l'intégration sur le marché du travail. Dans la pratique décrite par les ergothérapeutes québécois, elle semble plutôt utilisée pour des fins de pronostic demandé par l'organisme payeur et de prédiction déterminant si des interventions en regard du travail doivent être entamées. En général, pour les programmes spécifiques aux TCE, cette estimation pour fin de recherche d'emploi semble se réaliser à partir des informations recueillies sur le travailleur (ex. : capacités en regard du travail) et sur l'environnement de travail. Toutefois, il semble apparemment que certains programmes décrits dans le chapitre premier omettent les informations relatives à l'environnement de travail ou se basent, en général, sur les capacités résiduelles en général plutôt que sur celles spécifiques au travail tout comme dans la pratique des ergothérapeutes en SI.[153, 158, 159]

Au plan du type de milieu d'intervention, la pratique décrite dans cette étude est généralement moins écologique durant la phase *Préparation au travail*. En effet, l'évaluation et les thérapies sont réalisées en milieu artificiel ou naturel ou les deux pour tous les ergothérapeutes interrogés. Toutefois, l'évaluation et les thérapies en regard du travail durant la phase *Entrée et maintien au travail* sont réalisées en milieu naturel pour les ergothérapeutes en SE et en SIE.

En général, la pratique en regard de la réintégration professionnelle décrite par les ergothérapeutes en SE et en SIE ressemble aux programmes spécifiques aux TCE du chapitre premier *Entraînement puis entrée au travail puis entraînement*. La pratique de l'un des groupes en SE de cette étude se rapproche, quant à elle, davantage aux programmes *Entrée au travail puis entraînement* en ce qui a trait à l'intervention au plan du travail. En effet, une thérapie en milieu de travail antérieur s'apparentant au *Supported employment* est généralement utilisée plutôt que l'entraînement préparatoire en milieu artificiel.[88] En général, la pratique ergothérapique québécoise ne ressemble apparemment pas à la pratique américaine ou australienne spécifiquement, mais plutôt à une combinaison des deux tendances. La majorité des ergothérapeutes québécois ayant participé à l'étude privilégient de préparer le travailleur (ex. : thérapie de réadaptation fonctionnelle en milieu de réadaptation) et de faire un entraînement en milieu de travail ensuite (ex. : exposition graduée au travail en milieu de travail antérieur). Par ailleurs, les résultats de la présente étude font état d'une pratique davantage réalisée dans le milieu naturel du travailleur que dans l'étude de Mercier (1998).[167]

Des facteurs reliés à l'ergothérapeute, à des caractéristiques de son milieu de travail ou à l'employeur du travailleur pourraient expliquer la réponse au critère *écologie*. En effet, l'évaluation exhaustive réalisée par les ergothérapeutes pourrait s'expliquer par le fait que la formation initiale des ergothérapeutes permet d'aborder la problématique du retour au travail en considérant la relation personne-environnement, c'est-à-dire l'ensemble des

facteurs reliés au travailleur et à son environnement en interaction (analyse d'activité). Par contre, une abondance d'équipement et de matériel pour simuler des activités de travail ou encore un vaste territoire à desservir augmentant la distance à parcourir pour intervenir dans le milieu de travail pourrait aussi être à l'origine d'une utilisation d'un milieu artificiel par certains ergothérapeutes. Finalement, un manque d'ouverture de l'employeur à collaborer à la réadaptation au travail de son employé ayant un TCE pourrait limiter la possibilité d'intervenir en milieu de travail.

Conséquences et recommandations:

La préparation au travail en milieu artificiel privilégiée par la plupart des ergothérapeutes en SE et en SIE est un contexte d'entraînement ne favorisant pas la généralisation des acquis particulièrement chez les travailleurs présentant des dysfonctions exécutives suite à un TCE. En effet, la remédiation cognitive s'est révélée inefficace sauf pour les aptitudes visuo-perceptuelles.[207, 208] L'estimation de la compatibilité entre les facteurs reliés au travailleur et ceux de son environnement de travail sans avoir procédé à une évaluation en milieu de travail est une pratique à double tranchant puisqu'elle risque de surestimer ou de sous-estimer ce que le travailleur est en mesure de faire. Par le fait même, la prise de décision peut être biaisée ou faussée par l'utilisation d'information inappropriée. La poursuite de l'évaluation exhaustive des facteurs reliés au travailleur, à ses autres habitudes de vie que le travail et à son environnement de travail est recommandée. L'utilisation des différents milieux naturels pour l'entraînement au travail se doit d'être privilégiée en considérant avant tout le milieu de travail antérieur et en reléguant le milieu de réadaptation au dernier choix.

4.3 Approche centrée sur le client

Le critère *approche centrée sur le client*, soit une pratique individualisée, en partenariat actif avec le travailleur, visant son autodétermination et sa satisfaction fait partie des

préoccupations de tous les ergothérapeutes ayant participé à l'étude. Toutefois, la pratique ergothérapique décrite ne permet pas de concrétiser complètement l'approche centrée sur le client.

L'approche avec le travailleur en regard de la réintégration professionnelle est généralement individualisée. En effet, selon tous les ergothérapeutes interrogés, le processus d'évaluation en regard du travail est systématiquement débuté par l'identification, par le travailleur et par ses proches, des rôles qui sont significatifs et importants pour lui. Par contre, en SI, le travail est considéré par les ergothérapeutes que si le travailleur l'aborde lui-même et que si celui-ci évolue favorablement et rapidement (ex. : nombre limité de déficiences, peu de situations de handicap dans les autres habitudes de vie que le travail). De plus, en SIE, les thérapies reliées au travail débutent avant la reprise des autres habitudes de vie dans certains cas où il y a un enjeu financier (ex. : travailleur autonome ou ne bénéficiant pas d'une couverture d'assurance privée comme celle de la Société de l'assurance automobile du Québec, de la Commission de la santé et sécurité au travail). Par contre, en SE et en SIE, un éventail d'options et de modalités d'intervention en lien avec l'entraînement au travail et l'aménagement de l'environnement peuvent être offerts ou sélectionnés en fonction des besoins propres du travailleur (ex. : entraînement en milieu de réadaptation, exposition graduée au travail dans le milieu de travail antérieur, aménagement du poste de travail, enseignement de principes de gestion d'énergie). En SE et en SIE, une réévaluation répétée de la situation du travailleur (ex. : capacités en regard du travail, participation sociale au travail et aux autres habitudes de vie) permet aux ergothérapeutes d'ajuster leurs interventions et le choix de modes de cueillette de données (ex. : entrevue versus courriel à l'employeur) en fonction de l'évolution du travailleur tout au long du processus. Par contre, il ne semble pas possible de recommencer systématiquement le processus de réintégration professionnelle en fonction des besoins du travailleur dans l'un ou l'autre des établissements participant à l'étude. Par exemple, si le travailleur ne réussit pas à reprendre son travail antérieur avec ou sans modification, son

dossier est fermé en réadaptation. Les programmes spécifiques aux TCE répertoriés dans le chapitre premier semblent plutôt favoriser une approche centrée sur le client en laissant la chance au travailleur de réintégrer le marché du travail indépendamment des capacités résiduelles. Selon la pratique décrite par les ergothérapeutes en SE et en SIE, les options d'entraînement en milieu de travail semblent plus variées que celles identifiées dans la littérature reliée aux programmes spécifiques aux TCE ce qui permet de personnaliser davantage l'intervention lors de l'entrée et du maintien au travail.

Tout au long de la réadaptation, le travailleur et les proches sont systématiquement informés du processus, des résultats obtenus aux évaluations et des objectifs de réadaptation en SI, en SE et en SIE. Dans certains cas en SE, l'employeur peut participer à l'élaboration du plan de réadaptation au travail (ex. : choix des tâches pour débiter l'entraînement avec l'ergothérapeute). En SE et en SIE, l'employeur participe à la prise de décision en regard du travail durant la réintégration professionnelle du travailleur en étant invité à partager son opinion sur la participation sociale au travail de son employé ayant un TCE. Par contre, ni le travailleur ni les personnes significatives (ex. : proches, employeur, collègues de travail) ne sont invités aux réunions décisionnelles en regard du travail. Dans les programmes spécifiques aux TCE recensés, les personnes significatives (ex. : proches, employeur) ou le travailleur ou les deux sont informés en regard des résultats d'évaluation ou de l'évolution du travailleur ou du plan d'intervention.[88, 139, 149, 158, 159]

Le travailleur semble participer à l'élaboration des objectifs de réadaptation au travail dans certains cas en SE. Dans d'autres cas en SE, l'approbation du travailleur en regard des objectifs déterminés par l'équipe est sollicitée seulement. En SE et en SIE, la participation du travailleur dans la planification et l'organisation du retour au travail est généralement limitée. En effet, l'ergothérapeute planifie les conditions d'entrée au travail et rédige les documents relatifs à l'entraînement en milieu de travail. Par contre, les ergothérapeutes en SIE semblent encourager le travailleur, dans un contexte où celui-ci collabore à la

réadaptation au travail et habite à une distance considérable du milieu de réadaptation, à prendre ses responsabilités envers sa propre santé et sa qualité de vie en utilisant le domicile pour réaliser la thérapie reliée au travail. Dans le programme *Supported employment*, les proches participent à l'élaboration du plan d'intervention.[88]

Dans certains cas en SE, la satisfaction du travailleur en regard des interventions de réadaptation semble être tenue en compte durant le processus de réadaptation au travail.

Une pratique centrée sur le client constitue un thème central en ergothérapie comme partie intégrante de la formation de base des ergothérapeutes en les guidant dans l'individualisation des interventions.[209] Cependant, les mandats précis octroyés par les organismes payeurs peuvent aller à l'encontre des principes de cette pratique en négligeant les intérêts réels du travailleur pour sa réadaptation au travail. Par exemple, l'organisme payeur pourrait demander une évaluation des capacités en regard d'un emploi que celui-ci aurait déterminé hypothétiquement alors que la personne est à la retraite. Un préjugé défavorable en lien avec un TCE sévère pourrait également être à l'origine de présomptions d'inaptitude au travail tôt dans le processus. Ces inaptitudes à l'emploi présumées peuvent mener à une exclusion de toute intervention en lien avec la réintégration professionnelle du plan d'intervention interdisciplinaire, devenant un désincitatif à la participation sociale à des habitudes de vie productives. Par ailleurs, l'ergothérapeute pourrait ne pas solliciter la participation du travailleur ou des personnes significatives (ex. : proches, employeur, collègues de travail) dans la planification et l'organisation de sa réadaptation au travail en raison par exemple, d'un TCE sévère générant des troubles graves du comportement.

Conséquences et recommandations :

Il est possible que dans le contexte québécois, l'organisme payeur devienne un client supplémentaire ou même l'unique client plutôt que le travailleur lui-même. Une telle situation pourrait entraîner dans certains cas un problème déontologique et éthique, brimer

le lien thérapeutique avec ce dernier en répondant aux attentes de l'organisme payeur plutôt qu'à celles du travailleur. De plus, le travailleur est susceptible de moins bien participer au processus de réadaptation s'il n'est pas suffisamment impliqué dans les choix et les priorités reliés à sa réadaptation au travail. Le manque d'information pourrait occasionner de l'incompréhension de la part du travailleur en regard du plan d'intervention et des modalités utilisées. Le fait de hiérarchiser les habitudes de vie à reprendre selon leur complexité plutôt que selon les priorités du travailleur (ex. : soins personnels avant le travail) ne permet pas une pratique individualisée, mais plutôt orientée selon les priorités du thérapeute. Il est recommandé de bien identifier les priorités et les activités significatives pour le travailleur afin d'orienter les interventions selon ses attentes, ses valeurs et croyances plutôt que selon celles de l'organisme payeur ou de l'ergothérapeute. Par exemple, un travailleur qui préfère utiliser son énergie résiduelle pour le travail plutôt que pour ses soins personnels ou l'entretien du domicile pourrait bénéficier d'une aide pour ces tâches et ainsi investir ses capacités résiduelles au travail.

4.4 Coordination

Le critère *coordination* semble être répondu. En effet, la transmission de l'information et des différents types de services semble efficace. Tout au long de la réadaptation et ce jusqu'à l'évaluation finale, des réunions régulières semblent permettre à l'équipe d'intervenants en SE et en SIE de prendre les décisions en regard des objectifs et des orientations au plan du travail après avoir échangé les informations recueillies (ex. : travailleur, employeur, proches), partagé les résultats d'évaluation, les progrès observés et l'atteinte des objectifs. L'ergothérapeute semble agir à titre de gestionnaire de cas dans le processus de réintégration au travail en facilitant les échanges d'information de l'externe (ex. : employeur, travailleur en contexte de retour au travail) à l'interne (ex. : équipe) à l'aide de plusieurs moyens (ex. : plan de réadaptation présenté à l'employeur, observations de l'employeur rapportées à l'équipe). Il semble y avoir des mécanismes d'entente (ex. :

plan d'intervention interdisciplinaire, rencontre des équipes interne et externe, contact avec l'ergothérapeute en SI ou en SE) entre certains établissements SI et SE pour la transmission d'information reliée au travailleur. Toutefois, la transmission d'information en regard du travail semble presque inexistante à l'égard du travail entre les ergothérapeutes en SI et en SE sauf dans certains cas où quelques renseignements sur les caractéristiques du poste de travail et le titre d'emploi du travailleur sont donnés. Comme en Australie, la gestion de cas fait partie de la pratique des ergothérapeutes québécois étant donné l'utilisation du milieu de travail dans la réintégration professionnelle ce qui n'est pas courant aux États-Unis (pratique en milieu artificiel).

Conséquence et recommandations :

La mise en place de mécanismes d'entente de services et de communication favorise une pratique plus harmonisée entre les types de services et les membres d'une même équipe de réadaptation. Toutefois, les différences de discours entre les intervenants de services distincts pourraient, par exemple, mener à une incompréhension ou une confusion du travailleur et des personnes significatives et rendre la poursuite de la réadaptation plus difficile. La répétition de certaines évaluations par des ergothérapeutes de services différents peut être une raison de difficulté au plan de la collaboration du travailleur. Il serait important de porter une attention particulière à la cohérence d'interventions entre les types de services d'un même continuum et entre les intervenants d'une même équipe.

4.5 Continuité

Le critère de *continuité* apparaît difficile à répondre et à concrétiser dans le contexte du système de santé québécois. En SE et en SIE, le processus comporte plusieurs évaluations qui s'échelonnent tout au long de la réadaptation au travail. En effet, avant l'entraînement au travail, une évaluation de l'évolution des capacités en regard du travail semble être faite. De plus, durant l'entraînement en milieu de travail, tous les ergothérapeutes interrogés ont

mentionné faire une évaluation de la participation sociale au travail (ex. : observations répétées du travailleur dans l'exécution de ses tâches de travail en milieu de travail, entrevue avec l'employeur par rapport au travailleur) et une réévaluation de la participation sociale dans les autres habitudes de vie (ex. : questionnaire auto administré au travailleur, observations des proches rapportées par le travailleur social de l'équipe) de façon continue. Par contre, un dédoublement de l'évaluation semble fait par certains ergothérapeutes en SE au plan de la participation sociale dans les habitudes de vie autres que le travail pré-TCE. En effet, il semble que certains ergothérapeutes en SE font une évaluation du portrait général pré-TCE alors qu'elle a été faite en SI. Toutefois, il est possible que cette évaluation du portrait général pré-TCE soit faite seulement lorsque les travailleurs sont directement référés aux services post-hospitaliers externes sans passer par les services post-hospitaliers internes. En SIE, la continuité des interventions semble davantage facile à faire étant donné que le même ergothérapeute offre les services à l'interne et à l'externe.

Il semble y avoir des corridors de services, donc des ententes établies entre certains établissements, facilitant la transition entre les différents types de services. Par contre, la fragmentation du processus de réadaptation à l'intérieur du CST favorise une vision séquentielle et à court terme de la réadaptation reléguant le travail à la fin du processus tout en ne respectant pas la vitesse d'évolution du travailleur et de son environnement.

Par ailleurs, aucun des processus de soins et services décrits par les ergothérapeutes ne semble offrir de suivi continu à long terme. Les mandats précis octroyés par les organismes payeurs aux équipes de réadaptation ou les objectifs des différents types de services pourraient expliquer cette situation.

Comme pour certains ergothérapeutes interrogés en SE, un soutien naturel est développé auprès des collègues de travail du travailleur dans certains programmes spécifiques aux TCE.[88, 157-159] Ces programmes *Entrée au travail puis entraînement* ou *Entraînement*

puis entrée au travail puis entraînement effectuent une forme de suivi à court ou à long terme. Dans la pratique décrite par les ergothérapeutes en SE et en SIE, aucun suivi continu à long terme n'est fait.

Conséquence et recommandations :

Un continuum de services dans différents établissements risque de générer des restrictions d'intervention à certaines habitudes de vie ou facteurs reliés au travailleur et à son environnement au détriment des priorités identifiées par le travailleur (ex. : soins personnels en SI, retour au travail en SE). Étant donné qu'il n'y a pas de suivi continu à long terme permettant une prévention de nouvelles situations de handicap au travail ou dans d'autres habitudes de vie pouvant influencer le travail, l'investissement massif en réadaptation post-TCE risque, dans certains cas, d'être réduit possiblement à l'échec à court et à long terme. Des interventions de suivi continu à long terme devraient être sérieusement envisagées afin de permettre au travailleur de demeurer au travail ou de se trouver un nouvel emploi dans le cas de changement ou d'un échec à court ou à long terme.[210] Une révision des objectifs d'établissement du CST devrait être faite afin de favoriser une vision à long terme de la réadaptation et ainsi des interventions visant davantage le développement d'un soutien naturel.

4.6 Qualité d'équipe

En ce qui concerne le critère *qualité d'équipe*, la réintégration professionnelle pilotée par l'ergothérapeute semble se réaliser avec une équipe diversifiée en SE et en SIE. En effet, l'éducateur spécialisé, l'ergothérapeute, le médecin omnipraticien ou spécialiste, le neuropsychologue, l'orthophoniste, le physiothérapeute, l'agent d'intégration, le travailleur social et le conseiller de réadaptation sont les intervenants composant l'équipe les plus souvent mentionnés par l'ensemble des ergothérapeutes interrogés. Cette équipe de professionnels semble être élargie en y incluant le travailleur et les proches lorsqu'il est

question d'évaluation par tous les ergothérapeutes. L'employeur semble aussi être intégré systématiquement par les ergothérapeutes en SE et en SIE particulièrement durant le processus d'évaluation en milieu de travail. Dans certains cas en SE, d'autres personnes significatives peuvent même être intégrées au processus d'évaluation (ex. : enseignant d'une profession spécifique, collègues de travail). L'employeur et les collègues de travail sont intégrés dans les thérapies liées au travail comme tel seulement dans certains cas en SE. Le processus décisionnel en regard du travail relève de l'équipe selon tous les ergothérapeutes. Ni le travailleur, ni les proches ne semblent exercer de pouvoir à cet effet puisqu'ils sont consultés seulement. L'employeur peut participer en SE et en SIE à certaines étapes décisionnelles (ex. : plan de réadaptation en milieu de travail négocié, opinion considérée par l'équipe dans la décision finale en regard du travail après que l'emploi ait été repris avec ou sans modification).

L'évaluation en milieu de travail des ergothérapeutes en SE et en SIE semblent similaires au plan des sources d'information et des modes de cueillette de données. En effet, l'employeur, le travailleur et les proches semblent collaborer à l'évaluation comme dans la plupart des programmes spécifiques aux TCE décrits dans le chapitre premier *Entrée au travail puis entraînement et Entraînement puis entrée au travail puis entraînement*. [63, 88, 153, 158, 159] La visite en milieu de travail et les appels téléphoniques sont aussi privilégiés dans ces programmes comme par les ergothérapeutes interrogés dans cette étude. La pratique québécoise décrite apparaît impliquer davantage les personnes significatives et le travailleur dans le processus d'évaluation comme en Australie contrairement, à la pratique aux États-Unis où il n'y a que le travailleur qui est impliqué. Plusieurs programmes spécifiques aux TCE décrivent explicitement que l'équipe d'intervenants est élargie en y incluant le travailleur ou les personnes significatives (ex. : proches, employeur) ou les deux. [63, 153, 157-159] Le rôle du travailleur ou des personnes significatives est plus grand et plus explicite en regard des choix d'orientations au travail des programmes spécifiques aux TCE que celui décrit par les ergothérapeutes de l'étude.

En effet, l'employeur et le travailleur peuvent être appelés à collaborer aux choix des tâches de travail et aux conditions d'entrée au travail, les collègues de travail et l'employeur à aider le travailleur et les proches à participer à la réadaptation.[63, 88, 153, 157] Le développement d'un soutien naturel en milieu de travail est peu réalisé par les ergothérapeutes québécois de l'étude mis à part quelques-uns en SE.

Bien que les autres membres de l'équipe semblent avoir un rôle actif dans la réadaptation au travail et l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire, il est possible que la valeur de l'expertise des partenaires (ex. : employeur, proches) dans les décisions relatives à la réintégration au travail soit sous-estimée.

Conséquence et recommandations :

Les décisions et les choix en regard de la réintégration au travail sont susceptibles de ne pas tenir compte complètement de la réalité du milieu de travail et du travailleur et de ne pas être éclairés si les partenaires et le travailleur ne sont pas davantage impliqués. L'implication du travailleur et des personnes significatives devrait être plus importante particulièrement dans les choix orientant la réintégration au travail, mais aussi dans le développement d'un soutien naturel. Ce dernier est un investissement à long terme pour le maintien au travail du travailleur ayant subi un TCE.

4.7 Forces et limites de l'étude

Les critères méthodologiques d'un devis qualitatif (crédibilité, transférabilité, fiabilité, confirmation) ont pu être répondus par différents moyens.

La crédibilité de l'étude (validité interne) a été favorisée par deux moyens. Étant donné que l'un des membres de l'équipe de recherche s'est engagé de façon prolongée (ex. : présentation du projet aux participants, animation des groupes) dans les différents milieux

de travail des ergothérapeutes interrogés durant la collecte de données, celui-ci est devenu plus sensible aux différentes dynamiques et caractéristiques des milieux. De plus, la stratégie de collecte des données a permis de trianguler deux types de sources d'information (six groupes d'ergothérapeutes d'un même établissement, littérature dans le domaine de la réintégration professionnelle) à l'aide d'une seule modalité de collecte d'information (groupe de discussion). La triangulation des perspectives théoriques avec la pratique décrite par les participants permet de donner un sens au sujet étudié et une compréhension riche de celui-ci. Toutefois, le fait d'utiliser plusieurs modes de collecte de données aurait permis de compenser les limites de l'utilisation unique des groupes de discussion. La stratégie d'analyse a favorisé une compréhension des différences et des points communs entre les participants d'un même type de services et de services différents avec la littérature. En effet, la triangulation permet de faire ressortir les informations qui possèdent un caractère de justesse et de véracité (informations communes aux différentes sources d'information) tout en faisant ressortir un maximum de facettes (diversité des informations entre les sources) du sujet d'étude. Des informations recueillies individuellement triangulées avec celles obtenues lors des groupes de discussion auraient permis de nuancer davantage les résultats. L'échéancier de l'étude n'a pas permis à l'équipe de recherche de soumettre les différents processus de soins et services illustrant la pratique ergothérapique décrite durant les groupes de discussion à une vérification par les participants de l'étude (ex. : envoi postal de l'interprétation des résultats aux participants quelques semaines après la tenue du groupe).

Afin de répondre au critère de transférabilité (validité externe), une description du milieu de travail des ergothérapeutes et du contexte de l'étude a été donnée. Toutefois, une visite des milieux de travail des ergothérapeutes aurait permis d'identifier de façon plus détaillée leurs caractéristiques. Par ailleurs, une description plus riche aurait facilité le jugement de l'utilisation des résultats en fonction de la ressemblance des milieux de travail avec ceux de l'échantillon (ex. : ergothérapeutes en SI). Les caractéristiques détaillées de l'échantillon

favorisent la transposition des résultats à la population d'ergothérapeutes ayant les mêmes. Toutefois, le petit nombre d'établissements étudiés dans l'échantillon ne représente pas nécessairement la pratique de l'ensemble des ergothérapeutes de ce domaine au Québec. De plus, la tenue du journal de bord tout au long de l'étude par l'équipe de recherche a permis de garder en mémoire la dynamique de terrain (ex. : atmosphère des groupes), les événements importants survenus durant l'étude (ex. : perte de participants) afin de contextualiser les données.

Le critère de fiabilité (fidélité) a pu être répondu à l'aide de la tenue du journal de bord permettant d'apprécier la cohérence entre les résultats et le déroulement de l'étude (ex. : modification du protocole s'il y a lieu, documentation de l'évolution de l'étude). Un taux de 92% de fidélité inter juge a été obtenu pour deux échantillons extraits des verbatim représentant 33% du matériel à coder. Selon Huberman & Miles (1994), un taux de 90% doit être obtenu pour publication des résultats.[211] Par ailleurs, ce degré d'accord élevé entre les deux juges réduit la subjectivité de la description des résultats et de leur interprétation et favorise également le critère de confirmation. Une triangulation des opinions des chercheurs a été faite au cours de l'étude. Le membre de l'équipe le plus impliqué dans la cueillette de données a ainsi pris régulièrement une distance par rapport à sa démarche et en a discuté avec les autres membres de l'équipe de recherche (ex. : décisions prises pour l'étude).

L'objectivité (confirmation) des données produites a été favorisée par l'utilisation d'instruments de collecte de données qui est justifiée. En effet, les questions ont été élaborées à partir de la littérature, de l'expérience clinique et de recherche dans le domaine de la réintégration professionnelle des TCE. Le sujet a donc probablement été exploré de façon exhaustive. Au plan de l'analyse des données, les catégories du cadre conceptuel utilisées ont été choisies à partir de la littérature. Ces catégories étaient définies de façon détaillée ce qui a permis de les appliquer rigoureusement sans ambiguïté. Les autres

membres de l'équipe de recherche ont procédé à une vérification continue des données recueillies et de leur interprétation afin d'assurer la logique et la cohérence avec la question de recherche et le cadre conceptuel.

Un devis qualitatif était pertinent afin de décrire et d'explorer la pratique selon la perspective et l'expérience de l'ergothérapeute. Ce type de devis de recherche comporte des forces et des limites liées à l'échantillonnage, à l'instrumentation pour la cueillette de données et à la procédure.

Certaines problématiques au point de vue de l'échantillonnage ont été rencontrées au plan du recrutement mettant en jeu la saturation d'information. Les participants de l'étude étaient des ergothérapeutes expérimentés, intéressés à participer au projet de recherche et répondant aux critères d'inclusion permettant de constituer des groupes ayant une expérience suffisante avec la clientèle pour y réfléchir, en discuter aisément avec des pairs tout en nuanciant leurs propos en fonction de la gravité du TCE (ex. : léger, modéré, sévère). Des groupes constitués d'ergothérapeutes d'un même établissement a favorisé l'homogénéité des pratiques entre les participants. Certains établissements ont dû renoncer à participer à l'étude en raison du manque d'expérience des ergothérapeutes ou encore de critères d'inclusion non répondus. Il y a également eu perte d'un sujet en cours de collecte de données pour des raisons personnelles de santé. Par ailleurs, un nombre minimal de participants par groupe (minimum quatre, maximum 14) a été difficilement atteint étant donné le nombre variable d'ergothérapeutes potentiels par établissement et les contraintes de libération d'ergothérapeutes par l'employeur (ex. : groupe de deux participants). La saturation théorique d'information devait être atteinte après cinq ou six groupes, mais il est possible que le nombre ait été plus ou moins suffisant.[199, 211] Ainsi, bien qu'un nombre important d'ergothérapeutes ait été recruté, la saturation d'information pourrait ne pas être atteinte.

Étant donné que la collecte de données a été réalisée à l'aide d'une discussion semi dirigée entre plusieurs ergothérapeutes, la communication était contrainte par la structure prédéterminée des questions ouvertes. Bien que la détermination au préalable des questions ait permis d'uniformiser chacun des groupes de discussion et de faciliter l'analyse des réponses, il est possible qu'il y ait eu perte d'information liée aux sujets de discussion imprévus. En effet, les aspects nouveaux ont pu être abordés par l'animateur à l'aide de questions permettant d'éclaircir certains points, mais ces aspects n'ont pas nécessairement été explorés en profondeur.

Le pré-test et l'expérience cumulée à la tenue de chacun des groupes par le même animateur ont possiblement influencé positivement la quantité et la qualité de l'information recueillie. Le fait que l'animateur des groupes de discussion soit lui-même clinicien dans le domaine facilitait l'élaboration des questions ouvertes sur le sujet de l'étude, la compréhension du discours des participants et l'adaptation des questions prédéterminées au contenu de chaque groupe. Un animateur clinicien a également permis d'atténuer l'écart et la différence entre les participants et l'animateur dans un contexte où le participant expose sa pratique, dans toute sa vulnérabilité, aux critiques et au jugement scientifique.

Des biais peuvent avoir été introduits par la méthode de cueillette de données utilisée. Un biais lié à l'animateur a pu être induit en favorisant la suggestion des réponses des participants (ex. : ton de la voix ou expression du visage de l'animateur). Il a pu y avoir un biais lié aux participants (ex. : mauvaise compréhension de la question, réponses inexactes à cause de la désirabilité sociale). Le fait que les participants savaient que l'animateur était aussi un clinicien du domaine a pu également favoriser ce biais.

La durée des groupes de discussion (trois heures) et les questions abordées durant le groupe se sont révélées fort exigeantes pour les participants, ce qui a pu influencer la quantité et la qualité des réponses aux dernières questions posées. Idéalement, la discussion aurait

probablement dû être divisée en deux séances afin d'approfondir certaines questions. Toutefois, il y aurait eu probablement perte d'information entre les séances puisque les participants auraient continué les échanges sur le sujet abordé en groupe en l'absence de l'animateur.

Conclusion

Cette étude a permis d'explorer et de décrire la pratique des ergothérapeutes québécois en SI, en SE et en SIE en lien avec la réintégration professionnelle (emploi antérieur) de travailleurs ayant un TCE modéré ou sévère.

En général, il y a concordance entre la pratique ergothérapique et les phases et les étapes du *Modèle d'évaluation en regard du travail*, particulièrement en SE qui concorde le plus.[98] Le processus de soins et services en SI concorde le moins avec le modèle. Tous les ergothérapeutes indépendamment du type de services offerts réalisent des interventions en lien avec la préparation au travail à des degrés différents et selon des séquences variables. Les interventions reliées à l'entrée et au maintien au travail semblent circonscrites aux ergothérapeutes offrant des SE et des SIE. Le suivi à long terme n'est généralement pas offert.

La pratique ergothérapique, telle que décrite dans le mémoire, répond en partie aux critères associés au succès de retour et de maintien au travail (précocité, écologie, approche centrée sur le client, coordination, continuité, qualité d'équipe). La pratique décrite par les ergothérapeutes en SIE répond davantage à ces critères alors que celle en SI y répond le moins. Spécifiquement, la pratique décrite ne semble pas permettre d'aborder le travail rapidement bien que celle en SIE semble répondre le plus au critère *précocité*. En général, la pratique des ergothérapeutes en regard d'un retour au travail décrite par les participants de l'étude répond au critère *écologie*. La pratique ergothérapique décrite ne permet pas de

concrétiser complètement l'*approche centrée sur le client* (critère) par l'un ou l'autre des types de services. En ce qui concerne le critère *qualité d'équipe*, la réintégration professionnelle pilotée par l'ergothérapeute semble se réaliser avec une équipe diversifiée en SE et en SIE. Le critère *coordination* semble être répondu par tous les types de services particulièrement en SIE du fait que le même ergothérapeute assure les services internes et externes. Le critère de *continuité* apparaît difficile à répondre et à réaliser dans le contexte du système de santé québécois.

Cette étude aura permis de faire émerger un éventail de connaissances sur la pratique québécoise ergothérapique en lien avec la réintégration professionnelle de travailleurs ayant un TCE modéré ou sévère. Cette exploration des différentes interventions contribuera à une réflexion chez les ergothérapeutes en enrichissant leur pratique sur des façons de faire et des moyens différents.

Comme il n'y a pas qu'une façon de faire en ce qui a trait à la pratique en lien avec la réintégration professionnelle, de futures recherches pourront déterminer la plus efficace d'entre elles. Cette étude est une première étape (description de la pratique) du processus d'évaluation de l'efficacité des interventions en lien avec le retour et le maintien au travail chez les travailleurs TCE. Une étude de l'influence des différents facteurs propres ou non à l'ergothérapeute susceptibles d'influencer réellement la concordance de la pratique ergothérapique décrite avec le *Modèle d'évaluation en regard du travail* de Dutil et al. (1998) pourra également être réalisée.[98] Finalement, l'effet réel de différents facteurs, mentionnés dans la discussion générale de ce mémoire, sur la réponse de la pratique ergothérapique aux critères pourra être évalué.

Bibliographie

1. ICIS: *Traumatismes crâniens au Canada: Une décennie de changements (1994-1995 à 2003-2004). Analyse en bref*. Ottawa ON: Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2006; 21.
2. Graham DI, Genneralli TA: Trauma. In: Graham DI, Lantos PL, Greenfield JG, eds. *Greenfield's neuropathology*, 6th ed, vol 1. London New York: Arnold ; Oxford University Press, 1997; 197-262.
3. Genneralli TA: Mechanisms and pathophysiology of cerebral concussion. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1986; 1: 23-29.
4. Boake C, Francisco GE, Ivanhoe CB, Kothari S: Brain injury rehabilitation. In: Braddom R, L., ed. *Physical Medicine & Rehabilitation*, 2th ed. Philadelphie: W.B. Saunders Company, 2000; 1073-1116.
5. Teasdale G, Jennett B: Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974; 2(7872): 81-84.
6. Teasdale G, Jennett B: Assessment and prognosis of coma after head injury. *Acta Neurochirurgica* 1976; 34(1-4): 45-55.
7. Gervais M, Dubé S: *Étude exploratoire des besoins en services offerts à la clientèle traumatisée cranio-cérébrale au Québec*. Québec: Université Laval, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, 1999; 127.
8. Harrick L, Krefling L, Johnston J, Carlson P, Minnes P: Stability of functional outcomes following transitional living programme participation: 3-year follow-up. *Brain Injury* 1994; 8(5): 439-447.
9. Jean-Bay E: The biobehavioral correlates of post-traumatic brain injury depression. *Journal of Neuroscience Nursing* 2000; 32(3): 169-176.
10. Campbell M: Understanding traumatic brain injury. In: Campbell M, ed. *Rehabilitation for traumatic brain injury: physical therapy practice in context*. Toronto: Churchill Livingstone, 2000; 17-44.
11. Moscato BS, Trevisan M, Willer BS: The prevalence of traumatic brain injury and co-occurring disabilities in a national household survey of adults. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences* 1994; 6(2): 134-142.
12. Greenwald BD, Burnett DM, Miller MA: Congenital and acquired brain injury. 1. Brain injury: Epidemiology and pathophysiology. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 2003; 84(3): S3-S7.
13. Murdoch BE, Theodoros DG: Introduction: epidemiology, neuropathophysiology, and medical aspects of traumatic brain injury. In: Murdoch BE, Theodoros DG, eds. *Traumatic brain injury: associated speech, language and swallowing disorders*. San Diego CA: Singular Thomson Learning, 2001; 1-23.
14. Charron L: *Profil des blessures et des séquelles permanentes des victimes d'accidents de la route au Québec en 2001*. Québec: Service des études et des stratégies en assurance

- automobile, Direction de la planification et de la statistique, Société de l'assurance automobile du Québec, 2005; 40.
15. Fougeyrollas P, Réseau international sur le processus de production du handicap: *Classification québécoise--processus de production du handicap*. Lac St-Charles, Québec: RIPPH/SCCIDIH, 1998.
 16. Ragnarsson KT, Clarke WR, Daling JR, et al.: Rehabilitation of persons with traumatic brain injury. *JAMA* 1999; 282(10): 974-983.
 17. Miller L: *Psychotherapy of the brain-injured patient : reclaiming the shattered self*. New York: W.W. Norton & Co., 1993.
 18. Fraser RT, Baarslag-Benson R: Cross-disciplinary collaboration in the removal of work barriers after traumatic brain injury. *Topics in Language Disorders* 1994; 15(1): 55-67.
 19. Lacroix J: *The contribution of aptitude testing to the vocational rehabilitation of adults with traumatic brain injuries*. University of Victoria; 1993.
 20. Aloni R, Katz S: A review of the effect of traumatic brain injury on the human sexual response. *Brain Injury* 1999; 13(4): 269-280.
 21. Bontke CF, Don Lehmkuhl L, Englander J, et al.: Medical complications and associated injuries of persons treated in the traumatic brain injury model systems programs. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1993; 8(2): 34-46.
 22. Schlageter K, Gray B, Hall K, Shaw R, Sammet R: Incidence and treatment of visual dysfunction in traumatic brain injury. *Brain Injury* 1993; 7(5): 439-448.
 23. Yablon S, Dostrow V: Post-traumatic seizures and epilepsy. *Physical Medicine & Rehabilitation* 2001; 15(2): 301-326.
 24. Mayer NH: Clinicophysiology concepts of spasticity and motor dysfunction in adults with an upper motoneuron lesion. *Muscle & Nerve Supplement* 1997; 6: S1-13.
 25. Maskell F, Chiarelli P, Isles R: Dizziness after traumatic brain injury: overview and measurement in the clinical setting. *Brain Injury* 2006; 20(3): 293-305.
 26. Mackay LE, Morgan AS, Bernstein BA: Factors affecting oral feeding with severe traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1999; 14(5): 435-447.
 27. Morgan AT, Ward EC: Swallowing: neuroanatomical and physiological framework. In: Murdoch BE, Theodoros DG, eds. *Traumatic brain injury: associated speech, language, and swallowing disorders*. San Diego CA: Singular Publishing Group, 2001; 313-329.
 28. Colantonio A, Dawson DR, McLellan BA: Head injury in young adults: Long-term outcome. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 1998; 79(5): 550-558.
 29. Hillier SL, Sharpe MH, Metzger J: Outcomes 5 years post-traumatic brain injury (with further reference to neurophysical impairment and disability). *Brain Injury* 1997; 11(9): 661-675.
 30. Ivanhoe CB, Hartman ET: Clinical Caveats on Medical Assessment and Treatment of Pain after TBI. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2004; 19(1): 29-39.
 31. Van Balen HGG, Mulder T, Keyser A: Towards a disability-oriented epidemiology of traumatic brain injury. *Disability & Rehabilitation* 1996; 18(4): 181-190.
 32. Hellowell DJ, Pentland B: Relatives' reports of long term problems following traumatic brain injury or subarachnoid haemorrhage. *Disability & Rehabilitation* 2001; 23(7): 300-305.

33. Mazaux JM, Masson F, Levin HS, Alaoui P, Maurette P, Barat M: Long-term neuropsychological outcome and loss of social autonomy after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 1997; 78(12): 1316-1320.
34. Olver JH, Ponsford JL, Curran CA: Outcome following traumatic brain injury: A comparison between 2 and 5 years after injury. *Brain Injury* 1996; 10(11): 841-848.
35. Ponsford JL, Olver JH, Curran C: A profile of outcome: 2 years after traumatic brain injury. *Brain Injury* 1995; 9(1): 1-10.
36. Theodoros DG, Murdoch BE, Goozee JV: Dysarthria following traumatic brain injury: Incidence, recovery, and perceptual features. In: Murdoch BE, Theodoros DG, eds. *Traumatic brain injury: associated speech, language, and swallowing disorders*. San Diego CA: Singular Thomson Learning, 2001; 27-51.
37. Mann NR, Black KL: Balance and vestibular dysfunction. In: Horn LJ, Zasler ND, eds. *Medical rehabilitation of traumatic brain injury*. Philadelphia PA: Hanley & Belfus, Inc., 1995; 479-498.
38. Hoofien D, Gilboa A, Vakil E, Donovick PJ: Traumatic brain injury (TBI) 10-20 years later: A comprehensive outcome study of psychiatric symptomatology, cognitive abilities and psychosocial functioning. *Brain Injury* 2001; 15(3): 189-209.
39. Chua K, Kong K: Rehabilitation outcome following traumatic brain injury -- the Singapore experience. *International Journal of Rehabilitation Research* 1999; 22(3): 189-197.
40. Tennant A, Macdermott N, Neary D: The long-term outcome of head injury: Implications for service planning. *Brain Injury* 1995; 9(6): 595-605.
41. Johnson R, Balleny H: Behaviour problems after brain injury: Incidence and need for treatment. *Clinical Rehabilitation* 1996; 10(2): 173-181.
42. Flashman LA, McAllister TW: Lack of awareness and its impact in traumatic brain injury. *Neurorehabilitation* 2002; 17(4): 285-296.
43. Lezak MD: *Neuropsychological assessment*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1983.
44. Ashman TA, Spielman LA, Hibbard MR, Silver JM, Chandna T, Gordon WA: Psychiatric challenges in the first 6 years after traumatic brain injury: Cross-sequential analyses of axis I disorders. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 2004; 85(SUPPL. 2): S36-S42.
45. Hibbard MR, Uysal S, Kepler K, Bogdany J, Silver J: Axis I psychopathology in individuals with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1998; 13(4): 24-39.
46. Ashley M, Persel C, Krych D: Long-term outcome follow-up of postacute traumatic brain injury rehabilitation: an assessment of functional and behavioral measures of daily living. *Journal of Rehabilitation Outcomes Measurement* 1997; 1(4): 40-47.
47. Morton MV, Wehman P: Psychosocial and emotional sequelae of individuals with traumatic brain injury: A literature review and recommendations. *Brain Injury* 1995; 9(1): 81-92.
48. Colantonio A, Ratcliff G, Chase S, Kelsey S, Escobar M, Vernich L: Long term outcomes after moderate to severe traumatic brain injury. *Disability & Rehabilitation* 2004; 26(5): 253-261.

49. Dutil E, Vanier M, Lambert J: Changements dans les habitudes de vie suite à un traumatisme crânien. In: Izard M-H, Nespoulous R, Moulin M, eds. *Expériences en ergothérapie : huitième série*. Montpellier: Sauramps médical, 1995; 51-56.
50. Johnston MV, Goverover Y, Dijkers M: Community activities and individuals' satisfaction with them: Quality of life in the first year after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 2005; 86(4): 735-745.
51. Quintard B, Croze P, Mazaux JM, et al.: Satisfaction de vie et devenir psychosocial des traumatisés crâniens graves en Aquitaine. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 2002; 45(8): 456-465.
52. Eriksson G, Tham K, Borg J: Occupational gaps in everyday life 1-4 years after acquired brain injury. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2006; 38(3): 159-165.
53. Hawley CA: Return to driving after head injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 2001; 70(6): 761-766.
54. Lefebvre H, Vanier M, Swaine B, et al.: *La participation sociale à long terme des personnes ayant subi un traumatisme crânien et l'impact chez les proches, 10 ans post-traumatisme*. Montréal: Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain, 2004; 70.
55. Kersel DA, Marsh NV, Havill JH, Sleigh JW: Psychosocial functioning during the year following severe traumatic brain injury. *Brain Injury* 2001; 15(8): 683-696.
56. Webster G, Daisley A, King N: Relationship and family breakdown following acquired brain injury: The role of the rehabilitation team. *Brain Injury* 1999; 13(8): 593-603.
57. Wood RL, Yurdakul LK: Change in relationship status following traumatic brain injury. *Brain injury* 1997; 11(7): 491-501.
58. Koskinen S: Quality of life 10 years after a very severe traumatic brain injury (TBI): The perspective of the injured and the closest relative. *Brain Injury* 1998; 12(8): 631-648.
59. Yasuda S, Wehman P, Targett P, Cifu D, West M: Return to work for persons with traumatic brain injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 2001; 80(11): 852-864.
60. Malec JF: Vocational rehabilitation. In: High Jr. WM, Sander AM, Struchen MA, et al., eds. *Rehabilitation for traumatic brain injury*. Oxford ; New York: Oxford University Press, 2005; 176-201.
61. Cope DN, Cole JR, Hall KM, Barkan H: Brain injury: Analysis of outcome in a post-acute rehabilitation system. Part 2: Subanalyses. *Brain Injury* 1991; 5(2): 127-139.
62. Dombovy ML, Olek AC: Recovery and rehabilitation following traumatic brain injury. *Brain Injury* 1997; 11(5): 305-318.
63. Johnson R: How do people get back to work after severe head injury? A 10 year follow-up study. *Neuropsychological Rehabilitation* 1998; 8(1): 61-79.
64. Kaitaro T, Koskinen S, Kaipio ML: Neuropsychological problems in everyday life: A 5-year follow-up study of young severely closed-head-injured patients. *Brain Injury* 1995; 9(7): 713-727.
65. Klonoff PS, Lamb DG, Henderson SW: Outcomes from milieu-based neurorehabilitation at up to 11 years post-discharge. *Brain Injury* 2001; 15(5): 413-428.

66. Malec JF, Smigielski JS, DePompolo RW, Thompson JM: Outcome evaluation and prediction in a comprehensive-integrated post-acute outpatient brain injury rehabilitation programme. *Brain Injury* 1993; 7(1): 15-29.
67. Wilson B: Recovery and compensatory strategies in head injured memory impaired people several years after insult. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 1992; 55(3): 177-180.
68. Mills VM, Nesbeda T, Katz DI, Alexander MP: Outcomes for traumatically brain-injured patients following post-acute rehabilitation programmes. *Brain Injury* 1992; 6(3): 219-228.
69. Novack TA, Alderson AL, Bush BA, Meythaler JM, Canupp K: Cognitive and functional recovery at 6 and 12 months post-TBI. *Brain injury* 2000; 14(11): 987-996.
70. Crepeau F, Scherzer P: Predictors and indicators of work status after traumatic brain injury: A meta-analysis. *Neuropsychological Rehabilitation* 1993; 3(1): 5-35.
71. Ownsworth T, McKenna K: Investigation of factors related to employment outcome following traumatic brain injury a critical review and conceptual model. *Disability & Rehabilitation* 2004; 26(13): 765-784.
72. Greenspan AI, Wrigley JM, Kresnow M, Branche-Dorsey CM, Fine PR: Factors influencing failure to return to work due to traumatic brain injury. *Brain Injury* 1996; 10(3): 207-218.
73. Eslinger PJ, Damasio AR: Severe disturbance of higher cognition after bilateral frontal lobe ablation: Patient EVR. *Neurology* 1985; 35(12): 1731-1741.
74. Kreutzer JS, Wehman P, Morton MV, Stonnington HH: Supported employment and compensatory strategies for enhancing vocational outcome following traumatic brain injury. *Brain Injury* 1988; 2(3): 205-223.
75. Target P, Wehman P, Petersen R, Gorton S: Enhancing work outcome for three persons with traumatic brain injury. *International Journal of Rehabilitation Research* 1998; 21(1): 41-50.
76. Witol AD, Sander AM, Seel RT, Kreutzer JS: Long term neurobehavioral characteristics after brain injury: Implications for vocational rehabilitation. *Journal of Vocational Rehabilitation* 1996; 7(3): 159-167.
77. Crisp R: Return to work after traumatic brain injury. *Journal of Rehabilitation* 1992; 58(4): 27-33.
78. Bassett SS, Folstein MF: Cognitive impairment and functional disability in the absence of psychiatric diagnosis. *Psychological Medicine* 1991; 21(1): 77-84.
79. Godbout L, Doyon J: Mental representation of knowledge following frontal-lobe or postrolandic lesions. *Neuropsychologia* 1995; 33(12): 1671-96.
80. Godbout L, Grenier MC, Braun CM, Gagnon S: Cognitive structure of executive deficits in patients with frontal lesions performing activities of daily living. *Brain injury* 2005; 19(5): 337-48.
81. Grafman J, Sirigu A, Spector L, Hendler J: Damage to the prefrontal cortex leads to decomposition of structured event complexes. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1993; 8(1): 73-87.
82. Shallice T, Burgess PW: Deficits in strategy application following frontal lobe damage in man. *Brain* 1991; 114(2): 727-741.

83. Stuss DT, Benson DF: *The frontal lobes*. New York: Raven Press, 1986.
84. Acker MBA: Review of the ecological validity of neuropsychological tests. In: Tupper DE, Cicerone KD, eds. *The neuropsychology of everyday life: Assessment and basic competencies*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1990; 19-55.
85. Goel V, Grafman J, Tajik J, Gana S, Danto D: A study of the performance of patients with frontal lobe lesions in a financial planning task. *Brain* 1997; 120(10): 1805-1822.
86. Von Cramon DY, Mattes-von Cramon G: Back to work with a chronic dysexecutive syndrome? (A case report). *Neuropsychological Rehabilitation* 1994; 4(4): 399-417.
87. Wehman P, Booth M, Stallard D, et al.: Return to work for persons with traumatic brain injury and spinal cord injury: three case studies. *International Journal of Rehabilitation Research* 1994; 17(3): 268-277.
88. Wehman P, Kreutzer J, Wood W, Stonnington H, Diambra J, Morton MV: Helping traumatically brain injured patients return to work with supported employment: Three case studies. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 1989; 70(2): 109-113.
89. West M, Fry R, Pastor J, et al.: Helping postacute traumatically brain injured clients return to work: Three case studies. *International Journal of Rehabilitation Research* 1990; 13(4): 291-298.
90. Burgess PW: Strategy application disorder: the role of the frontal lobes in human multitasking. *Psychological Research* 2000; 63(3-4): 279-288.
91. Crepeau F, Scherzer BP, Belleville S, Desmarais G: A qualitative analysis of central executive disorders in a real-life work situation. *Neuropsychological Rehabilitation* 1997; 7(2): 147-165.
92. Sale P, West M, Sherron P, Wehman PH: Exploratory analysis of job separations from supported employment for persons with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1991; 6(3): 1-11.
93. Prigatano GP: Deficits in social and vocational functioning after traumatic brain injury. *BNI Quarterly* 1991; 7(1): 32-40.
94. Luria ARc: *The working brain : an introduction to neuropsychology*. New York: Basic Books, 1973.
95. Luria ARc: *Higher cortical functions in man*, 2d ed. New York: Basic Books, 1980.
96. Norman DA, Shallice T: Attention to action: Willed and automatic control of behavior. In: Davidson RJ, Schwartz G, Shapiro D, eds. *Consciousness and Self-Regulation: Advances in Research and Theory* vol 4. New York: Plenum Pub Corp 1986; 1-18.
97. Couture A: *Étude exploratoire sur les déterminants environnementaux associés au maintien de l'emploi selon la perspective des personnes ayant subi un traumatisme crânien*. Université de Montréal; 2000.
98. Dutil É, Filiatrault J, Fougereyrollas P, et al.: *Évaluation fonctionnelle des capacités de travail*. Montréal: Centre de recherche de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1998; 125.
99. Kowalske K, Plenger PM, Lusby B, Hayden ME: Vocational reentry following TBI: An enablement model. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2000; 15(4): 989-999.
100. Whiteneck GG, Gerhart KA, Cusick CP: Identifying environmental factors that influence the outcomes of people with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2004; 19(3): 191-204.

101. Fabiano RJ, Crewe N, Goran DA: Differences between elapsed time to employment and employer selection in vocational outcome following severe traumatic brain injury. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 1995; 26(4): 17-20.
102. Fraser R, Dikmen S, McLean A, Miller B, et al.: Employability of head injury survivors: First year post-injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 1988; 31(4): 276-288.
103. McColl MA, Davies D, Carlson P, et al.: Transitions to independent living after ABI. *Brain Injury* 1999; 13(5): 311-330.
104. West MD: Aspects of the workplace and return to work for persons with brain injury in supported employment. *Brain Injury* 1995; 9(3): 301-313.
105. Lubusko AA, Moore AD, Stambrook M, Gill DD: Cognitive beliefs following severe traumatic brain injury: Association with post-injury employment status. *Brain Injury* 1994; 8(1): 65-70.
106. Ruffolo CF, Friedland JF, Dawson DR, Colantonio A, Lindsay PH: Mild traumatic brain injury from motor vehicle accidents: Factors associated with return to work. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 1999; 80(4): 392-408.
107. Wehman P, West M, Kregel J, Sherron P, Kreutzer J: Return to work for persons with severe traumatic brain injury: a data-based approach to program development. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1995; 10(1): 27-39.
108. MacKenzie EJ, Shapiro S, Smith RT, et al.: Factors influencing return to work following hospitalization for traumatic injury. *American Journal of Public Health* 1987; 77(3): 329-334.
109. Vogenthaler DR, Smith Jr KR, Goldfader P: Head injury, an empirical study: Describing long-term productivity and independent living outcome. *Brain Injury* 1989; 3(4): 355-368.
110. Buffington ALH, Malec JF: The vocational rehabilitation continuum: Maximizing outcomes through bridging the gap from hospital to community-based services. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1997; 12(5): 1-13.
111. Jellinek HM, Harvey RF: Vocational/educational services in a medical rehabilitation facility: Outcomes in spinal cord and brain injured patients. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 1982; 63(2): 87-88.
112. Klonoff PS, Lamb DG, Henderson SW, Shepherd J: Outcome assessment after milieu-oriented rehabilitation: New considerations. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 1998; 79(6): 684-690.
113. Johnson R: Return to work after severe head injury. *International Disability Studies* 1987; 9(2): 49-54.
114. Bond GR, Becker DR, Drake RE, et al.: Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services* 2001; 52(3): 313-322.
115. Frank J, Sinclair S, Hogg-Johnson S, et al.: Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope - If we can just get all the players onside. *Canadian Medical Association Journal* 1998; 158(12): 1625-31.
116. Chesnut R, Carney N, Maynard H, Mann N, Patterson P, Helfand M: Summary report: evidence for the effectiveness of rehabilitation for persons with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1999; 14(2): 176-188.

117. Franche RL, Cullen K, Clarke J, et al.: Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2005; 15(4): 607-631.
118. Krause N, Dasinger LK, Neuhauser F: Modified work and return to work: A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation* 1998; 8(2): 113-139.
119. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, et al.: Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain in working-age adults: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 2001; 26(3): 262-269.
120. Gamble D, Moore CL: Supported employment: Disparities in vocational rehabilitation outcomes, expenditures and service time for persons with traumatic brain injury. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2003; 19(1): 47-57.
121. Gamble D, Satcher J: Rehabilitation outcomes, expenditures, and the provision of assistive technology for persons with traumatic brain injury. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 2002; 33(3): 41-44.
122. Drake RE, Becker DR, Xie H: Barriers in the brokered model of supported employment for persons with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation* 1995; 5: 141-150.
123. Ben-Yishay Y, Prigatano GP: Cognitive remediation. In: Rosenthal M, Griffith ER, Bond MR, et al., eds. *Rehabilitation of the adult and child with traumatic brain injury*, 2nd ed. Philadelphia: Davis, 1990; 393-400.
124. Prigatano GP: *Neuropsychological rehabilitation after brain injury*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1986 The Johns Hopkins series in contemporary medicine and public health).
125. Ekberg K, Bjorkqvist B, Malm P, Bjerre-Kiely B, Axelson O: Controlled two year follow up of rehabilitation for disorders in the neck and shoulders. *Occupational & Environmental Medicine* 1994; 51(12): 833-838.
126. Haldorsen EMH, Grasdahl AL, Skouen JS, Risa AE, Kronholm K, Ursin H: Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment, and extensive multidisciplinary treatment for long-term sick-listed employees with musculoskeletal pain. *Pain* 2002; 95(1-2): 49-63.
127. Haldorsen EMH, Kronholm K, Skouen JS, Ursin H: Multimodal cognitive behavioral treatment of patients sicklisted for musculoskeletal pain: A randomized controlled study. *Scandinavian Journal of Rheumatology* 1998; 27(1): 16-25.
128. Lindstrom I, Ohlund C, Eek C, et al.: The effect of graded activity on patients with subacute low back pain: A randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach. *Physical Therapy* 1992; 72(4): 279-293.
129. O'Reilly MF, Lancioni GE, O'Kane N: Using a problem-solving approach to teach social skills to workers with brain injuries in supported employment settings. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2000; 14(3): 187-194.
130. Van den Hout JHC, Vlaeyen JWS, Heuts P, Zijlema JHL, Wijnen JAG: Secondary prevention of work-related disability in nonspecific low back pain: Does problem-solving therapy help? A randomized clinical trial. *Clinical Journal of Pain* 2003; 19(2): 87-96.

131. Christensen AL: Outpatient management and outcome in relation to work in traumatic brain injury patients. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine - Supplementum* 1992; 26: 34-42.
132. Edwards BC, Zusman M, Hardcastle P, Twomey L, O'Sullivan P, McLean N: A physical approach to the rehabilitation of patients disabled by chronic low back pain. *Medical Journal of Australia* 1992; 156(3): 167-172.
133. Heymans MW, De Vet HCW, Bongers PM, Knol DL, Koes BW, Van Mechelen W: The effectiveness of high-intensity versus low-intensity back schools in an occupational setting: A pragmatic randomized controlled trial. *Spine* 2006; 31(10): 1075-1082.
134. Indahl A, Haldorsen EH, Holm S, Reikeras O, Ursin H: Five-year follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back pain. *Spine* 1998; 23(23): 2625-2630.
135. Indahl A, Velund L, Reikeraas O: Good prognosis for low back pain when left untampered: A randomized clinical trial. *Spine* 1995; 20(4): 473-477.
136. Parente R, Stapleton M: Development of a cognitive strategies group for vocational training after traumatic brain injury. *Neurorehabilitation* 1999; 13(1): 13-20.
137. Lechner DE: Work hardening and work conditioning interventions: Do they affect disability? *Physical Therapy* 1994; 74(5): 471-493.
138. Becker DR, Drake RE: Individual Placement and Support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal* 1994; 30(2): 193-206.
139. O'Neill JH, Zuger RR, Fields A, Fraser R, Pruce T: The program without walls: Innovative approach to state agency vocational rehabilitation of persons with traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 2004; 85(SUPPL. 2): S68-S72.
140. Wehman P, Kreutzer JS, Stonnington HH, et al.: Supported employment for persons with traumatic brain injury: A preliminary report. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1988; 3(4): 82-94.
141. Anema JR, Steenstra IA, Urlings IJM, Bongers PM, De Vroome EMM, Van Mechelen W: Participatory ergonomics as a return-to-work intervention: A future challenge? *American Journal of Industrial Medicine* 2003; 44(3): 273-281.
142. Bernacki EJ, Guidera JA, Schaefer JA, Tsai S: A facilitated Early Return to Work Program at a Large Urban Medical Center. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 2000; 42(12): 1172-1177.
143. Davis PM, Badii M, Yassi A: Preventing disability from occupational musculoskeletal injuries in an urban, acute and tertiary care hospital: Results from a prevention and early active return-to-work safely program. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 2004; 46(12): 1253-1262.
144. Evanoff B, Bohr P, Wolf L: *An intervention to reduce disability in injured workers*. St. Louis, MO: Washington University School of Medicine, 2002; 30.
145. Revell WG, Jr., Wehman P, Arnold S: Supported work model of competitive employment for persons with mental retardation: implications for rehabilitative services. *Journal of Rehabilitation* 1984; 50(4): 33-38.

146. Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P: Helping people with severe mental illness to obtain work: Systematic review. *British Medical Journal* 2001; 322(7280): 204-208.
147. Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF: Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Nervous & Mental Disease* 2003; 191(8): 515-523.
148. Arnetz BB, Sjogren B, Rydehn B, Meisel R: Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: a prospective controlled intervention study. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 2003; 45(5): 499-506.
149. De Kort AC, Rulkens MP, Ijzerman MJ, Maathuis CGB: The Come Back Programme: A rehabilitation programme for patients with brain injury with psychosocial problems despite previous rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research* 2002; 25(4): 271-278.
150. Feuerstein M, Callan-Harris S, Hickey P, Dyer D, Armbruster W, Carosella AM: Multidisciplinary rehabilitation of chronic work-related upper extremity disorders: Long-term effects. *Journal of Occupational Medicine* 1993; 35(4): 396-403.
151. Loisel P, Abenhaim L, Durand P, et al.: A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 1997; 22(24): 2911-2918.
152. Loisel P, Durand P, Abenhaim L, et al.: Management of occupational back pain: The Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occupational & Environmental Medicine* 1994; 51(9): 597-602.
153. Malec JF, Buffington ALH, Moessner AM, Thompson JM: Maximizing vocational outcome after brain injury: Integration of medical and vocational hospital-based services. *Mayo Clinic Proceedings* 1995; 70(12): 1165-1171.
154. Nordstrom-Bjorverud G, Moritz U: Interdisciplinary rehabilitation of hospital employees with musculoskeletal disorders. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 1998; 30(1): 31-37.
155. Shaw WS, Feuerstein M, Miller VI, Lincoln AE: Clinical tools to facilitate workplace accommodation after treatment for an upper extremity disorder. *Assistive Technology* 2001; 13(2): 94-105.
156. Yassi A, Tate R, Cooper JE, Snow C, Vallentyne S, Khokhar JB: Early intervention for back-injured nurses at a large Canadian tertiary care hospital: an evaluation of the effectiveness and cost benefits of a two-year pilot project. *Occupational Medicine (Oxford)* 1995; 45(4): 209-214.
157. Haffey WJ, Abrams DL: Employment outcomes for participants in a brain injury work reentry program: preliminary findings. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1991; 6(3): 24-34.
158. Wall JR, Niemczura JG, Rosenthal M: Community-based training and employment: An effective program for persons with traumatic brain injury. *Neurorehabilitation* 1998; 10(1): 39-49.
159. Wall JR, Rosenthal M, Niemczura JG: Community-based training after acquired brain injury: Preliminary findings. *Brain Injury* 1998; 12(3): 215-224.
160. Mayer TG, Gatchel RJ, Mayer H, Kishino ND, Keeley J, Mooney V: A prospective two-year study of functional restoration in industrial low back injury. An objective

- assessment procedure. *Journal of the American Medical Association* 1987; 258(13): 1763-1767.
161. Durand MJ, Loisel P, Durand P: Le Retour Thérapeutique au Travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail: description et fondements théoriques. *Revue Canadienne d'Ergothérapie* 1998; 65(2): 72-80.
162. Malec JF, Degiorgio L: Characteristics of successful and unsuccessful completers of 3 postacute brain injury rehabilitation pathways. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 2002; 83(12): 1759-1764.
163. Cooper JE, Tate R, Yassi A: Work hardening in an early return to work program for nurses with back injury. *Work* 1997; 8(2): 149-156.
164. Bootes K, Chapparo CJ: Cognitive and behavioural assessment of people with traumatic brain injury in the work place: Occupational therapists' perceptions. *Work* 2002; 19(3): 255-268.
165. Blaise JL, Massolo F, De Labarthe J: E.T.R.E. ou ne pas être, la difficile stratégie de réinsertion du traumatisé crânien. In: Izard M-H, Moulin M, Nespoulous R, et al., eds. *Expériences en ergothérapie : quatrième série*. Paris: Masson, 1992; 21-31.
166. De Labarthe J, Blaise JL, Courros G: Le stage ergothérapeutique en entreprise. *Revue de Readaptation Fonctionnelle Professionnelle et Sociale* 1985; 14: 35-36.
167. Mercier S: *L'approche d'évaluation des ergothérapeutes québécois en regard de l'habitude de vie travail*. Université de Montréal; 1998.
168. Chappell I, Higham J, McLean AM: An occupational therapy work skills assessment for individuals with head injury. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2003; 70(3): 163-169.
169. Sample PL, Rowntree AJ: Employment intervention strategies for individuals with brain injury. *Occupational Therapy in Health Care* 1995; 9(1): 45-56.
170. Mann WC, Svorai SB: COMPETE: a model for vocational evaluation, training, employment, and community for integration for persons with cognitive impairments. *American Journal of Occupational Therapy* 1994; 48(5): 446-451.
171. Lacoste-Debray V, Mouton E, Radisson M, Rossignol MP: Une expérience de stage d'accompagnement vers l'emploi en milieu ordinaire de travail pour adultes cérébro-lésés. *Journal d'ergothérapie* 1997; 19: 10-13.
172. Caruso LA, Chan DE, Chan A: The management of work-related back pain. *American Journal of Occupational Therapy* 1987; 41(2): 112-117.
173. Helm RE, Powell NJ, Nieuwenhuijsen ER: A return to work program for injured workers: a reassignment model. *Work* 1999; 12(2): 123.
174. Innes E: Workplace-based occupational rehabilitation in New South Wales, Australia. *Work* 1995; 5: 147-152.
175. Deen M, Gibson L, Strong J: A survey of occupational therapy in Australian work practice. *Work* 2002; 19(3): 219-230.
176. Jundt J, King PM: Work rehabilitation programs: A 1997 survey. *Work* 1999; 12(2): 139-144.
177. Lo EKS: Demographic study on Occupational Therapy Work Rehabilitation Programs in Hong Kong Hospital Authority. *Work* 2000; 14(3): 185-189.

178. Innes E, Straker L: Workplace assessments and functional capacity evaluations: Current practices of therapists in Australia. *Work* 2002; 18(1): 51-66.
179. Strong S, Baptiste S, Cole D, et al.: Functional assessment of injured workers: A profile of assessor practices. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2004; 71(1): 13-23.
180. Velozo C: Work evaluations: critique of the state of the art of functional assessment of work. *American Journal of Occupational Therapy* 1993; 47(3): 203-209.
181. Innes E, Straker L: Reliability of work-related assessments. *Work* 1999; 13(2): 107-124.
182. Innes E, Straker L: Validity of work-related assessments. *Work* 1999; 13(2): 125-152.
183. Gibson L, Strong J: A review of functional capacity evaluation practice. *Work* 1997; 9(1): 3-11.
184. Gibson L, Strong J, Wallace A: Functional capacity evaluation as a performance measure: Evidence for a new approach for clients with chronic back pain. *Clinical Journal of Pain* 2005; 21(3): 207-215.
185. Innes E: Work assessment options and the selection of suitable duties: an Australian perspective. *New Zealand Journal of Occupational Therapy* 1997; 48(1): 14-20.
186. Durand M, Loisel P: Therapeutic return to work: rehabilitation in the workplace. *Work* 2001; 17(1): 57-63.
187. Yates S: Measuring the effectiveness of workplace rehabilitation. *Journal of Occupational Health & Safety Australia & New Zealand* 1992; 8(6): 493-496.
188. Johnson J: Role of the occupational therapist in an on-site occupational rehabilitation program - a case study. *Work* 1993; 3(3): 73-76.
189. Lysaght R: Job analysis in occupational therapy: stepping into the complex world of business and industry. *American Journal of Occupational Therapy* 1997; 51(7): 569-575.
190. Flemming MH: Clinical reasoning in medicine compared with clinical reasoning in occupational therapy. *American journal of occupational therapy* 1991; 45(11): 988-996.
191. Flemming MH: The therapist with the three-track mind. *American journal of occupational therapy* 1991; 45(11): 1007-1014.
192. Pransky GS, Dempsey PG: Practical aspects of functional capacity evaluations. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2004; 14(3): 217-229.
193. Strong S: Developing expert practice. Functional capacity evaluations: the good, the bad & the ugly. *Occupational Therapy Now* 2002; 4(1): 5-9.
194. Denzin NK, Lincoln YS: *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.
195. Mucchielli R: *La dynamique des groupes*, 13e éd. ed. Paris: Éditions ESF, 1992 (Formation permanente en sciences humaines).
196. Anzieu D, Martin JY: *La dynamique des groupes restreints*, 8e éd. mise à jour. ed, Vol. 32. Paris: Presses universitaires de France, 1986 (Le Psychologue).
197. Mucchielli A: *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Colin, 1996.
198. Wehman P, Sale P, Parent WS: *Supported employment : strategies for integration of workers with disabilities*. Boston: Andover Medical Publishers, 1992.

199. Karsenti T, Savoie-Zajc L: *Introduction à la recherche en éducation*. Sherbrooke: Éditions du CRP : Faculté d'éducation Université de Sherbrooke, 2000.
200. Gouvernement du Québec: *CST - Continuum de services en traumatologie*. <http://www.fecst.gouv.qc.ca> Québec, 2005.
201. Barab-Ettiopio BJ, Centono EJ: Early return-to-work. *Work* 1993; 3: 9-13.
202. Baril R, Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.: *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation* : rapport. Montréal: IRSST, Direction des communications, 1994.
203. Cheadle A, Franklin G, Wolfhagen C, et al.: Factors Influencing the Duration of Work-Related Disability: A Population-Based Study of Washington State Workers' Compensation. *American Journal of Public Health* 1994; 84(2): 190-196.
204. Frymoyer JW: Predicting disability from low back pain. *Clinical orthopaedics and related research* 1991; 279: 101-109.
205. Padgett M, Collins Hollander E, Warden L, Coleman RT, Schwart R: Evaluation of a model return-to-work program in Texas. *Work* 1993; 3: 21-41.
206. Schwartz RK: Return-to-work programs. *Work* 1993; 3: 2-8.
207. Cicerone KD, Dahlberg C, Kalmar K, et al.: Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 2000; 81(12): 1596-1615.
208. Cicerone KD, Dahlberg C, Malec JF, et al.: Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 1998 through 2002. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 2005; 86(8): 1681-1692.
209. ACE: *Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa, ON: CAOT (Canadian Association of Occupational Therapists) Publications ACE (Association canadienne des ergothérapeutes), 1997.
210. Gordon WA, Zafonte R, Cicerone K, et al.: Traumatic brain injury rehabilitation: State of the science. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 2006; 85(4): 343-382.
211. Huberman AM, Miles MB: Data management and analysis methods. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994; 428-444.
212. OMS: *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*. Genève: Organisation mondiale de la santé (OMS), 2001.

Annexe I
Formulaire d'information et de consentement



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

LA RÉINTÉGRATION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL : LA PRATIQUE DES ERGOTHÉRAPEUTES EN MILIEU RÉEL DE TRAVAIL

RESPONSABLES :

Caroline Lachapelle, étudiante à la maîtrise, Sciences biomédicales (réadaptation), École de Réadaptation, Université de Montréal, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), Institut de réadaptation de Montréal (IRM), coordonnatrice du projet (514) 340-2111 poste 2001.

Elisabeth Dutil, M.Sc., Professeure titulaire, École de Réadaptation, Université de Montréal, CRIR, IRM, (514) 343-6791.

Bonnie Swaine, Ph.D., Professeure agrégée, École de Réadaptation, Université de Montréal, CRIR, IRM, (514) 340-2111 poste 2189.

Selon de nombreuses études, le retour et le maintien sur le marché du travail compétitif demeurent faibles chez les personnes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral (TCC). C'est l'un des défis majeurs en réadaptation, car une multitude d'éléments peuvent compromettre la réintégration professionnelle. Parmi les facteurs pouvant être en jeu dans le processus de réinsertion au travail, les autres habitudes de vie, les facteurs personnels et les facteurs environnementaux y figurent. Les structures et le processus de soins et de services de réadaptation sont des variables cruciales à considérer dans les critères de succès de retour et de maintien au travail parmi les facteurs environnementaux. Une étude québécoise récente sur les programmes TCC a identifié que l'ergothérapeute était l'intervenant le plus impliqué de l'équipe dans le processus de réintégration professionnelle. Actuellement, la pratique ergothérapeutique reliée au retour et au maintien au travail de la clientèle TCC est peu connue.

Objectif de l'étude

Des groupes de discussion serviront à documenter la pratique spécifique des ergothérapeutes offrant des services de réadaptation à des personnes ayant subi un TCC dans le but d'une reprise des activités de travail. Les groupes seront composés d'ergothérapeutes impliqués aux diverses étapes de la prise en charge de cette clientèle. Nous voulons connaître les diverses interventions que vous réalisez tout au long du processus de réadaptation.

Nature et durée de votre participation

En participant à cette étude vous serez consultés en tant qu'ergothérapeute expérimenté au plan des soins et services de réadaptation reliés au retour et au maintien au travail des personnes ayant un TCC. Tout d'abord, nous vous demanderons

de vous prononcer sur trois aspects des éléments que vous aurez identifiés pour les différents thèmes reliés au retour et au maintien au travail. Nous vous demanderons aussi de nous fournir des informations au sujet de votre formation académique et continue, votre expérience professionnelle et au sujet de la clientèle avec laquelle vous travaillez en ce moment. La préparation à la rencontre de groupe devrait être d'une durée d'environ 60 à 90 minutes. Vous participerez ensuite à une rencontre de groupe d'une durée d'environ trois heures qui sera filmée ou enregistrée pendant laquelle vous discuterez de la pratique ergothérapeutique favorisant la réintégration professionnelle d'une personne ayant subi un TCC avec d'autres ergothérapeutes de votre établissement. L'équipe de recherche vous sollicitera finalement pour valider les données recueillies et leur interprétation à l'aide d'un document qui vous sera acheminé par la poste.

Avantages personnels pouvant découler de votre participation :

Les résultats de cette étude devraient permettre de documenter la pratique des ergothérapeutes pour mieux comprendre les interventions spécifiques à la réintégration professionnelle, les facilitateurs et les obstacles à la pratique. Des recommandations et des pistes d'interventions seront transmises à l'ensemble des ergothérapeutes québécois oeuvrant auprès des personnes ayant subi un TCC. Cela devrait permettre ultérieurement d'améliorer la qualité des services en regard de la réintégration professionnelle des TCC.

Risque pouvant découler de votre participation :

Votre participation à cette étude ne vous expose à aucun risque comme tel. Cependant, vous pourriez ressentir un stress émotionnel ou une perte de confiance en vous-même si vous vivez certaines contrariétés ou conflits avec d'autres participants.

Inconvénients personnels pouvant découler de votre participation :

Il est possible de vivre du stress lequel peut être occasionné par le fait d'être filmé ou enregistré. De plus, vous pourriez ressentir de la fatigue en raison de la durée du groupe de discussion. Vous pourrez prendre des pauses si vous le désirez. Il est possible que vous éprouviez certaines frustrations si certains sujets vous touchent davantage.

Accès à des informations dans votre dossier :

Aucune consultation de votre dossier d'employé ne sera faite.

Confidentialité :

Suite à la rencontre de groupe, nous vous demanderons d'être discrets sur l'identité des autres participants et sur les propos tenus durant la rencontre compte tenu de l'utilisation du *focus group* qui ne peut totalement assurer la confidentialité. Tous les renseignements personnels recueillis à votre sujet au cours de l'étude seront codés afin d'assurer leur confidentialité. Les données recueillies seront conservées sous clé au centre de recherche de l'Institut de réadaptation de Montréal par les responsables de

"La réintégration professionnelle des personnes ayant subi un traumatisme crânio-cérébral: la pratique des ergothérapeutes en milieu réel de travail"

l'étude durant la période nécessaire pour analyser et publier les résultats. Précisons que les données de recherche seront détruites à l'échéance du délai de conservation de cinq ans. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à ces données. Une exception sera faite dans le cas où votre dossier devrait être révisé par un comité déontologique ou le comité d'éthique de la recherche du CRIR. Les membres de ces comités sont des professionnels tenus de respecter les exigences de confidentialité.

Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse vous identifier. En acceptant de participer à cette étude, vous acceptez que les informations recueillies soient utilisées pour fin de communication clinique, scientifique, professionnelle ou d'enseignement.

Participation volontaire et retrait de l'étude :

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'un des responsables du projet. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur vos relations avec l'équipe d'intervenants et votre employeur.

Clause de responsabilité :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

Indemnité compensatoire :

Un montant de 25\$ vous sera versé, comme dédommagement, pour les inconvénients personnels que vous pourriez subir lors de la préparation individuelle et de la rencontre de groupe dont la durée totale devrait être environ de quatre heures. Si vous décidez de vous retirer de l'étude avant que le groupe de discussion ne soit terminé, vous recevrez un montant proportionnel à votre participation.

Personnes à contacter :

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident défavorable quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps Madame Caroline Lachapelle, coordonnatrice du projet, au (514) 340-2111 poste 2001 ou par courriel à l'adresse suivante : [REDACTED]

Si vous avez des questions sur vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Me Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR au (514) 527-4527 poste 2649 ou par courriel à l'adresse suivante : [REDACTED]

"La réintégration professionnelle des personnes ayant subi un traumatisme crânio-cérébral: la pratique des ergothérapeutes en milieu réel de travail"

Consentement :

- J'autorise à être filmé ____
 Je n'autorise pas à être filmé ____
- J'autorise à être enregistré sur bande audio ____
 Je n'autorise pas à être enregistré sur bande audio ____

J'autorise que le film ou l'enregistrement audio soit utilisé aux fins suivantes :

- Recherche ____
 Enseignement ou communications scientifiques ____

La nature de l'étude, les procédés utilisés, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu à ma satisfaction.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations les autres intervenants et mon employeur et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

Je, soussigné(e) _____ consens par la présente à participer à ce projet de recherche, dans les conditions décrites ci-dessus.

Je déclare avoir lu et/ou compris les termes de la présente formule.

Nom du participant(e) (en lettres moulées)	Signature	Date
---	-----------	------

Je soussigné(e) _____ certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes de la présente formule, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard et lui avoir indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre fin à sa participation au projet de recherche ci-dessus.

Nom d'un responsable du projet ou de son représentant (en lettres moulées)	Signature	Date
--	-----------	------

"La réintégration professionnelle des personnes ayant subi un traumatisme crânio-cérébral: la pratique des ergothérapeutes en milieu réel de travail"

Annexe II
Formulaire de renseignements personnels

FICHE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

LA RÉINTÉGRATION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL : LA PRATIQUE DES ERGOTHÉRAPEUTES EN MILIEU RÉEL DE TRAVAIL

RENSEIGNEMENTS

Nom: _____ Âge : _____ Sexe : _____

Correspondance pour le projet de recherche :

Adresse : _____ # téléphone : _____

_____ # télécopieur : _____

Courriel : _____

PRATIQUE CLINIQUE

Clientèle(s) adultes à qui vous offrez des services de réadaptation et proportion (%) qu'elle occupe dans votre charge de travail (*case load*):

Traumatologie

TCC modéré / sévère _____%

blessé médullaire _____%

TCC léger _____%

amputé traumatique _____%

blessé orthopédique grave _____%

blessure et entorse musculaire _____%

autre(s), spécifiez : _____% autre(s) : _____%

Autres clientèles

AVC _____%

Prothèse totale de genou/hanche _____%

Sclérose en plaques _____%

autres atteintes neurologiques _____%

Spécifiez : _____

amputé NON traumatique _____%

autre(s) : _____%

Offrez-vous également des services à la clientèle jeunesse ? Si oui, laquelle ? _____

Type de soins et de services de réadaptation que vous offrez à l'une ou l'autre des clientèles adultes mentionnées ci-haut :

soins aigus

adaptation et réadaptation (réadaptation fonctionnelle intensive)

soutien à l'intégration sociale (réintégration sociale et professionnelle)

autre(s) : _____

Quelle(s) région(s) administrative(s) couvre votre programme (ex. : Laurentides) ? Dans le cas où votre établissement subdivise la(les) région(s), quelle portion couvrez-vous (ex. : Est de la Montérégie) ? _____

Pour la clientèle TCC, qui sont les autres membres de votre équipe interdisciplinaire ?

agent d'indemnisation

audiologiste

chef d'équipe

client

conseiller en orientation

conseiller en réadaptation

éducateur physique

éducateur spécialisé

employeur

ergonome

ergothérapeute

infirmier

kinésiologue

médecin omnipraticien

médecin(s) spécialisé(s), spécifiez : _____

neuropsychologue

nutritionniste

orthophoniste

physiothérapeute

proches du client

psycho-éducateur

psychologue

travailleur social

autre(s), spécifiez : _____

EXPERTISE PROFESSIONNELLE

Date du début de la pratique comme ergothérapeute : _____

Nombre d'années d'expérience en ergothérapie : _____

Nombre d'années d'expérience avec la clientèle TCC : _____

Milieu(x) de formation universitaire : _____

FORMATION CONTINUE

Formation continue suivie (cours post-gradué à l'université, donné par l'OEQ ou un autre organisme) en lien avec la réintégration professionnelle, la clientèle TCC, les notions médico-légales et la tenue de dossier depuis que vous êtes ergothérapeute.

Spécifiez, si possible, le nom de la formation, l'année, la durée et la clientèle spécifique pour cette formation. _____

Autres sources d'information ayant contribué au développement de votre expertise reliée au retour et au maintien au travail des travailleurs ayant un TCC (lecture autonome de revues scientifiques et de livres, atelier, conférence, congrès, regroupement d'ergothérapeutes, etc.).

Spécifiez, si possible, les noms de ces événements, livres ou revues et le sujet spécifique de cette source d'information. _____

Quel genre de ressources (humaines, physiques) facilitent votre pratique en lien avec le retour et le maintien des travailleurs ayant un TCC (ex. : ordinateurs, accès internet, centre de documentation) ? _____

Que manque-t-il en terme de ressources ? _____

Annexe III
Guide du groupe de discussion

Comment décririez-vous le processus ou les étapes à franchir pour que la personne puisse retourner au travail et le maintenir ?

- A quel moment chacune de ces étapes a lieu ?
- Quelle durée peut avoir chacune de ces étapes ?
- Où ont lieu ces étapes de la réadaptation ?
- Comment sont impliqués le client, les proches et le milieu de travail dans chacune des étapes ?
- Comment les informations obtenues durant d'autres phases du continuum sont intégrées dans votre pratique au service du client ?
- Quand cesse le suivi d'un client pour le retour et le maintien au travail ?
- Y a-t-il une différence entre les clients ayant ou non un organisme payeur ? Quelle est-elle ?
- Qu'est-ce qui peut influencer la réalisation de ce processus selon vous ?

Comment vous assurez-vous que votre évaluation en lien avec le retour et le maintien au travail des personnes ayant un TCC est crédible ou valide ?

- Comment la durée de l'évaluation peut-elle être un facteur pouvant contribuer à la crédibilité de l'évaluation ?
- Le contexte ou l'environnement dans lequel se déroule l'évaluation a-t-il une influence ?
- Comment les outils que vous utilisez pour évaluer le travail vous permettent de mesurer ce que vous souhaitez
- A quel moment se déroule l'évaluation ?
- Quand débute-t-elle ?
- Quand se termine-t-elle ?
- Quels sont les critères vous permettant de juger que la prise de mesure peut être cessée ?
- Quelle est la contribution des autres membres de l'équipe dans l'évaluation de l'habitude de vie « travail » ?
- Comment votre formation influence-t-elle la crédibilité de l'évaluation ?

- Comment vos ressources humaines et physiques influencent-elles la crédibilité de votre évaluation ?

Comment arrivez-vous à cibler une source d'information fiable et significative pour l'évaluation en regard du retour et du maintien au travail des personnes ayant un TCC?

- Comment est impliqué le client ?
- Comment sont impliqués les proches ?
- Comment sont impliqués l'employeur et les collègues de travail ?
- Comment se fait l'échange d'information entre vous et les sources d'information?

J'aimerais revoir avec vous les réponses individuelles que vous avez données pour la question portant sur les informations recueillies tout au long du processus de réadaptation en lien avec le retour et le maintien au travail. En songeant au cadre conceptuel auquel vous adhérez, j'aimerais que vous me précisiez les informations spécifiques que vous recueillez, avec quels instruments de mesure vous le faites et à quels moments vous effectuez ces mesures.

Comment jugez-vous de l'aptitude d'un travailleur ayant un TCC à reprendre et à maintenir son emploi de façon précise et complète?

- Comment se fait la prise de décision au sujet de l'aptitude à l'emploi ?
- Qui participe à la prise de décision avec vous ? Comment ?
- Quels critères vous permettent de porter une opinion sur l'aptitude à l'emploi ?

En pensant à vos interventions liées au retour au travail, comment déterminez-vous leur pertinence et leur efficacité ?

- Comment priorisez-vous les besoins quand vous intervenez ?
- Comment mesurez-vous l'efficacité de vos interventions ?
- Quels sont les critères qui vous permettent de décider qu'une intervention a été efficace ?
- Comment l'intervention conjointe est-elle intégrée dans votre pratique ?

Quelles contraintes avez-vous déjà rencontrées et vous ont empêché de répondre avec satisfaction aux besoins du client?

Quels sont les éléments qui facilitent votre pratique pour mieux répondre aux besoins du travailleur ayant un TCC?

Selon vous, quelle serait une pratique écologique IDÉALE favorisant le succès de retour et de maintien au travail de la clientèle TCC indépendamment des contraintes?

Annexe IV
Extrait de verbatim codé

Verbatim Groupe 4**Code(s)**

Sujet 14: Mais avant, on va faire... on va euh...

Sujet 15: ... processus...

Sujet 14: ... faire les traitements...

Sujet 15: Ouais...

Sujet 14: ... avant pour que la personne ait les pré-requis pour faire le retour au travail. Ici on l'a fait...

Sujet 15: On l'a fait pas avec les légers mais on va l'faire avec les modérés, sévères.

Sujet 14: C'est ça!

Animateur: O.k.

Sujet 14: Ça c'est vrai! On l'a fait pas avec les légers ça. Mais euh... on peut faire des mises en situation ici, on peut faire des mises en situation dans le milieu communautaire, chez lui euh...

Sujet 15: (acquiesce par un hochement de la tête)

Sujet 14: ... on peut faire du développement des capacités dans le, dans le vrai milieu de travail selon les milieux où là c'est vraiment les thérapies pour développer ses capacités avant de faire le stage.

Sujet 15: (acquiesce par un hochement de la tête)

Animateur: O.k.

Sujet 14: C'est une étape?

Sujet 15: Oui! Tout à fait.

Sujet 14: Pis ap...

Sujet 15: Pis quand on les a développées... Oui? (en s'adressant à l'animateur)

Sujet 14: On a le stage.

Animateur: Juste m'expliquer là euh... là, les différences euh... entre stage parce qu'y a plusieurs mots que vous a...

Sujet 15: O.k.

Sujet 14: (acquiesce par un hochement de la tête)

Préparation au travail / Readaptation /

milieu de réadaptation

Préparation au travail /

Readaptation / communauté

Préparation au travail /

Readaptation / domicile

Entrée et maintien au travail /

Entraînement en milieu de travail /

Readaptation en milieu de travail

Verbatim Groupe 4

Animateur: T'sais y'a stage, retour thérapeutique, retour progressif. Est-ce que, qu'est-c'qui fait que...ça c'est plus ça, ça c'est plus ça. Un m'ment donné, t'as (sujet 15) parlé de compenser...

Sujet 15: O.k.

Animateur: ... euh... Juste voir la...

Sujet 14: Ben le retour thérapeutique au travail là...

Animateur: ... qu'est-ce qui est associé à « stage », qu'est-ce qui est a...

Sujet 14: Ok, ok. Ben ça c'est vraiment du développement des capacités. Y'est même pas prêt à faire un stage; y'est trop fatigable, y'a trop encore de difficultés euh...

Sujet 15: (acquiesce par un hochement de la tête)

Animateur: Ok.

Sujet 14: ... y'est y'est y'est y'est y'es vraiment... y'en est pas là, sauf que pour lui mettons ça peut être tellement important le travail euh... ça peut être que on n'a pas vraiment le matériel ici pour le travailler où là, on va dans le milieu...

Animateur: Hum.

Sujet 14: ... faire ces tâches-là parce que... mais en terme de... d'essayer de de de r'trouver les capacités pour le faire, mais y'est pas capable de faire plus que trois heures par semaine. On fera pas un stage tout de suite; ça s'rait trop difficile...

Sujet 15: Ouais tu peux plus cibler mettons deux tâches...

Sujet 14: C'est ça!

Sujet 15: ...que tu peux aller faire en milieu de travail...

Sujet 14: C'est ça!

Animateur: Ok. Fac que là...

Code(s)

Entrée et maintien au travail /
Entraînement en milieu de travail /
Réadaptation en milieu de travail

Verbatim Groupe 4

Sujet 15: ...mais y'est pas capable de faire l'ensemble...

Animateur : Ok.

Sujet 15: ... mais y peut faire ces deux-là où justement on va... on va travailler à c'qu'y puisse euh... en faire un peu plus.

Sujet 14: (acquiesce par un hochement de la tête)

Animateur: Ouais! Ouais!

Sujet 15: Pis c'est plus motivant pour un client parfois d'aller là ou euh...

Sujet 14: Pis le stage comme tel c'est vraiment pour moi c'est plus le stage conventionnel avec la SAAQ. Quand la personne...

Sujet 15: Quand y'est prêt!

Sujet 14: Quand y'est prêt c'est ça! Quand y'est capable de de faire euh... une bonne partie des tâches...

Sujet 15: (acquiesce par un hochement de la tête)

Animateur: Ok.

Sujet 14: Quand y'est capable de faire euh... plus que... plus que dix heures à peu près? Ben là! C'est grosso modo le nombre d'heures!

Animateur: Hum!

Sujet 14: Y'a pas de nombre d'heures là mais faut qu'y soit capable d'a... pis que là on puisse penser à une progression là.

Sujet 15: C'est ça, graduer notre horaire pis euh...

Sujet 14: C'est ça.

Animateur: Ok.

Sujet 15: ... pis euh travailler sur son endurance, l'endurance physique, l'endurance cognitive...

Sujet 14: Pis là on s'ra pas là fac que...

Sujet 15: Ouais.

Sujet 14: T'sais faut qu'y soit autonome là pour en faire un peu là.

Code(s)

(suite)

Entrée et maintien au travail /
Entraînement en milieu de travail /
Exposition graduée au travail non
rémunéré / milieu de travail antérieur

Verbatim Groupe 4

Animateur: Donc besoin de moins de suivi...

Sujet 14: C'est ça.

Animateur: ... que quand t'es en retour thérapeutique.

Sujet 14: C'est ça.

Animateur: Ok. Où t'es (Sujet 14) plus présente.

Sujet 14: Je ne suis plus présente. C'est ça, ouais.

Sujet 15: Ouais, c'est ça.

Animateur: Ok.

Sujet 15: Pis retour thérapeutique c'est plus euh...

quelques tâches, c'est pas l'ensemble des tâches.

Animateur: D'accord.

Sujet 15: Donc, pis c'est d'utiliser le milieu...

Sujet 14: Pour faire nos thérapies.

Sujet 15: C'est ça!

Animateur: Ok. Oui. Le stage aussi c'est dans l'milieu.

Sujets 14 et 15: Oui.

Animateur: Ok.

Sujet 15: Le stage ça va être dans un ordre X de semaines. C'est déterminé là, c'est fixé dans l'temps...

Animateur: Ok, j'comprends.

Sujet 14: La progression est fixée...

Sujet 15: C'est gradué aussi; ben c'est sûr qu'on va s'ajuster au besoin. Y'a un contrat de signer euh... L'employeur est présent, y'a toute euh...

Animateur: Ok.

Sujet 15: ... c'est p't-être plus formel...

Sujet 14: C'est ça.

Sujet 15: ... versus un retour thérapeutique où on d'mande à l'employeur: «Est-ce qu'on peut aller dans le milieu? Est-ce qu'on pourrait faire certaines tâches?»

Sujet 14: Y'aura pas toujours des stages là! Des fois... CSST c'est différent euh...

Sujet 15: Ouais!

Code(s)

(suite)

Entrée et maintien au travail /
Entraînement en milieu de travail /
Réadaptation en milieu de travail

Entrée et maintien au travail /
Entraînement en milieu de travail /
Exposition graduée au travail non
rémunéré / milieu de travail antérieur

Entrée et maintien au travail /
Entraînement en milieu de travail /
Readaptation en milieu de travail

Entrée et maintien au travail /
Entraînement en milieu de travail /
Exposition graduée au travail
rémunéré / milieu de travail antérieur

Verbatim Groupe 4**Code(s)**

Sujet 14: ... travailleur autonome, c'est différent euh...

Animateur: Hum.

Sujet 14 et Animateur: (rire)

Sujet 14: Toutes sortes d'affaires là mais euh...

Sujet 15: Ou le client non plus y veut pas euh... t'sais l'image, pis y veut pas qu'on y aille euh... y veut pas aller euh... Moi j'ai un client là c'tait...

Sujet 14: Moi ç'a jamais arrivé.

Sujet 15: ... Ah non, moi j'ai un client même là, y'avait comme une hémiplégie pis y voulait même pas aller prendre son lunch parce que y'avait deux marches à monter pis y'avait pas de rampe, pis y voulait pas qu'on aille installer de rampe pis euh... de main courante pis euh... C'tait toute l'image fac que c'tait... Quand on est allé c'tait vraiment là en stage, pis y'était comme prêt euh...

Sujet 14: (acquiesce par un hochement de la tête)

Sujet 15: Y'avait été capable de monter ses marches mais y voulait pas qu'on aille travailler sur... (rire)

Animateur: Sur place.

Sujet 15: Fallait (rire)... C'tait l'image! C'tait très très important là, les collègues pis euh... y voulait pas passer comme fou t'sais même s'y avait un traumatisme crânien fac que...

Sujet 14: Hum, hum.

Animateur: Donc ça c'est...

Sujet 15: Ça l'a été travaillé plus ici...

Animateur: ... c'est, c'est d'autres étapes donc, retour thérapeutique, stage...

Préparation au travail / Réadaptation
/ milieu de readaptation

Annexe V

Extrait d'un regroupement d'unité de sens par codage

Code • Préparation au travail / Évaluation des préalables au travail / Établissement et maintien des liens avec le milieu de travail / Sensibilisation de l'employeur et des collègues de travail et invitation à se joindre à l'équipe

Document 'Groupe-1', 2 passages, 636 characters.

Section 0, Paragraphs 179-180, 297 characters.

Sujet 2: ... s'allier l'employeur avec ça, pour que l'employeur sache où il est rendu, l'attende... l'ajustement psychologique qu'on a parlé à travers ça euh... pis après ça, c'est vraiment d'aller dans des vraies tâches aussitôt que c'est possible...

Sujet 3: (acquiesce par un hochement de tête)

Document 'Groupe-4', 6 passages, 4102 characters.

Section 0, Paragraphs 567-579, 1190 characters.

Sujet 14: Pis dès euh... dès... contacter tout de suite l'employeur euh...

Sujet 15: (acquiesce par un hochement de la tête)

Sujet 14: ... pour voir euh... on as-tu maintenu le lien, quel sorte d'employé c'était. Bon tout de suite on fait ça...

Sujet 15: Pis en même temps quand on va avec l'employeur, c'est de lui expliquer parce là y'ont entendu parler de l'accident pis que là hey! y'avait le crâne pis euh...les faits tout ça...

Animateur: (rire)

Sujet 15: ... Fac que d'expliquer un p'tit peu c'est quoi les euh... l'accident, les séquelles du TCC, où on en est dans la réadaptation, pis que vers... on vise quoi...

Sujet 14: C'est ça!

Sujet 15: On vise le retour au travail mais pas tout de suite ou on pense retourner dans X temps... L'ouverture!... Pis en même temps on vérifie là...

Sujet 14: Demander leur ouverture à faire un retour aussi un retour thérapeutique au travail.

Sujet 15: (acquiesce par un hochement de la tête)

Sujet 14: On va-tu pouvoir aller dans l'milieu? On va-tu pouvoir euh... faire un stage? Est-ce que le lien d'emploi est gardé? Son poste es-tu toujours là euh? Tout ça, on fait ça au début là.

Sujet 15: (acquiesce par un hochement de la tête)

Animateur : Ok.

Section 0, Paragraphs 883-884, 321 characters.

Sujet 14: « Appelle ton employeur; demande-lui si euh... quand est-ce que tu pourrais commencer... » t'sais là on on... y vont... on va faire l'horaire avec lui euh...

Sujet 15: C'est ça, c'est d'impliquer le client; le client va être impliquer plus plus plus. C'est lui qui fait les démarches euh... C'est de le responsabiliser,

Section 0, Paragraphs 1293-1298, 409 characters.

Sujet 15: C'est rare que l'employeur va avoir été contacté par exemple là! T'sais des fois...

Sujet 14: Ouais. Oui, oui!

Sujet 15: ... on s'disait ça s'rait l'fun de l'appeler le plus vite possible pis dédramatiser pis expliquer qu'est-ce qui est arrivé. Mais c'est pas fait là. J'te dirais que on a une p'tite description...

Animateur: Ok...

Sujet 15: ... mais l'employeur a pas été contacté.

Animateur: Ok.

Document 'Groupe-5', 5 passages, 1835 characters.

Section 0, Paragraphs 866-867, 112 characters.

Sujet 16: pis j'vas aussi euh... aller peser... aller voir l'ouverture à un stage futur.

Sujet 18: Moi aussi...

Section 0, Paragraph 1122, 159 characters.

Sujet 16 : Pis dans les étapes préparatoires, ben c'est... d'préparer éventuellement au stage aussi. Fac que y va y avoir des contacts avec l'employeur euh...

Annexe VI
Arbre de codage

○ Préparation au travail

- Évaluation des préalables au travail
 - Établissement et maintien des liens avec le milieu de travail
 - Évaluation du support disponible dans le milieu de travail et des obstacles
 - Sensibilisation de l'employeur et des collègues de travail à la situation du travailleur et invitation à se joindre à l'équipe pour travailler sur les objectifs en vue d'un éventuel retour au travail
 - *Maintien du lien d'emploi par le travailleur*
 - Évaluation des caractéristiques du travailleur
 - Identification des habiletés et des intérêts du travailleur dans le but d'explorer son profil d'employabilité (si sans emploi)
 - Évaluation du portrait professionnel pré-TCE
 - Évaluation de l'environnement de travail du client (pré-TCE)
 - Évaluation du portrait général du client pré-TCE (autres habitudes de vie que le travail)
 - Évaluation du portrait général du client post-TCE (autres habitudes de vie que le travail, aptitudes générales, environnement général)
 - *Évaluation de la participation au travail en milieu scolaire / centre de formation professionnelle*
- Identification des types d'emploi présumés compatibles avec les caractéristiques de la personne et de son environnement
 - Évaluation des capacités en regard du travail
 - Évaluation de l'environnement de travail du nouvel emploi considéré / utilisation des outils de pairage d'emploi
- *Estimation de la compatibilité travailleur-environnement de travail*
- *Planification de la préparation au travail*

- *Réunion d'équipe*
 - *équipe interne et équipe externe*
 - *avec les autres intervenants de l'équipe*
- *Discussion de cas entre ergothérapeute interne et externe*

- *Entraînement et réintégration des autres habitudes de vie que le travail*

- *Réadaptation*
 - *À domicile*
 - *Dans la communauté*
 - *En milieu de réadaptation (thérapie de réadaptation fonctionnelle)*

- *Modification de l'environnement général*
 - *Information donnée au travailleur ou à ses proches ou les deux par rapport à la réadaptation en général*
 - *Information donnée au travailleur ou à ses proches ou les deux par rapport à la réadaptation au travail*
 - *Aménagement physique du domicile*
 - *Aménagement social ou physique de la communauté*

- Recherche d'emplois disponibles parmi les types d'emploi identifiés préalablement (si un nouvel emploi est considéré)

- Analyse du travail disponible et sélection d'un emploi en particulier
 - *Évaluation des environnements de travail des nouveaux emplois sélectionnés (si un nouvel emploi disponible est considéré)*
 - *Évaluation de la capacité du client à faire les apprentissages requis pour exercer le nouvel emploi*

- *Évaluation des capacités de la personne à obtenir l'emploi choisi*

○ **Entrée et maintien au travail**

- *Estimation de la compatibilité travailleur-environnement de travail*
- *Planification de l'entrée et du maintien au travail*

- *Réunion d'équipe*
 - *avec les autres intervenants de l'équipe*
 - *avec le travailleur ou l'employeur ou les deux*

- *Évaluation du portrait général du client post-TCE*
- *Évaluation des capacités en regard du travail*
- *Évaluation de l'environnement de travail*
- *Évaluation de la participation au travail en milieu de travail*

- *Entraînement en milieu de travail*
 - *Réadaptation en milieu de travail (ex. : retour thérapeutique au travail)*
 - *Exposition graduée au travail non rémunérée par l'employeur (ex. : stage en emploi)*
 - *Dans le milieu de travail antérieur*
 - *Dans un autre milieu de travail*
 - *Exposition graduée au travail rémunérée par l'employeur (ex. : retour progressif)*
 - *Dans le milieu de travail antérieur*

- *Modification de l'environnement général*
 - *Information donnée au travailleur ou à ses proches ou les deux par rapport à la réadaptation en général*
 - *Information donnée au travailleur ou à ses proches ou les deux par rapport à la réadaptation au travail*

- *Modification de l'environnement de travail*
 - *Aménagement physique du poste et de l'environnement de travail*

- *Information donnée à l'employeur ou aux collègues de travail*
- Évaluation de l'évolution des besoins pour le maintien au travail en milieu de travail
- **Suivi continu à long terme**
 - Suivi continu

Légende :

Normal : code de l'arbre de codage d'origine

Italique : nouveau code ajouté à l'arbre de codage

Annexe VII
Certificat d'éthique



Certificat d'éthique

Par la présente, le comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR (CÉR) atteste qu'il a évalué, lors de sa réunion du 20 septembre 2005, le projet de recherche (CRIR-163-0805) intitulé:

« La réintégration professionnelle des personnes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral : la pratique des ergothérapeutes en milieu réel de travail ».

Présenté par: **Caroline Lachapelle**

Le présent projet répond aux exigences éthiques de notre CÉR. Le Comité autorise donc sa mise en œuvre sur la foi des documents suivants :

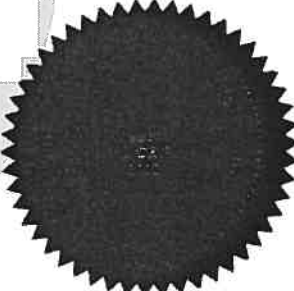
- **Formulaire A daté du 7 septembre 2005;**
- **Grille d'évaluation du Comité d'évaluation scientifique du CRIR datée du 30 août 2005 » ;**
- **Lettre du [] datée par le CÉR du 1^{er} septembre 2005 confirmant l'acceptation du projet par cet établissement sur le plan de la convenance institutionnelle ;**
- **Lettre du [] datée du 19 septembre 2005, confirmant l'acceptation du projet par cet établissement sur le plan de la convenance institutionnelle ;**
- **Lettre de [] datée du 13 octobre 2005, confirmant l'acceptation du projet par cet établissement sur le plan de la convenance institutionnelle ;**
- **Formulaire d'examen de la convenance institutionnelle du [] datée du 18 octobre 2005 mentionnant que l'établissement accepte le projet sur le plan de la convenance institutionnelle ;**
- **Protocole de recherche intitulé « La réintégration professionnelle des personnes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral : la pratique des ergothérapeutes en milieu réel de travail » et ses annexes;**
- **Formulaire de consentement (version du 6 octobre 2005 tel que nommé par le chercheur) ;**
- **Affiche pour recruter les ergothérapeutes (version datée par le CÉR le 30 août 2005) ;**
- **Document intitulé « Personnes intéressées par le projet de recherche (version datée par le CÉR le 30 août 2005) ;**
- **Document intitulé « Guide du participant » (version datée par le CÉR le 30 août 2005).**

Ce projet se déroulera dans les sites du CRIR suivants :

Ce certificat est valable pour un an. En acceptant le présent certificat d'éthique, le chercheur s'engage à :

1. Informer le CÉR de tout changement qui pourrait être apporté à la présente recherche ou aux documents qui en découlent (Formulaire M) ;
2. Rapporter aux participants toute information susceptible de modifier leur consentement ;
3. Fournir annuellement au CÉR un rapport d'étape l'informant de l'avancement des travaux de recherche (formulaire R) ;
4. Demander le renouvellement annuel de son certificat d'éthique ;
5. Aviser le CÉR de la clôture (abandon ou interruption prématurée) du projet de recherche ;
6. Envoyer au CÉR une copie de son rapport de fin de projet / publication.


Me Michel T. Giroux
Président du CÉR


Date d'émission
20 octobre 2005

Annexe VIII

Accord des co-auteurs et permission de l'éditeur

Annexe II
Accord des co-auteurs et permission de l'éditeur

A) Déclaration des co-auteurs d'un article

1. Identification de l'étudiant

Caroline Lachapelle, [REDACTED]

M.Sc. Sciences biomédicales option réadaptation

2. Description de l'article

Co-auteurs : Lachapelle, C., Dutil, E., & Swaine, B.R.

Titre: *Occupational therapy aimed at returning to work persons with moderate or severe traumatic brain injury*

Revue : Journal of Head Trauma Rehabilitation

État actuel de l'article : en préparation.

3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant

A titre de co-auteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Caroline Lachapelle inclue cet article dans son mémoire de maîtrise qui a pour titre *Exploration de la pratique des ergothérapeutes québécois en lien avec la réintégration professionnelle de travailleurs ayant subi un traumatisme crânioencéphalique modéré ou sévère.*

[REDACTED]

Elisabeth Dutil M.Sc., co-auteure

Date

[REDACTED]

Bonnie R. Swaine Ph.D., co-auteure

Date

B) Permission de l'éditeur d'une revue ou d'un livre

1. Identification de la revue ou du livre

Journal of Head Trauma Rehabilitation
Kessler Medical Rehabilitation Research and Education Corporation
1199 Pleasant Valley Way
West Orange, NJ 07052

2. Identification de l'éditeur ou des éditeurs

Mitchell Rosenthal PhD

3. Identification de l'article

L'article n'a pas été encore soumis à la revue.

