

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

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

PAR  
LAURENCE GRATTON

RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE À LA SUITE D'UNE LÉSION CÉRÉBRALE  
ACQUISE : SYNTHÈSE DES MODÈLES DE PRATIQUE

13 DÉCEMBRE 2021

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens d'abord à remercier ma directrice d'essai, madame Valérie Poulin, erg., Ph.D., professeure au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour m'avoir offert l'opportunité de réaliser ce travail de longue haleine, de m'avoir soutenue dans sa réalisation et surtout de m'avoir encouragée à dépasser mes limites en poussant ma réflexion toujours plus loin. Son énergie, son positivisme et sa grande disponibilité ont permis de me rassurer et de me motiver tout au long de ce projet.

Je tiens à remercier également Madame Julie Lessard, ergothérapeute à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec du CIUSSS de la Capitale-Nationale, qui a accepté de lire et de commenter mon essai.

Je ne peux passer sous silence la dévotion de mes parents, de mes sœurs et de mon conjoint, qui m'ont supportée à toutes les étapes de cette aventure parsemée de défis, de remises en question et de réussites qu'a été mon parcours universitaire. Sans oublier mon chat Soya qui m'a encouragée le mieux qu'il pouvait en se montrant le museau lors de mes rencontres avec ma directrice d'essai et en se couchant sur mon clavier pour m'inciter à prendre plus de pauses.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES .....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>IV</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>V</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>2. PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>2</b>
2.1. QU'EST-CE QU'UNE LÉSION CÉRÉBRALE ACQUISE ?.....	2
2.2. LE RETOUR AU TRAVAIL À LA SUITE D'UNE LÉSION CÉRÉBRALE ACQUISE : ÉTAT DE LA SITUATION .....	3
2.2.1 <i>Les répercussions des difficultés de retour à l'emploi</i> .....	4
2.3 LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE .....	5
2.3.1 <i>Le processus ergothérapique en contexte de réadaptation professionnelle</i> .....	5
2.4 LES OBSTACLES ENTRAVANT LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE .....	9
2.5 LES MODÈLES DE PRATIQUE DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE .....	10
2.6 LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	11
<b>3. CADRE CONCEPTUEL.....</b>	<b>11</b>
3.1 LE MODÈLE PEO .....	11
3.1.1 <i>Personne</i> .....	12
3.1.2 <i>Environnement</i> .....	12
3.1.3 <i>Occupation</i> .....	12
3.1.4 <i>Performance occupationnelle</i> .....	13
3.2 JUSTIFICATION DU CHOIX DU MODÈLE .....	13
<b>4. MÉHODE.....</b>	<b>14</b>
4.1 DEVIS DE RECHERCHE .....	14
4.2 IDENTIFICATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE.....	15
4.3 IDENTIFICATION DES ÉTUDES PERTINENTES .....	15
4.4 SÉLECTION DES ÉTUDES.....	16

4.5 EXTRACTION DES RÉSULTATS .....	17
4.6 SYNTHÈSE ET COMMUNICATION DES RÉSULTATS .....	18
<b>5. RÉSULTATS .....</b>	<b>18</b>
5.1 PRÉSENTATION DES ARTICLES SCIENTIFIQUES SÉLECTIONNÉS .....	18
5.2 DESCRIPTION DES MODÈLES RECENSÉS.....	20
5.2.1 <i>Le développement des compétences du travailleur</i> .....	20
5.2.2 <i>La compréhension des facteurs liés au retour au travail</i> .....	21
5.2.3. <i>Le renforcement de l'interaction entre le travailleur et son environnement</i> .....	21
5.3 MISE EN COMMUN DES CONCEPTS CLÉS DES MODÈLES DE PRATIQUE EN FONCTION DES COMPOSANTES DU MODÈLE PEO ET DES COMPOSANTES DES INTERVENTIONS RECOMMANDÉES	22
5.3.1 <i>Personne</i> .....	22
5.3.2 <i>Environnement</i> .....	25
5.3.3 <i>Occupation</i> .....	27
5.3.4 <i>Les interventions</i> .....	29
<b>6. DISCUSSION.....</b>	<b>34</b>
6.1. RETOUR SUR LA QUESTION DE RECHERCHE ET LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE .....	34
6.2 ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS .....	34
6.2.2 <i>Synthèse de la composante de la personne</i> .....	38
6.2.3. <i>Synthèse de la composante de l'environnement</i> .....	39
6.2.4 <i>Synthèse de la composante de l'occupation</i> .....	42
6.2.5 <i>Synthèse de la composante « intervention »</i> .....	43
6.4 IMPLICATIONS ET RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE.....	45
6.5 FORCES ET LIMITES DE CETTE RECHERCHE .....	46
<b>7. CONCLUSION .....</b>	<b>47</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>49</b>
<b>ANNEXE A .....</b>	<b>56</b>

**LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES**

Tableau 1. Processus de recherche dans les bases de données .....	16
Tableau 2. Critères de sélection des articles .....	17
Tableau 3. Composantes, catégories et caractéristiques de la cartographie des résultats....	37
Tableau 4. Grille d'extraction et résumé des articles scientifiques.....	56
Figure 1. Schématisation de la sélection des articles scientifiques.....	19
Figure 2. Cartographie des résultats.....	36

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

ACE : Association canadienne des ergothérapeutes

AVC : Accident vasculaire cérébral

CIF : Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

CNESST : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

IVAC : Indemnisation des victimes d'actes criminels

LCA : Lésion cérébrale acquise

OEQ : Ordre des ergothérapeutes du Québec

SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec

TCC : Traumatisme crânio-cérébral

TCCL : Traumatisme crânio-cérébral léger

PEO : Modèle Personne-Environnement-Occupation

## RÉSUMÉ

**Introduction:** Soixante-quinze pourcent des personnes atteintes d'une lésion cérébrale acquise (LCA) sont en âge de travailler, et de ce nombre, moins de 40% retournent au travail. Les défis du retour au travail chez cette population s'expliquent, en partie, par le nombre limité de recherches sur la prise en charge du retour au travail à la suite d'une LCA et par la complexité des enjeux à considérer, tant au plan de la santé mentale que de la santé physique des travailleurs, les environnements physique et social de travail, ainsi que les enjeux organisationnels. Par conséquent, les ergothérapeutes manifestent le besoin de repères pour guider leur pratique et pour améliorer la communication entre les différents acteurs. L'utilisation de modèles de pratique est une avenue intéressante pour répondre à ce besoin, puisqu'ils permettent d'aider les ergothérapeutes à identifier les besoins de leurs clients et à faire valoir leurs enjeux occupationnels, et ce, à l'aide d'outils cohérents à leur philosophie de pratique. **Objectif :** Cette étude de portée vise à analyser et à synthétiser les modèles de pratique de réadaptation professionnelle pour les travailleurs ayant subi une LCA afin d'orienter les pratiques dans une perspective holistique. **Cadre conceptuel :** L'analyse des modèles de pratique recensés a été guidée par le Modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO). **Méthodologie :** Pour réaliser cette étude de portée, la méthode proposée par Arksey et O'Malley (2005) a été suivie afin d'identifier les articles à l'aide de trois bases de données, de sélectionner les études admissibles, puis d'extraire les résultats en les catégorisant par thématiques, en cohérence avec les composantes du cadre conceptuel. **Résultats :** Douze articles ont été retenus et ceux-ci ont permis d'identifier huit modèles de pratique de réadaptation professionnelle. La synthèse des huit modèles de pratique permet d'obtenir une vision davantage holistique du processus de réadaptation professionnelle en considérant : le travailleur, ses différents environnements (tant dans le milieu de vie que dans le milieu de travail) et l'ensemble de ses occupations. De plus, les résultats mettent en lumière l'importance de considérer la réadaptation professionnelle comme un continuum, allant de la prise de conscience de sa nouvelle identité personnelle et professionnelle, en passant par l'acquisition des prérequis jusqu'au retour et au maintien dans le milieu de travail. **Discussion :** L'utilisation de la cartographie des résultats permet aux ergothérapeutes d'avoir une vision claire de l'ensemble du processus de réadaptation professionnelle avec cette clientèle. De plus, la cartographie des résultats a mis en lumière l'importance de tenir compte de l'interaction entre les sphères occupationnelles. **Conclusions :** Il serait intéressant d'étudier le potentiel de cette cartographie pour favoriser la collaboration entre les différents professionnels de la santé impliqués puisque celle-ci permet d'avoir un langage commun et ainsi mobiliser les compétences de chacun tout au long de ce processus.

**Mots clés :** Modèle de pratique, réadaptation professionnelle, lésion cérébrale acquise, ergothérapie

## ABSTRACT

**Context:** Seventy-five percent of people with acquired brain injury (ABI) are of working age, and of these, less than 40% return to work. The challenges of returning to work for this population can be explained, in part, by the limited amount of research on the management of return to work following an ABI and by the complexity of the issues to be considered, including the mental and physical health of workers, physical and social work environments, and organizational issues. Therefore, occupational therapists show the need for benchmarks to guide their practice and to improve communication between different actors. The use of practice models is an interesting way to meet this need, since they help occupational therapists to identify and to address the occupational needs of their clients, using tools consistent with their philosophy of practice. **Objective:** The purpose of this scoping study is to analyze and synthesize vocational rehabilitation practice models for workers with ABI in order to guide practices from a holistic perspective. **Conceptual Framework:** The analysis of the identified practice models was guided by the Person-Environment-Occupation (PEO) Model. **Methodology:** To conduct this scoping study, the methodology proposed by Arksey and O'Malley (2005) was followed to identify articles using three databases, select eligible studies, and then extract the results by categorizing them by theme, consistent with the components of the conceptual framework. **Results:** Twelve articles were selected and eight models of vocational rehabilitation practice were identified. The synthesis of the eight practice models provides a more holistic view of the vocational rehabilitation process by considering: the worker, his/her different environments (both in the living environment and in the working environment) and all his/her occupations. In addition, the findings highlight the importance of considering vocational rehabilitation as a continuum, ranging from awareness of one's new personal and professional identity, through the acquisition of prerequisites skills until return and maintenance in the workplace. **Discussion:** The mapping of this scoping review results allows occupational therapists to have a clear view of the entire vocational rehabilitation process with this clientele. Moreover, the mapping of results has highlighted the importance of taking into account the interaction between all occupational spheres. **Conclusions:** It would be interesting to study the potential of this mapping to foster collaboration between the various health professionals involved since it allows for a common language and may help to mobilize the skills of each one throughout this process.

**Keywords:** Practice model, vocational rehabilitation, acquired brain injury, occupational therapy

## 1. INTRODUCTION

Au Canada, plus de 500 000 personnes vivent avec les séquelles d'une lésion cérébrale acquise (LCA), ce qui la catégorise comme étant l'une des principales causes d'incapacités (Lagacé et coll., 2010-2011). En considérant que la majorité de ces personnes sont en âge de travailler et que peu retournent au travail (Foy, 2014; van Velzen et coll., 2009), il importe de revoir la prestation des services de réadaptation professionnelle en ergothérapie. La réadaptation des travailleurs ayant subi une LCA représente un défi majeur pour les professionnels de la santé, en raison des conditions associées et de la cooccurrence d'enjeux de santé physique et mentale (Trexler et Parrot, 2018). Ainsi, il est nécessaire que l'ensemble des professionnels impliqués auprès de cette clientèle aient une vision partagée de la trajectoire de soins qui se voudrait plus claire et holistique et qui tient compte des spécificités de cette clientèle. La difficulté de cette clientèle à retourner au travail a de nombreuses répercussions aux plans : sociétal, économique, social et occupationnel. D'une part, sur les plans sociétal et économique, les coûts associés à la perte de productivité à la suite d'une LCA sont notables (Saka et coll., 2009; Yasuda et coll., 2001), et ce, particulièrement dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre. D'autre part, en ce qui concerne les impacts au niveau social et occupationnel pour le travailleur blessé, ils comprennent la perturbation de son identité professionnelle et personnelle liée aux incapacités résiduelles et à la perte potentielle de son rôle de travailleur, la diminution des responsabilités personnelles qui doit souvent être compensée par les proches, ainsi que la réduction des contacts sociaux (Dawson et coll., 2007; Lanctôt et coll., 2008). En mettant ces éléments en lumière, il importe de cibler des stratégies pour outiller les ergothérapeutes à identifier adéquatement les besoins de cette clientèle et à faire valoir leurs enjeux occupationnels.

Pour ce faire, cet essai s'intéresse plus spécifiquement aux modèles de pratique de réadaptation professionnelle existants pour les travailleurs ayant subi une LCA. Tout d'abord, la problématique de cet essai permettra de démontrer la pertinence du projet de recherche, soit le besoin de repères des ergothérapeutes pour guider leur pratique auprès de travailleurs ayant subi une LCA et pour améliorer la communication auprès des équipes et des partenaires lors du processus de réadaptation professionnelle. Ce projet visera donc à analyser et à synthétiser les modèles de pratique existants sur les interventions ergothérapeutiques de réadaptation professionnelle

pour les travailleurs ayant subi une LCA, afin d'orienter les pratiques avec un portrait complet et holistique. Pour répondre à cet objectif, ce processus de recherche s'appuiera sur le Modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO) qui permettra d'organiser l'information et de guider les résultats selon les concepts fondamentaux de la profession. Puis, la méthodologie utilisée, soit celle de l'étude de portée, sera décrite, suivie de la présentation des résultats obtenus concernant les modèles de pratique de réadaptation professionnelle existants pour les travailleurs ayant subi une LCA. Finalement, la discussion permettra d'analyser et d'interpréter les principaux résultats en lien avec les études antérieures, de démontrer leurs retombées potentielles pour la pratique ainsi que les forces et les limites de cette étude.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

Cette section fait état de l'enjeu que représente la réadaptation professionnelle chez les travailleurs ayant subi une lésion cérébrale acquise et elle illustre les causes et les conséquences associées aux difficultés de retour au travail chez cette clientèle.

### **2.1. Qu'est-ce qu'une lésion cérébrale acquise ?**

Les lésions cérébrales acquises (LCA) désignent les lésions cérébrales post-natales (Kwan et coll., 2019). Elles ne comprennent pas les lésions cérébrales congénitales ou dégénératives (Bernet et Han, 2017). Les lésions cérébrales acquises peuvent être traumatiques ou non traumatiques (Prins et coll., 2013). Les lésions cérébrales traumatiques sont définies comme une altération de la fonction cérébrale ou toute autre preuve de pathologie cérébrale induite par une force externe. Les principales causes sont : une chute, un accident de voiture, une blessure sportive, un accident de travail, etc. Ces blessures peuvent être non pénétrantes (fermées) ou pénétrantes (ouvertes) (Brain Injury Association of America, 2021b). Les lésions cérébrales non traumatiques peuvent, quant à elles, inclure celles causées par les accidents cérébraux vasculaires (AVC) de type ischémique ou hémorragique, les tumeurs, les maladies infectieuses (p. ex. méningite), les troubles métaboliques ou l'exposition aux toxines (Bernet et Han, 2017). Les conséquences des lésions cérébrales sont imprévisibles et les effets varient considérablement d'une personne à l'autre, puisqu'ils dépendent d'une multitude de facteurs tels que : la cause, l'emplacement et la gravité de la lésion (Brain injury association of America, 2021a). La gravité des dommages au cerveau, qui varie de légère à grave, est le principal facteur permettant de prédire l'impact de la

blessure sur les séquelles de la personne. Chez la plupart des gens, la LCA peut entraîner des atteintes à la communication, à la fonction physique, au comportement psychosocial et à la cognition (Bernet et Han, 2017). L'atteinte de la cognition peut se traduire, entre autres, par des difficultés à se concentrer, à retenir les consignes, à résoudre des problèmes au quotidien, à prendre des décisions et à gérer de façon adéquate son comportement. Ces difficultés réduisent de façon considérable l'autonomie, la qualité de vie, la participation dans la communauté ainsi que les possibilités de retour au travail des personnes atteintes (Lesniak et coll., 2008).

## **2.2. Le retour au travail à la suite d'une lésion cérébrale acquise : état de la situation**

Parmi les différents enjeux occupationnels nommés précédemment, il est pertinent de s'attarder particulièrement sur le retour au travail, puisque le rôle de travailleur revêt une importance majeure pour les adultes ayant vécu une lésion cérébrale acquise. En effet, le travail contribue à donner une identité, un sens et une satisfaction dans la vie (Ross, 2007). La perte du rôle de travailleur n'est pas rare pour les personnes ayant une LCA, puisque ce sont majoritairement les adultes en âge de travailler qui sont touchés (Yasuda et coll., 2001). Effectivement, environ 75% des patients atteints d'une LCA sont en âge de travailler (Foy, 2014) et de ce nombre, moins de 40% retournent au travail dans les deux ans suivant la lésion (Shames et coll., 2007; Treger et coll., 2007; van Velzen et coll., 2009).

Plusieurs éléments affectent la probabilité d'un retour à l'emploi, notamment les facteurs pré-traumatiques non modifiables, tels que l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, la situation socioéconomique, les obligations financières et familiales et le type d'emploi. Le retour à l'emploi est également modulé par les facteurs liés au traumatisme, tels que les symptômes concomitants, la cause, l'emplacement ainsi que la gravité de la lésion qui est le facteur le plus prédictif (Cancelliere et coll., 2014; Conroy et coll., 2009; Stergiou-Kita et coll., 2011). En effet, Dikmen et ses collaborateurs (1994) ont constaté que 37 % des sujets ayant subi un traumatisme cérébral sévère étaient retournés au travail dans les deux années suivant la blessure, comparativement à 64 % pour les travailleurs présentant un traumatisme cérébral modéré et à 83% pour ceux ayant une lésion traumatique légère. Aussi, il importe de tenir compte des facteurs post-traumatiques, notamment les déficiences résiduelles lors du processus de retour à l'emploi, les comorbidités comme la dépression et la présence de dépendances (nouvelles ou exacerbées à la suite de la

lésion), ainsi que les conséquences de nature médicale (Bounds et coll., 2003; Cancelliere et coll., 2014; Conroy et coll., 2009; Dismen et coll., 1994; Stergiou-Kita et coll., 2011). Finalement, il est également important de considérer les facteurs environnementaux comme le soutien familial et financier (p. ex. indemnisations) ainsi que l'environnement de travail. En tant qu'ergothérapeute, il est possible d'agir sur les facteurs environnementaux et sur les facteurs post-traumatiques afin d'augmenter les possibilités de retour à l'emploi et ainsi diminuer les répercussions négatives liées à la perte du rôle de travailleur.

### **2.2.1 Les répercussions des difficultés de retour à l'emploi**

Le retour à l'emploi influence de façon significative la sécurité financière, et ce, tant sur le plan personnel, familial qu'au plan sociétal. Sur le plan sociétal, le grand nombre de travailleurs touchés par la LCA, soit plus de 500 000 au Canada (Lagacé et coll., 2010-2011), et la faible proportion de retour à l'emploi engendrent d'énormes coûts financiers. Au Royaume-Uni, le coût sociétal de la santé et des soins sociaux, des soins informels et de la perte de productivité relié aux LCA est estimé à 9 milliards de livres par an (Saka et coll., 2009). Les États-Unis enregistrent des chiffres tout aussi énormes, en raison de la perte de productivité et de salaires, qui, avec les coûts associés aux soins et à la gestion des lésions cérébrales traumatiques seulement, sont estimés à 22 milliards de dollars américains par année (Yasuda et coll., 2001). Les coûts s'élèvent également à 34 milliards de dollars américains, spécifiquement pour les AVC, aux États-Unis (Centers of Disease Control and Prevention, 2015).

En ce qui concerne le travailleur ayant vécu une LCA, les difficultés liées au retour à l'emploi sont associées à des changements de postes ou d'emploi récurrents, une réduction du niveau de responsabilités, une diminution de contacts sociaux et de l'intégration sociale, une augmentation de l'utilisation des services, une perte de l'identité et dans certains cas, une perte du sens à la vie (Dawson et coll., 2007; Lanctôt et coll., 2008). En considérant l'ampleur des conséquences de la perte du rôle de travailleur chez une personne ayant une LCA, il est primordial de développer des interventions ciblées et efficaces en contexte de réadaptation professionnelle, afin de soutenir ces personnes à surmonter les obstacles liés au retour au travail.

## **2.3 La réadaptation professionnelle**

La réadaptation professionnelle vise à surmonter les obstacles auxquels une personne peut faire face lorsqu'elle intègre un travail, le maintient ou y retourne à la suite d'une blessure, d'une maladie ou d'une déficience. Dans ce processus, plusieurs professionnels et d'autres partenaires potentiels comme les assureurs (p. ex. la société de l'assurance automobile du Québec [SAAQ], l'indemnisation des victimes d'actes criminels [IVAC], la commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail [CNESST], assurances collectives, assurances privées) et les services externes de main d'œuvre (p. ex. la Croisée dans la région de Québec, groupe TAQ, etc.) travaillent en collaboration afin de soutenir la personne, l'employeur, la famille et les aidants (Ross, 2006, p.8-9). Dans le cas des lésions cérébrales acquises, ces professionnels comprennent les gestionnaires de cas, les travailleurs sociaux, les neuropsychiatres, les neuropsychologues, les pharmaciens, les psychiatres, les physiothérapeutes, les pneumologues, les infirmières, les récréologues, les inhalothérapeutes, les orthophonistes ainsi que les ergothérapeutes (Brain Injury Association of America, 2021c). Dans le contexte québécois de réadaptation professionnelle, d'autres professionnels s'ajoutent aussi aux équipes interdisciplinaires, notamment les psychologues, les cardiologues, les kinésiologues ainsi que les ergonomes (J. Lessard, communication personnelle, 17 octobre 2021). En tant qu'expert en habilitation des occupations, l'ergothérapeute occupe une place essentielle dans la réadaptation professionnelle. Le rôle de l'ergothérapeute est de maximiser les capacités fonctionnelles du client, d'adapter les tâches de travail afin que celles-ci soient en concordance avec les capacités du client et d'agir sur l'environnement de travail (La Marche et coll., 1995; van Dongen et coll., 2018). Un défi important de la réadaptation professionnelle est que l'ergothérapeute doit respecter les plus hauts standards de qualité de la profession, tout en étant en conformité avec les normes des assureurs publics et privés qui ont leurs propres programmes, politiques, règlements et pratiques (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], mai 2016).

### **2.3.1 Le processus ergothérapique en contexte de réadaptation professionnelle**

#### **2.3.1.1 Le processus d'évaluation**

Afin de guider le processus d'évaluation d'une clientèle adulte présentant une déficience physique qui s'engage dans un processus de réadaptation au travail, l'OEQ (2016) a produit un

guide destiné aux ergothérapeutes. Bien que ces lignes directrices ne soient pas spécifiques à la clientèle ayant subi une LCA, les principes qui s'en dégagent demeurent très pertinents et cohérents avec d'autres écrits spécifiques aux LCA. L'ergothérapeute débute généralement le processus d'évaluation avec une entrevue occupationnelle afin de documenter les habitudes de vie du travailleur, ses rôles sociaux, ses antécédents professionnels, les exigences de son poste de travail pré-lésionnel (ex. : tâches, heures travaillées, environnement de travail, charge de travail, climat de travail, etc.), les attentes de son employeur, les possibilités de retour au travail (Donket-Cools et coll., 2016; La Marche, 1995; O'Keefe et coll., 2019; van Dongen et coll., 2018) ainsi que sa perception quant à son retour au travail. L'impact des séquelles de la lésion sur le fonctionnement au quotidien (p. ex. rendement dans les activités de la vie quotidienne, participation aux activités de la vie domestique, journée type, reprise d'activités de loisir) est essentiel à documenter puisqu'il peut permettre d'identifier plusieurs facteurs qui risquent de limiter la réintégration au travail (La Marche, 1995). Par la suite, afin de corroborer les informations subjectives obtenues par l'entrevue initiale avec des données objectives et de se positionner sur le pronostic de réadaptation, l'ergothérapeute administre des tests et effectue des mises en situation. Ces tests peuvent comprendre des tests cognitifs, de manutention de charges et de tolérance à certaines postures de travail (OEQ, mai 2016). Cette triangulation des données permet également de statuer sur l'autocritique du client en fonction du niveau de concordance entre les données objectives et les données subjectives. Dans certaines situations, l'ergothérapeute peut compléter son évaluation en observant le client dans son milieu de travail (Dodson, 2010; OEQ, mai 2016). En plus d'obtenir des informations sur les capacités fonctionnelles du client, l'observation en contexte réel permet aussi d'évaluer l'ergonomie de son poste de travail et d'analyser les tâches relatives à l'emploi (Olaoye et coll., 2020). L'entrevue et les observations dans l'environnement de travail visent à déterminer l'adéquation entre les exigences du travail et de l'environnement de travail avec les capacités du client (Gibson et Strong, 2003; van Dongen et coll., 2018). Ces modalités d'évaluation sont nécessaires à l'élaboration d'un plan d'intervention de réadaptation occupationnelle efficace et axé sur le client (Donket-Cools et coll., 2016; O'Keefe et coll., 2019; van Dongen et coll., 2018).

### 2.3.1.2 Les interventions

Les données probantes portant sur les interventions favorisant le retour au travail chez les clients ayant une LCA sont encore en émergence, et ce, particulièrement pour les interventions ergothérapeutiques (Institut National d'Excellence en Santé et en Services sociaux (INESSS), 2018; INESSS – Ontario Neurotrauma Foundation (ONF), 2016). Les interventions de réadaptation professionnelle recensées dans la littérature sont actuellement guidées par l'approche orientée sur la tâche. De façon générale, le processus d'intervention en ergothérapie commence dans le milieu clinique par la planification du retour au travail et par le développement des compétences essentielles et propres au travail visé ou à l'emploi antérieur (O'Keefe et coll., 2019, Olaoye et coll., 2020). Par exemple, l'ergothérapeute peut effectuer de l'enseignement sur les conséquences des LCA et les stratégies d'adaptation ainsi que de l'entraînement des compétences sociales, physiques et cognitives (Donker-Cools et coll., 2016). L'ergothérapeute peut aussi accompagner le client dans l'intégration de stratégies compensatoires sur le plan des atteintes cognitives répertoriées lors de l'évaluation en neuropsychologie (INESSS-ONF, 2016; Paquette et al., 2009). Ces différentes interventions ergothérapeutiques s'inscrivent habituellement dans le cadre d'un programme interdisciplinaire de développement des capacités fonctionnelles. Comme il s'agit d'une clientèle avec des besoins complexes, il n'est d'ailleurs pas rare que le travailleur ait plusieurs suivis auprès de professionnels différents lors de cette phase. Par exemple, un travailleur présentant une hémiparésie pourrait bénéficier d'interventions pour le renforcement musculaire en kinésiologie, en plus de suivis en ergothérapie incluant notamment de l'enseignement sur la gestion de l'énergie, les méthodes d'hygiène posturale et de manutention de charges, de même que sur la gestion de ses douleurs, liées à un polytraumatisme ou aux douleurs neuropathiques. Les membres de l'équipe effectuent régulièrement des rencontres interdisciplinaires afin de discuter des progrès du client et des ajustements à effectuer (INESSS-ONF, 2016). Cette étape du processus de réadaptation vise ainsi à préparer le client à un retour au travail progressif.

L'ergothérapeute effectue alors une transition graduelle vers le milieu réel de travail en intervenant à la fois en milieu clinique et dans l'environnement de travail (Olaoye et coll., 2020). Cette façon de faire permet au travailleur blessé de consolider plus facilement les apprentissages effectués dans le milieu clinique (Olaoye et coll., 2020). Il peut également partager à l'ergothérapeute les problèmes vécus et les succès rencontrés pour lui permettre de déterminer le

niveau d'assistance nécessaire et les adaptations requises (Donker-Cools et coll., 2016). Ces adaptations peuvent être formelles ou informelles (Gourdeau et coll., 2020). Les adaptations formelles comprennent la modification des tâches, le retour au travail progressif, l'horaire modifié, le changement de poste ou d'emploi, les indemnités pour rendez-vous médicaux, les pauses ainsi que les modifications environnementales, telles qu'un bureau privé ou encore un éclairage plus doux ou l'adaptation du poste de travail. Pour ce qui est des adaptations informelles, il peut s'agir de stratégies d'auto-gestion des symptômes persistants (ex. : gestion du sommeil, de l'énergie et de la douleur, exercices, médication) et des défis cognitifs (ex. : utilisation des technologies d'assistance à la cognition, prendre des notes, s'envoyer des courriels), ainsi que le soutien des collègues (O'Keefe et coll., 2019). À cet égard, van Dongen et ses collaborateurs (2020) ont mis de l'avant un programme de réadaptation professionnelle novateur dans lequel un collègue avec qui le client avait une bonne relation était impliqué dès les premières phases d'intervention. Le rôle de ce collègue était d'offrir de la rétroaction au client et à l'ergothérapeute. Ces rétroactions permettaient de relever les obstacles afin de les adresser en milieu clinique durant le processus. Le collègue pouvait aussi contribuer grandement aux stratégies à intégrer ou aux adaptations à mettre en place dans le milieu de travail. Par ailleurs, comme l'ergothérapeute intervenait également dans le milieu de travail du travailleur blessé, il pouvait profiter de la présence de l'employeur pour effectuer de l'enseignement afin d'augmenter sa compréhension de l'incapacité (Ownsworth, 2010).

Lorsque les capacités du travailleur sont en concordance avec les exigences de l'emploi, le processus de réadaptation professionnelle se termine par la pleine participation du client dans le rôle de travailleur (Olaoye et coll., 2020; Ownsworth, 2010). Toutefois, lorsque les incapacités découlant de la lésion constituent des obstacles majeurs à la réintégration de l'emploi antérieur et contribuent à un écart trop grand entre les capacités de travail résiduelles et les exigences de l'emploi, le processus de retour thérapeutique au travail peut se solder par un constat de capacités de travail à temps partiel ou d'incapacité à réintégrer l'emploi antérieur. Il est alors possible d'envisager une réorientation professionnelle, l'intégration d'un emploi en entreprise adaptée où une productivité est demandée, mais de moindre compétitivité que le marché régulier au travail, ou encore la participation à des occupations de bénévolat (INESSS-ONF, 2016).

## 2.4 Les obstacles entravant la réadaptation professionnelle

Plusieurs facteurs influencent les résultats de la réadaptation professionnelle, incluant non seulement les capacités de la personne, mais aussi différents éléments environnementaux. Tout d'abord, Moon et Baker (2012) identifient le manque de connaissances des employeurs sur les LCA et sur les séquelles qui peuvent en découler comme un obstacle important. Aussi, l'employeur peut ne pas connaître l'incidence des mesures d'adaptation en milieu de travail et croire, à tort, que les adaptations de poste de travail sont coûteuses. De plus, les participants d'une étude menée par Tarasuk et Eakin (1995) ont témoigné qu'il était difficile d'obtenir des mesures d'adaptation puisque la LCA est une maladie « invisible ». Ainsi, ceux-ci devaient justifier la pertinence de ces mesures ainsi que la légitimité de leur expérience en raison du manque de connaissances et de compréhension de ce type de blessure par le milieu de travail (Tarasuk et Eakin, 1995). Par conséquent, les travailleurs étaient réticents à communiquer leurs besoins aux collègues ou à la direction (Beardwood et coll., 2005; Varekamp et van Dijk, 2010).

Ensuite, bien que les mesures d'adaptations appropriées doivent être individualisées, l'absence d'un processus systématique constitue aussi un obstacle à l'obtention des mesures d'adaptation nécessaires (Gourdeau et coll., 2020). Finalement, le manque de coordination et la gestion inefficace des systèmes de soutien au retour au travail sont un autre défi pour la mise en place d'interventions (Ontario Neurotrauma Foundation, 2018). De ce fait, Van Til et ses collaborateurs (2010) évoquent le manque d'action concertée entre les différents acteurs (p.ex. professionnels de la santé, assureurs, employeur) lors du processus de réadaptation professionnelle. Ces lacunes peuvent s'expliquer, entre autres, par le nombre relativement limité de recherches sur la prise en charge du retour au travail à la suite d'une lésion cérébrale acquise (Ontario Neurotrauma Fondation, 2013) et par la complexité de cette clientèle (Dodson, 2010). Cette complexité est attribuable au fait que les cliniciens doivent tenir compte à la fois des enjeux fréquents de santé mentale et de santé physique, des environnements physique et social de travail, ainsi que des enjeux administratifs (Dodson, 2010). Pour soutenir les gestionnaires et les cliniciens dans les interventions de réadaptation professionnelle, l'INESSS (2018) a émis certaines recommandations, notamment la pertinence d'élaborer des outils pour guider ce processus. Parmi ceux-ci, l'utilisation de modèles conceptuels pourrait être une avenue intéressante, puisqu'ils permettent de soutenir le processus de raisonnement clinique pour identifier adéquatement les

besoins du client et pour faire valoir les enjeux occupationnels propres à la situation, et ce, à l'aide d'outils cohérents à la philosophie de pratique (OEQ, décembre 2016).

## **2.5 Les modèles de pratique de réadaptation professionnelle**

Un modèle conceptuel est « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique » (Morel-Bracq, 2017). Celui-ci permet d'orienter les actions et le raisonnement, en plus de justifier les décisions lors des processus d'évaluation et d'intervention. Il permet également d'expliquer ou d'anticiper comment les concepts s'appliquent dans la pratique (Association canadienne des Ergothérapeutes, 1997). Par ailleurs, l'utilisation de modèle conceptuel contribue à l'amélioration de la pratique des ergothérapeutes puisqu'il les fait « entrer dans une démarche réflexive et prospective » et est en concordance avec les valeurs de la profession, soit de baser la pratique sur les données probantes (Morel-Bracq, 2017). Aussi, selon Ducoussو-Lazaze et ses collaborateurs (2016), les ergothérapeutes manifestent souvent un besoin de repères pour guider leur pratique et pour améliorer la communication auprès des équipes et des partenaires sur le travail qu'ils effectuent et l'utilisation de modèles conceptuels répond à ce besoin. Les modèles conceptuels peuvent être répartis en trois catégories. La première catégorie concerne les modèles généraux qui s'appliquent à plusieurs situations. La seconde catégorie est composée des modèles appliqués, qui sont spécifiques à certaines pathologies ou situations. La dernière catégorie comprend les modèles de pratique qui mettent l'accent sur certaines techniques, interventions ou évaluations. Dans l'optique que la réadaptation professionnelle des personnes ayant subi une LCA représente un défi important pour les cliniciens, il est pertinent d'utiliser des modèles de pratique (Trexler et Parrot, 2018). Effectivement, Trexler et Parrot (2018) affirment qu'un modèle « médical » ou « professionnel » ne permet pas de saisir toute la complexité de la situation. Ils suggèrent plutôt de s'orienter vers un modèle qui est en mesure de pallier les obstacles uniques et propres à cette clientèle, soit les modèles de pratique. À ce jour, aucune étude recensée n'a toutefois répertorié les différents modèles de pratique concernant la réadaptation des personnes ayant subi une LCA. Afin d'avoir une vision holistique des éléments à considérer lors de la prise en charge de cette clientèle aux besoins complexes, il serait donc pertinent d'identifier et d'analyser les modèles de pratiques pouvant être utilisés par les ergothérapeutes pour guider la réadaptation professionnelle à la suite d'une lésion cérébrale acquise.

## 2.6 L'objectif de l'étude

L'objectif de l'étude est donc d'analyser et de synthétiser les modèles de pratique existants sur les interventions ergothérapiques de réadaptation professionnelle pour les travailleurs ayant subi une LCA afin d'orienter les pratiques avec un portrait complet et holistique.

## 3. CADRE CONCEPTUEL

Cette section décrit le cadre conceptuel pertinent choisi pour délimiter le phénomène à l'étude et pour faciliter l'analyse des données ainsi que l'interprétation des résultats (Fortin et Gagnon, 2016). Plus spécifiquement, un modèle général ergothérapique, soit le modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO) de Law et ses collaborateurs (1996), a été sélectionné pour catégoriser les thèmes centraux des modèles de pratique recensés, afin de faciliter leur analyse et leur synthèse.

### 3.1 Le modèle PEO

Le modèle PEO décrit les interactions entre la personne, l'environnement et l'occupation. Ces composantes sont centrales au modèle et elles sont présentes tout au long de la vie d'une personne (Law et coll., 1996). Toutefois, les interactions entre ces composantes sont amenées à changer à différents moments de la vie, notamment lors des phases de développement, ou encore, lorsqu'il y a une perturbation chez la personne sur le plan de l'environnement ou de ses occupations (Law et coll., 1996). Ce phénomène renvoie à l'approche transactionnelle du modèle PEO, c'est-à-dire l'interdépendance entre la personne, l'environnement et l'occupation. Aussi, le comportement est influencé et ne peut être dissocié des influences contextuelles, des facteurs temporels, ainsi que des caractéristiques de la personne. Les changements tout au long de la vie au niveau de l'interaction entre les trois concepts centraux peuvent induire une augmentation ou une diminution de leur congruence (Law et coll., 1996). La zone de congruence maximale est la performance occupationnelle (Law et coll., 1996). En lien avec la thématique d'essai, le niveau d'adéquation de la transaction entre le travailleur, son environnement ainsi que son rendement dans l'occupation, notamment le travail, pourrait ainsi influencer la performance occupationnelle et donc les possibilités de retour au travail de celui-ci. Les principaux concepts du modèle, soit la

personne (référant dans cet essai au travailleur), l'environnement, l'occupation (notamment le travail) et la performance occupationnelle seront détaillés dans les sections suivantes.

### **3.1.1 Personne**

Selon le modèle PEO, la personne est « un être unique qui assume simultanément une variété de rôles » (Law et coll., 1996, p. 15). Ces rôles sont dynamiques et ils changent avec le temps, puisque leur signification, leur importance ainsi que leur durée dépendent du contexte (Morel-Bracq, 2017). Par ailleurs, l'unicité de la personne fait référence au fait qu'elle a une histoire, un vécu, des expériences, un style de personnalité, des antécédents culturels ainsi que des habiletés acquises et innées qui lui sont propres (Morel-Bracq, 2017). Ces habiletés comprennent les habiletés physiques, cognitives et spirituelles (Law et coll., 1996). Par conséquent, pour saisir toute la complexité de la personne et pour considérer son aspect idiosyncratique, il est primordial d'utiliser une approche holistique dans le processus ergothérapique (Morel-Bracq, 2017).

### **3.1.2 Environnement**

Dans le modèle PEO, l'environnement est défini de manière large (Morel-Bracq, 2017). Cette composante du modèle comprend les environnements : culturel, socioéconomique, institutionnel, physique et social (Law et coll., 1996). Ces domaines de l'environnement sont considérés de façon égale selon la perspective d'une personne, d'une famille, d'un groupe, d'un quartier et d'une communauté (Morel-Bracq, 2017).

### **3.1.3 Occupation**

Law et ses collaborateurs (1996) ont mis en place une classification taxinomique afin d'ordonner le langage de l'occupation dans le modèle PEO. Dans une telle classification, chaque niveau supérieur comporte une dimension de complexité plus élevée que le niveau qui lui est inférieur et englobe toutes les caractéristiques des niveaux inférieurs (Polatajko et coll., 2013). Dans la structure hiérarchique du modèle PEO, l'occupation se situe au sommet, ce qui implique qu'il s'agit du niveau de complexité le plus grand. L'occupation est suivie de la tâche, puis de l'activité (Law et coll., 1996). Ainsi, les occupations sont composées d'un ensemble de tâches, elles-mêmes composées d'une série d'activités. Concrètement, Law et ses collaborateurs (1996, p.16) définissent les occupations comme un « regroupement d'activités et de tâches dans lesquels

une personne s'engage afin de satisfaire ses besoins intrinsèques d'autosuffisance, d'expression de soi et de réalisation ». Les occupations sont divisées en trois catégories, soit les loisirs, les soins personnels et la productivité. Le travail est un exemple d'occupation de productivité. Les tâches correspondent à l'« ensemble d'activités guidées par des buts et dans lesquelles s'engage une personne » (Law et coll., p.16). Puis, les activités sont « l'unité de base d'une tâche » (Law et coll., p.16). À titre d'exemple, une personne qui exerce le métier de facteur (occupation) doit, entre autres, livrer des lettres (tâche). Pour y parvenir, celle-ci doit ouvrir la boîte aux lettres des résidents (activité).

### **3.1.4 Performance occupationnelle**

La performance occupationnelle est, quant à elle, définie comme une expérience dynamique et propre à la personne, puisqu'elle est la résultante de la transaction entre la personne, l'environnement et l'occupation (Morel-Bracq, 2017). Autrement dit, la performance occupationnelle renvoie à l'engagement d'une personne à la réalisation d'activités, de tâches et d'occupations signifiantes dans un environnement à un moment donné (Law et coll., 1996). Dans cette étude, la performance occupationnelle réfère notamment à l'expérience de retour au travail du travailleur. Cette expérience va au-delà de l'engagement au travail, elle implique également l'engagement du travailleur dans les différentes sphères occupationnelles (productivité, loisir et soins personnels).

## **3.2 Justification du choix du modèle**

Afin d'analyser et de synthétiser les modèles de pratique existants sur les interventions ergothérapiques de réadaptation professionnelle pour les travailleurs ayant subi une LCA, il s'avère pertinent d'utiliser un modèle ergothérapique général tel que le PEO. Comme mentionné précédemment, les données probantes portant sur la problématique à l'étude sont encore en développement, et ce, particulièrement pour les interventions ergothérapiques (INESSS, 2018; INESSS-ONF, 2016). L'utilisation d'un modèle simple qui inclut les concepts centraux de la profession pourrait donc agir à titre de repère puisque le jargon utilisé est bien compris par l'ensemble des ergothérapeutes. En effet, la sélection du modèle PEO permet de synthétiser les thèmes centraux des modèles de pratique recensés en faisant des liens pertinents et en ne perdant pas de vue la philosophie de la profession.

Par ailleurs, le modèle PEO permet une certaine flexibilité en raison de sa simplicité et du nombre restreint de concepts. Ainsi, il laisse une grande liberté dans l'analyse et la synthèse des données recueillies, permettant donc de catégoriser l'ensemble des thèmes centraux ressortis des modèles de pratique recensés à l'intérieur des concepts centraux de l'ergothérapie, soit la personne, l'environnement et l'occupation. De plus, la considération de l'influence des facteurs temporels du modèle PEO permet de cibler quelles interventions doivent être mises en place dans chacune des étapes de la réadaptation professionnelle. Finalement, l'utilisation du modèle PEO comme cadre conceptuel permet de saisir l'influence de la personne, l'environnement et les occupations sur le retour au travail. Dans cette étude, la performance occupationnelle renvoie aux possibilités de retour au travail.

## 4. MÉTHODE

Cette section aborde la méthodologie utilisée, soit le devis de recherche et les différentes étapes réalisées, afin de répondre à l'objectif de l'étude, tout en faisant preuve de rigueur sur le plan scientifique.

### 4.1 Devis de recherche

Cet essai consistera en la réalisation d'une étude de portée. L'étude de portée (ou scoping review) est un devis pertinent pour délimiter l'étendue d'une problématique encore peu explorée (Arksey et O'Malley, 2005), ce qui est le cas des interventions ergothérapiques de réadaptation professionnelle auprès des travailleurs ayant subi une LCA. Contrairement aux revues systématiques, l'étude de la portée n'évalue pas précisément la qualité des études incluses, puisque son objectif n'est pas de documenter l'efficacité ou le niveau de preuve en lien avec des interventions cliniques (Arksey et O'Malley, 2005). Ce devis vise plutôt à clarifier un phénomène complexe en résumant et en présentant les études qui traitent du sujet, tout en organisant les concepts centraux qui en ressortent (Arksey et O'Malley, 2005; Davis et Carter, 2009). En d'autres termes, l'étude de portée permet de cartographier les éléments de preuve existants dans la littérature sur une problématique donnée.

Afin de parvenir à analyser et synthétiser les modèles de pratique existants sur les interventions ergothérapiques de réadaptation professionnelle pour les travailleurs ayant subi une

LCA, la méthodologie de l'étude sera orientée sur la démarche en cinq étapes de Arksey et O'Malley (2005). Cette démarche comprend : l'identification de la question de recherche, l'identification des études pertinentes, la sélection des études, l'élaboration d'une catégorisation des résultats et la synthèse ainsi que la communication des résultats.

Pour assurer la transparence et la rigueur méthodologique, l'ensemble des étapes seront présentées exhaustivement dans les sections suivantes, permettant de favoriser la fiabilité des résultats présentés (Arksey et O'Malley, 2005).

#### **4.2 Identification de la question de recherche**

La première étape de la démarche méthodologique de Arksey et O'Malley (2005) est de définir la question de recherche. Selon ces auteurs, celle-ci doit être formulée de façon globale, tout en ciblant les mots-clés pertinents de la problématique, tels que la population cible, les interventions et les résultats attendus. L'identification d'une telle question de recherche permet de recueillir le plus de documents sur le sujet tout en dirigeant la recherche afin d'obtenir des articles pertinents et en nombre raisonnable (Arksey et O'Malley, 2005). En prenant tous ces éléments en considération, la question de recherche pour le présent essai est la suivante :

« Quels sont les modèles de pratique qui guident les interventions ergothérapiques de réadaptation professionnelle chez les travailleurs ayant subi une LCA ? »

#### **4.3 Identification des études pertinentes**

Dans l'optique d'obtenir une banque d'études pertinentes en lien avec la problématique, la recherche d'articles s'est faite dans trois bases de données, soit CINAHL with full text, PubMed et Scopus. La sélection de ces bases de données est justifiée par leurs nombreux articles concernant les soins de santé, notamment dans le domaine de l'ergothérapie, et la variété des types de publications, dont la majorité est basée sur des données probantes. En ce qui a trait aux mots-clés sélectionnés, quatre thèmes centraux en lien avec la problématique et leurs synonymes respectifs sont ressortis, soient : « réadaptation », « modèle », « travail » et « lésion cérébrale acquise ». Afin de cibler une quantité raisonnable de résultats, l'opérateur booléen « ET » a été utilisé entre ces quatre thèmes au lieu de l'opérateur booléen « OU ». Ce dernier a plutôt été placé entre les thèmes

centraux et leurs synonymes respectifs pour augmenter le nombre de résultats pertinents. La combinaison de mots-clés sélectionnés est présentée dans le tableau 1. De plus, pour s'assurer d'avoir le plus grand nombre d'articles traitant du sujet à l'étude, une vérification de la bibliographie des articles jugés pertinents a été faite.

Tableau 1.  
*Processus de recherche dans les bases de données*

<b>Bases de données</b>	<b>Mots-clés</b>
CINAHL with full text	(rehabilitation or intervention* or accommodat* or reintegration or return*)
Scopus	AND
PubMed	(model* or framework)
	AND
	(work* or employ* or vocation* or career or job)
	AND
	("acquired brain injury" or abi or "traumatic brain injury" or tbi or "head injury" or stroke or "cerebrovascular accident" or cva)

#### **4.4 Sélection des études**

Il a été nécessaire de spécifier certains paramètres de recherche dans les différentes bases de données, afin de limiter les résultats et de cibler les articles qui sont en lien avec la problématique. Ces paramètres comprennent l'âge, puisque l'étude se concentre sur les adultes en âge de travailler (18 à 64 ans) et la langue qui a été limitée au français et à l'anglais. Étant donné que l'étude vise à recenser des modèles conceptuels, il n'est pas nécessaire de mettre des limites quant aux années de publication, puisque bien que les modalités d'intervention spécifiques soient amenées à évoluer, la structure du processus de réadaptation professionnelle est stable à travers le temps.

Ensuite, dans un souci de cibler les articles permettant d'atteindre l'objectif de recherche, soit d'analyser et de synthétiser les modèles de pratique existants sur les interventions ergothérapiques de réadaptation professionnelle pour les travailleurs ayant subi une LCA, les critères d'inclusion et d'exclusion suivants ont été établis (voir le tableau 2). D'abord, les études sélectionnées doivent être menées auprès d'adultes (18 à 64 ans) ayant subi une LCA qui désirent

retourner au travail. Aussi, l'étude doit être applicable à l'ergothérapie, c'est-à-dire que le modèle de pratique doit faire mention d'interventions propres à cette profession. Ces interventions doivent également être en concordance avec le contexte de prestation des services de réadaptation professionnelle offerts au Québec.

Quant au processus de sélection des articles, une première liste d'articles potentiels a été générée par la lecture du titre et du résumé de l'article. En cas de doute sur l'inclusion d'un article, celui-ci était tout de même sélectionné. Puis, un second tri a été fait par la lecture exhaustive du contenu des articles potentiels. Les articles sélectionnés à la suite du deuxième tri ont été classés et conservés dans un document Word afin de créer une liste bibliographique.

Tableau 2.  
*Critères de sélection des articles*

<b>Critères d'inclusion</b>	<b>Critères d'exclusion</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'article traite d'un modèle de pratique qui fait mention d'interventions ergothérapeutiques de réadaptation professionnelle.</li> <li>• L'article porte sur la population cible : travailleur (18-64 ans) ayant subi une LCA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'article est écrit dans une langue autre que le français ou l'anglais</li> <li>• L'article traite d'un diagnostic autre que les LCA ou n'est pas spécifique aux LCA.</li> <li>• L'article n'est pas représentatif de la prestation des services de réadaptation professionnelle au Québec.</li> </ul>

#### **4.5 Extraction des résultats**

L'extraction des résultats renvoie aux stratégies employées pour synthétiser les résultats obtenus, les interpréter et les catégoriser selon les thèmes centraux (Arksey et O'Malley, 2005). Pour y parvenir, les articles inclus ont été résumés dans une grille d'extraction qui contient les informations relatives aux auteurs, à l'année de publication, au lieu de l'étude, aux objectifs, aux thèmes centraux du modèle de pratique et aux principaux résultats. Les thèmes centraux des modèles seront ensuite identifiés et organisés en fonction des catégories du cadre conceptuel retenu.

#### **4.6 Synthèse et communication des résultats**

Comme l'étude de la portée vise à amener des clarifications sur une problématique complexe en résumant et en présentant les études traitant du sujet (Arksey et O'Malley, 2005; Davis et Carter, 2009), l'organisation des concepts centraux qui en ressortent est une étape cruciale. Dans le cadre de cette étude, les termes centraux ressortis des articles sélectionnés seront cartographiés et présentés sous la forme d'un modèle de pratique. Cette classification sera possible grâce à la grille d'extraction. En effet, les concepts-clés similaires des différents modèles de pratique seront mis en commun et ceux-ci seront organisés et classifiés en fonction des catégories du cadre conceptuel, soit le modèle PEO.

### **5. RÉSULTATS**

Cette section présente les résultats identifiés à la suite d'une analyse exhaustive de chacun des articles sélectionnés. La première partie de la section des résultats décrit les articles retenus lors du processus de sélection. La seconde partie de cette section fait mention des thèmes centraux identifiés lors de l'extraction des résultats. La cartographie des résultats se base sur le cadre conceptuel, c'est-à-dire le modèle ergothérapique PEO.

#### **5.1 Présentation des articles scientifiques sélectionnés**

La stratégie de recherche dans les bases de données a mené initialement à un total de 1083 articles dans la base de données CINAHL, 2723 articles dans la base de données PubMed et 3016 articles dans la base de données Scopus. La lecture des titres a permis de cibler un total de 33 articles pertinents. Puis, les critères d'inclusion ont été appliqués rigoureusement par la consultation des articles ciblés. Ce second tri a permis de réduire le nombre d'articles en lien avec la problématique à 12 (Dodson, 2010; Kissinger, 2008; La Marche et coll., 1995; Mollayeva et coll., 2015; Ownsworth et McKenna; 2004; Rumrill et coll., 2020; Soeker, 2012, 2015, 2017, 2019; Strauser et coll., 2020; Wehman et coll., 1988). Le processus de sélection des articles est présenté à la figure 1 de la page suivante.

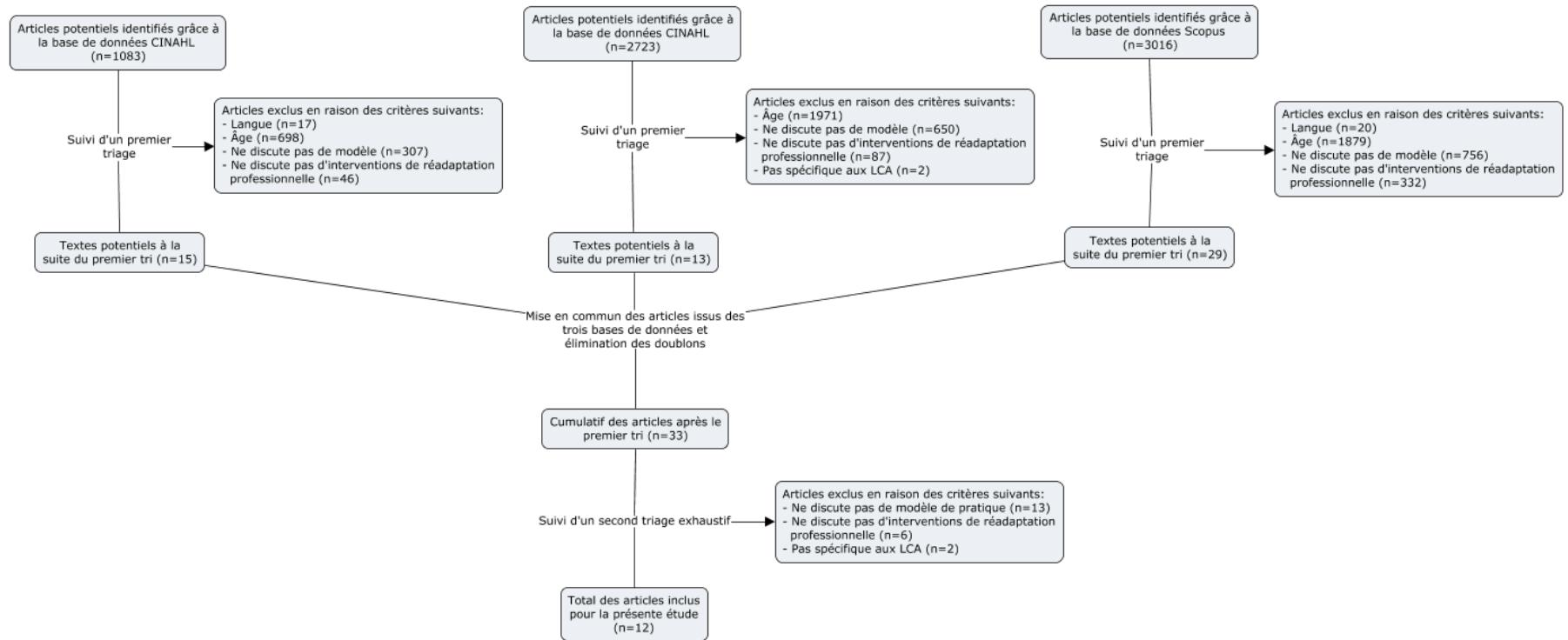


Figure 1.  
*Schématisation de la sélection des articles scientifiques*

## 5.2 Description des modèles recensés

Les 12 articles recensés lors du processus de sélection ont permis de cibler huit modèles de pratique d'interventions ergothérapiques de réadaptation professionnelle pour les travailleurs ayant subi une LCA élaborés entre 1979 et 2020. Les caractéristiques de ces modèles sont présentées dans la grille d'extraction de l'annexe A. Cinq de ces modèles ont été développés aux États-Unis, alors que les trois autres proviennent du Canada, de l'Australie et de l'Afrique du Sud. Sept des huit modèles ont été validés auprès des travailleurs ayant subi un TCC, dont un de ceux-ci a également été validé avec les travailleurs ayant subi un AVC. Puis, un des modèles a été validé avec des travailleurs ayant subi une LCA. Bien que la finalité de la totalité de ces modèles soit le retour au travail du travailleur ayant subi une LCA, l'approche utilisée pour y parvenir diffère d'un modèle à l'autre. Les approches utilisées comprennent : le développement des compétences du travailleur, la compréhension des facteurs liés au retour au travail et le renforcement de la relation entre le travailleur et son environnement de travail.

### 5.2.1 Le développement des compétences du travailleur

Tout d'abord, trois modèles de pratique sont davantage centrés sur la composante de la personne en misant sur le développement des compétences du travailleur (Soeker, 2012; Strauser et coll., 2015; Wehman et coll., 1988). Premièrement, l'Illinois Work and Well-Being Model (Strauser et coll., 2015), qui intègre les principes fondamentaux de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) (Organisation Mondiale de la Santé, 2001), vise à faciliter le développement des compétences professionnelles. Ce modèle a d'abord été développé pour les jeunes survivants du cancer (Strauser et coll., 2015), puis il a été validé avec les travailleurs ayant subi un TCC (Strauser et coll., 2020) ainsi qu'avec les travailleurs ayant subi un AVC (Rumrill et coll., 2020).

Deuxièmement, le Model of Occupational Self Efficacy de Soeker (2012, 2015, 2017, 2019) considère l'aspect temporel du processus de réadaptation professionnelle et vise à soutenir le développement du sentiment d'efficacité personnelle du travailleur afin d'augmenter son autonomie au quotidien.

Troisièmement, le Supported Placement Model de Wehman et ses collaborateurs (1988) a comme objectif de soutenir le retour au travail des personnes ayant subi un TCC en mettant de l'avant des interventions qui soutiennent l'acquisition de compétences et le développement des habiletés comportementales lors de la phase d'entraînement et d'advocacy.

### **5.2.2 La compréhension des facteurs liés au retour au travail**

L'approche utilisée dans trois des modèles est de comprendre les facteurs qui influencent le retour au travail afin d'augmenter l'efficacité des interventions (Dodson, 2010; Mollayeva et coll., 2015; Ownsworth et Mckenna, 2004). Pour commencer, le Modèle conceptuel des facteurs liés aux résultats d'emploi et aux interventions [Traduction libre] de Ownsworth et McKenna (2004) permet d'identifier les facteurs liés au retour au travail après un TCC afin d'orienter les interventions ergothérapiques. Ensuite, le Modèle conceptuel de l'intégration communautaire après un traumatisme cérébral [Traduction libre] de Mollayeva et ses collaborateurs (2015) décrit l'intégration communautaire dans les domaines social, de la famille et du travail chez les travailleurs présentant des difficultés persistantes de retour au travail à la suite d'un TCC. Ce modèle considère plusieurs facteurs, notamment les caractéristiques environnementales, les facteurs non-médicaux, les caractéristiques personnelles et les facteurs liés au TCC.

Puis, le modèle de réadaptation au travail après un TCC léger (TCCL) de Dodson (2010) a comme objectif de fournir des conseils sur l'organisation, la planification et la mise en œuvre d'interventions qui tiennent compte des facteurs concernant l'employé et l'éologie du milieu de travail, afin d'avoir un effet sur les résultats de retour au travail des travailleurs ayant subi un TCCL.

### **5.2.3. Le renforcement de l'interaction entre le travailleur et son environnement**

Trois modèles investissent plutôt le renforcement de la relation entre le travailleur et son environnement, soit l'interaction entre la composante de la personne et la composante de l'environnement, pour accroître les possibilités de retour au travail (Bordin, 1979, dans Kissinger, 2008; Dodson, 2010; La Marche, 1995). Pour commencer, la portion « éologie du milieu de travail » du modèle de réadaptation au travail après un TCCL, mentionné à la section précédente, s'intéresse à l'influence de l'environnement de travail du travailleur blessé sur le processus de réadaptation professionnelle (Dodson, 2010). Quant à lui, le Working alliance model de Bordin

(1979) vise à renforcer la relation entre le travailleur blessé et les acteurs impliqués dans le processus de réadaptation professionnelle pour augmenter les probabilités de retour au travail.

Pour terminer, l'Interactive Community Based model (ICBM) de La Marche et ses collaborateurs (1995) permet aux travailleurs ayant subi un TCC et leur famille de participer activement aux interventions et à la prise de décision, et ce, dans chacune des phases du processus d'intervention.

### **5.3 Mise en commun des concepts clés des modèles de pratique en fonction des composantes du modèle PEO et des composantes des interventions recommandées**

Dans l'optique de pouvoir comparer les modèles de pratique entre eux et de les synthétiser, les concepts-clés similaires des différents modèles sont mis en commun et ils sont organisés et classifiés en fonction des catégories du modèle PEO. Aussi, comme l'étude s'intéresse aux interventions ergothérapiques de réadaptation professionnelle et que le cadre conceptuel ne permet pas de catégoriser ces éléments, une analyse des composantes des interventions visées par ces modèles a aussi été réalisée afin d'en faire la synthèse.

#### **5.3.1 Personne**

Cinq des huit modèles de pratique recensés abordent la composante de la personne (Dodson, 2010; Mollayeva et coll., 2015; Ownsworth et McKenna, 2004; Soeker, 2012; Strauser et coll., 2015). Tout d'abord, le domaine contextuel du Illinois Work and Well-Being Model comprend les facteurs personnels, les facteurs fonctionnels et les facteurs environnementaux (Strauser et coll., 2015). Les facteurs personnels et les facteurs fonctionnels se classifient dans la composante de la personne du modèle PEO. Les facteurs fonctionnels englobent les composantes physique, émotionnelle, cognitive et de communication. En ce qui a trait aux facteurs personnels, ceux-ci comprennent la personnalité, les intérêts, les valeurs, le genre, l'âge, l'ethnie, les aptitudes, le statut socio-économique, l'identité, le tempérament et le niveau de scolarité (Strauser et coll., 2015).

Le Model of Occupational Self Efficacy mise plus spécifiquement sur le développement du sentiment d'auto-efficacité du travailleur blessé (Soeker, 2012, 2015, 2017, 2019). Soeker (2012) définit l'auto-efficacité personnelle comme le processus qui favorise l'introspection du travailleur pour lui permettre de développer une forte conviction en ses capacités à faire face aux

obstacles et aux barrières du quotidien. L'auteur met en lumière l'influence des facteurs personnels du travailleur, qui renvoient à la composante de la personne du modèle PEO, sur le développement du sentiment d'auto-efficacité, sans toutefois les décrire. L'auteur affirme que les facteurs personnels peuvent entraîner une spirale descendante vers une phase précédente si les défis ne sont pas relevés ou une spirale ascendante vers la phase suivante si les défis sont surmontés avec succès (Soeker, 2012).

La composante de la personne du Modèle conceptuel des facteurs liés aux résultats d'emploi et aux interventions comprend : les prédicteurs d'avant la blessure, les prédicteurs associés à la blessure, les facteurs neuropsychologiques ainsi que les indicateurs comportementaux, émotionnels et métacognitifs (Ownsworth et McKenna, 2004). Les prédicteurs d'avant la blessure comprennent l'âge, l'ethnie, le niveau de scolarité et le travail. Ceux-ci sont l'équivalent des facteurs personnels identifiés par Strauser et ses collaborateurs (2012). Ownsworth et McKenna (2004) y ajoutent également la nécessité de considérer l'état matrimonial, le statut occupationnel (p. ex. à l'emploi, le type d'emploi, aux études, à la retraite), les interventions psychologiques (prise de médicaments, traitement psychologique), la consommation de substances et les antécédents de commotion cérébrale. Les prédicteurs d'avant la blessure sont pertinents à documenter afin d'identifier, de façon précoce, les travailleurs qui sont davantage susceptibles à des résultats défavorables de retour au travail. En ce qui a trait aux prédicteurs associés à la blessure, ils incluent la gravité, la cause, la chronicité de la lésion ainsi que le statut fonctionnel (p. ex. fonctionnement au quotidien, atteintes des dimension cognitive, physique et affective, autonomie, adaptation psychosociale et adaptation à la collectivité) (Ownsworth et McKenna, 2004). Ces auteurs détaillent la dimension cognitive en ciblant le fonctionnement cognitif qui inclus le fonctionnement langagier, la vitesse du traitement de l'information, le fonctionnement exécutif (qui est l'indicateur neuropsychologique le plus fiable) ainsi que les capacités perceptuelles et visuo-spatiales (Ownsworth et McKenna, 2004). Concernant la dimension affective, qui est nommée « les indicateurs comportementaux, émotionnels et métacognitifs », le Modèle conceptuel des facteurs liés aux résultats d'emploi et aux interventions fait état de l'importance de prendre en compte l'état émotionnel, les symptômes autodéclarés ainsi que la métacognition dans les interventions ergothérapeutiques (Ownsworth et McKenna, 2004). Selon ces auteurs, la métacognition fait référence à la conscience de la personne et à son contrôle de ses propres fonctions et capacités cognitives. Ainsi, les aptitudes métacognitives comprennent

la conscience de soi, la connaissance de soi, la restructuration cognitive et les habiletés d'autorégulation (Ownsworth et McKenna, 2004).

Ensuite, la composante de la personne du Modèle conceptuel de l'intégration communautaire après un traumatisme cérébral (Mollayeva et coll., 2015) englobe les facteurs non médicaux, les facteurs liés au traumatisme, la détresse psychologique, la charge symptomatique et l'insomnie. Les facteurs non-médicaux (p. ex. situation financière) sont comparables aux facteurs personnels de Strauser et coll. (2012) et aux prédicteurs d'avant la blessure d'Ownsworth et McKenna (2004). Quant aux facteurs liés au traumatisme (p.ex. sévérité, cause, localisation, etc.), ceux-ci sont analogues aux prédicteurs associés à la blessure du modèle de Ownsworth et de McKenna (2004).

La section « facteurs des employés » du modèle de réadaptation au travail après un TCCL (Dodson, 2010) constitue la dimension de la personne du modèle PEO. Les facteurs des employés sont des structures inhérentes à un travailleur ayant subi une TCCL qui peuvent soutenir ou limiter son rendement. Les principales structures facilitatrices sont les fonctions exécutives et les structures psychosociales (Dodson, 2010), représentant les dimensions cognitive et affective du modèle PEO. Cet auteur mentionne qu'il y a toutefois d'autres facteurs à considérer comme la tolérance à la fatigue physique et cognitive et le fonctionnement physiologique. Le modèle suppose que le thérapeute a déjà abordé ces éléments, qui sont universels pour toutes les populations de traitement, au cours des phases précoces de réadaptation. Selon ce modèle, les fonctions exécutives jouent un rôle majeur dans le retour au travail après un TCCL. Les fonctions exécutives sont les fonctions cognitives de plus haut niveau qui sont nécessaires pour la résolution de problèmes, la prise de décision, le raisonnement abstrait, la perspicacité, le jugement, la planification, la sélection du comportement approprié, le processus d'information et d'organisation (Dodson, 2010). En d'autres mots, le fonctionnement exécutif est le principal moteur de la performance, et ce, peu importe le travail du travailleur. Pour ce qui est du fonctionnement psychologique, les personnes ayant subi un TCCL peuvent subir une modification de leur identité psychologique, ce qui affecte leur rendement (Dodson, 2010). Le fonctionnement psychologique est influencé par l'impact de la perturbation du rôle du travailleur, qui est souvent la pierre angulaire de l'identité d'une personne, et par la présence d'un trouble de l'humeur (p. ex l'anxiété et la dépression) dont la prévalence est grande chez les victimes de TCCL (Dodson, 2010). Les troubles de l'humeur peuvent entraîner

des problèmes d'interprétation et de régulation des émotions ainsi que des réponses inadaptées (Dodson, 2010). Ces facteurs ont une incidence négative sur le rendement au travail et sur l'établissement d'une bonne relation avec les collègues de travail.

### **5.3.2 Environnement**

Sept des huit modèles de pratique s'intéressent à l'impact de la composante environnementale dans le processus de réadaptation professionnelle (Bordin, 1979, dans Kissinger, 2008; Dodson, 2010; La Marche et coll., 1995; Mollayeva et coll., 2015; Ownsworth et McKenna, 2004; Soeker, 2012; Strauser et coll., 2015).

En plus des facteurs personnels et des facteurs fonctionnels, le domaine contextuel du Illinois Work and Well-Being Model comprend également les facteurs environnementaux (Strauser et coll., 2015). Ces derniers ont plusieurs niveaux, soit le niveau individuel, le niveau de services et le niveau de systèmes culturel et légal (Strauser et coll., 2015). Le niveau individuel est l'environnement micro de l'employé qui correspond aux systèmes et aux réseaux de soutien. Le niveau de services est l'environnement méso du travailleur, notamment les services et les ressources disponibles pour soutenir le retour au travail, l'accessibilité au transport et les technologies mises à sa disposition. Finalement, le niveau de systèmes culturel et légal, soit l'environnement macro, inclut les attitudes sociétales et culturelles, les facteurs politiques et légaux, le climat, etc. (Strauser et coll., 2015).

Le Model of Occupational Self Efficacy (Soeker, 2012) illustre l'impact de l'environnement sur la performance occupationnelle, sans toutefois décrire exhaustivement cette composante. Selon Soeker (2012), l'environnement peut soutenir le travailleur dans son cheminement si les défis qui y sont reliés sont surmontés avec succès. Cependant, lorsque le travailleur ne parvient pas à surmonter les obstacles de l'environnement, il ne peut pas évoluer vers la phase suivante du processus de réadaptation professionnelle.

La composante de l'environnement du Modèle conceptuel des facteurs liés aux résultats d'emploi et aux interventions d'Ownsworth et de McKenna (2004) regroupe les facteurs sociaux et environnementaux. Toujours selon ces auteurs, cette composante englobe les produits, la technologie, le soutien social, les relations, les caractéristiques de l'employeur et du milieu de travail, les litiges, le statut d'assurance, les services, les systèmes ainsi que les politiques. Ce

modèle aborde également l'influence du niveau d'engagement du personnel des services de réadaptation professionnelle sur le retour au travail (Ownsworth et McKenna, 2004).

Dans le Modèle conceptuel de l'intégration communautaire après un traumatisme cérébral (Mollayeva et coll., 2015), les caractéristiques environnementales sont décrites succinctement. En effet, Mollayeva et ses collaborateurs (2015) donnent uniquement la famille et les amis à titre d'exemple. Les caractéristiques environnementales et l'intégration communautaire s'interinfluencent (Mollayeva et coll., 2015). Les auteurs mettent également en lumière l'influence négative des effets de la médication sur l'insomnie, la détresse psychologique, la charge symptomatique, qui à leur tour, influencent l'intégration communautaire du travailleur blessé.

Le modèle de réadaptation au travail après un TCCL de Dodson (2010) a une section « écologie du milieu de travail » qui est définie comme étant la façon dont les travailleurs et les principaux éléments du milieu de travail interagissent. Selon Dodson (2010), le fait de considérer le milieu de travail comme un système écologique nous aide à réfléchir à la façon dont les travailleurs et les milieux de travail s'adaptent les uns aux autres. L'écologie du milieu de travail est séparée en trois composantes, soit les systèmes de soutien en cas d'invalidité, la culture de l'entreprise et l'environnement physique du milieu de travail. En premier lieu, les systèmes de soutien en cas d'invalidité comprennent les politiques qui soutiennent les personnes en situation de handicap. Afin d'aider et d'accompagner efficacement son client dans l'utilisation des politiques, le clinicien doit être bien informé des détails de chaque politique. Cette composante comprend également le soutien de la direction. La volonté de la direction ou des équipes de supervision à allouer les accommodements appropriés est le facteur le plus important à prendre en compte dans l'évaluation de l'adéquation travailleur-environnement de travail. En second lieu, la composante « culture de l'entreprise » comprend les intangibles (p. ex. rythme, stress, éthique de travail) qui exacerbent les difficultés liées à la régulation émotionnelle ou attentionnelles ainsi que les relations avec les collègues. Selon l'auteur, la qualité des relations avec les collègues se mesurent par le degré d'acceptation et d'inclusion du travailleur blessé. Celle-ci peut parfois être compromise par l'interaction dynamique entre les fonctions cognitives de haut niveau et les structures psychosociales qui induisent des difficultés à interagir avec les collègues de travail de manière professionnelle et appropriée. En dernier lieu, l'écologie du milieu de travail prend en considération l'environnement bâti. L'environnement physique du milieu de travail comprend

l'environnement individuel du travailleur (micro-système) ainsi que l'ensemble de l'environnement physique de travail (macro-système) (Dodson, 2010).

La composante de l'environnement n'est pas présente dans la conceptualisation de l'Interactive community Based Model (La Marche et coll., 1995). Toutefois, cette composante est intégrée à travers les autres composantes du modèle puisque l'entourage du travailleur est présent dans chacune des phases de réadaptation professionnelle. En effet, ce modèle met l'accent sur la prestation de services qui permettent aux travailleurs blessés et aux familles de participer activement aux recommandations de services et à la prise de décision (La Marche et coll., 1995).

En terminant, le Working alliance model s'intéresse à l'influence de la relation entre le thérapeute et le client sur le retour au travail (Bordin, 1979, dans Kissinger, 2008). Selon Bordin (1979) et Kissinger (2008), le lien thérapeutique facilite la collaboration entre le thérapeute et le client. La nature de ce lien se développe en fonction du type d'objectifs et de tâches que le thérapeute et le client s'engagent à entreprendre (Bordin, 1979; Kissinger, 2008).

### **5.3.3 Occupation**

Comme attendu, l'occupation centrale de la totalité des modèles de pratique recensés est le travail. Or, plusieurs modèles de pratique offrent aussi une vision davantage holistique. Effectivement, bien que le travail soit la finalité des programmes de réadaptation professionnelle, l'Illinois Work and Well-Being Model (Strauser et coll., 2015), le Model of Occupational Self Efficacy (Soeker, 2012) et le Modèle conceptuel de l'intégration communautaire après un traumatisme cérébral (Mollayeva et coll., 2015) mettent l'accent sur l'interfluence de tous les domaines de participation du travailleur blessé. Par exemple, lors de la phase précoce de réadaptation, l'ergothérapeute peut travailler, en collaboration avec le travailleur, à intégrer des activités de loisir dans l'horaire occupationnel. L'ajout d'activités agréables aura un effet sur la motivation, le sentiment d'efficacité personnelle et sur le bien-être du travailleur. Ces éléments seront, par la suite, des leviers importants et des facilitateurs au retour au travail du travailleur. Par conséquent, l'engagement dans des activités de loisir aura potentiellement un effet sur la productivité du travailleur.

Dans l'Illinois Work and Well-Being Model (Strauser et coll., 2015), la composante de l'occupation renvoie au domaine de la participation de ce modèle. Le domaine de la participation, tiré de la CIF, fait référence au fait de prendre part à une situation de la vie réelle. Selon Strauser et ses collaborateurs (2015), la participation dans l'ensemble des sphères occupationnelles entraîne une augmentation globale du bien-être et de la qualité de vie. Les notions de capacité et de performance de la CIF ont également été reprises. La capacité est décrite comme le plus haut niveau de performance qu'un individu puisse atteindre dans un contexte normalisé (p. ex. un milieu clinique) et la performance, quant à elle, se définit comme le rendement au quotidien dans l'environnement habituel (p. ex. dans le milieu de travail) (Strauser et coll., 2015). Ainsi, en milieu clinique, lorsque l'ergothérapeute effectue des simulations de tâches de travail, elle travaille la capacité du travailleur à effectuer son travail. Toutefois, la performance de ce même travailleur, en milieu réel, pour les mêmes tâches, peut être très différente en raison du changement d'environnement (p. ex. matériels utilisés différents, bruits, emplacement de la pièce, charge différente, etc.). L'ergothérapeute doit alors faire preuve de vigilance et considérer, dans la mesure du possible, l'environnement de travail dans ses interventions en milieu clinique. Par exemple, lorsque l'ergothérapeute intervient auprès d'un travailleur en construction, elle peut lui suggérer de faire les simulations de tâches de travail avec ses bottes de travail et en écoutant de la musique afin de recréer l'intensité sonore de son milieu de travail.

Le Model of Occupational Self Efficacy, quant à lui, considère l'ensemble des occupations significatives de la personne (Soeker, 2012). L'auteur affirme que la participation du travailleur dans toutes ses sphères occupationnelles lui permet de développer ses compétences et d'exercer un contrôle sur son environnement, favorisant le développement du sentiment d'auto-efficacité nécessaire à son retour au travail.

Enfin, la composante de l'occupation dans le Modèle conceptuel de l'intégration communautaire après un traumatisme cérébral se traduit par l'intégration communautaire, qui est la participation du travailleur blessé dans les domaines social, de la famille et du travail (Mollayeva et coll., 2015).

### 5.3.4 Les interventions

Sept des huit modèles de pratique décrivent le processus d'intervention de la réadaptation professionnelle des travailleurs ayant subi une LCA (Bordin, 1979, dans Kissinger, 2008; Dodson, 2010; La Marche et coll., 1995; Ownsworth et McKenna, 2004; Soeker, 2012; Strauser et coll., 2015; Wehman et coll., 1988;).

Selon l'Illinois Work and Well-Being Model, pour intervenir de façon efficace, il est nécessaire de maximiser les capacités personnelles, environnementales, et celles liées à la LCA afin d'avoir une incidence sur le domaine de perfectionnement professionnel (Rumrill et coll., 2020; Strauser et coll., 2020). Le domaine de perfectionnement professionnel comprend trois facteurs, soient : la conscience, l'acquisition et le maintien, qui ont un impact réciproque entre eux (Strauser et coll., 2015). Le facteur de la conscience constitue la prise de conscience du travailleur de sa nouvelle identité (Strauser et coll., 2015). Cette identité peut être amenée à être modifiée en raison des impacts de la LCA sur les plans cognitif, affectif, et physique. Effectivement, ces impacts altèrent l'image de soi du travailleur et perturbe son fonctionnement au quotidien. Aussi, les difficultés au plan du jugement et de l'autocritique, qui surviennent fréquemment chez cette clientèle, peuvent altérer leur conscience de leurs propres limites. Le travailleur doit donc amorcer les processus mentaux nécessaires pour s'approprier sa nouvelle identité personnelle et professionnelle (Rumrill et coll., 2020; Strauser et coll., 2020). L'ergothérapeute peut soutenir le travailleur dans cette étape en l'aidant à comprendre sa condition, en mettant en place des objectifs clairs et réalistes et en effectuant de la restructuration cognitive pour agir sur les pensées irréalistes. Par la suite, le facteur de l'acquisition porte sur le processus par lequel les travailleurs blessés accèdent à des activités thérapeutiques liées au travail, notamment le développement des compétences en recherche d'emploi, la création d'un nouveau curriculum vitae et l'acquisition des habiletés fonctionnelles nécessaires en fonction des exigences de l'emploi (p. ex. manutention de charge, tolérances posturales, capacité aérobie, etc.). Puis le facteur du maintien s'intéresse aux activités et aux comportements associés au maintien de l'engagement et de la participation aux activités éducatives et professionnelles. Malgré que ce facteur soit conceptualisé comme une finalité, il a aussi un effet réciproque avec le facteur de conscience et d'acquisition (Strauser et coll., 2015). En d'autres termes, le développement du travailleur dans le facteur de conscience, aura un impact important sur le facteur d'acquisition et le facteur de maintien. En effet, en prenant

conscience de ses limites, le travailleur est davantage ouvert et impliqué dans les interventions visant l'acquisition d'habiletés fonctionnelles, ce qui favorisera son retour au travail.

Le Model of Occupational Self Efficacy divise, quant à lui, le processus d'intervention de la réadaptation professionnelle en quatre phases (Soeker, 2012). La première phase est « la forte croyance en ses capacités fonctionnelles » qui constitue un cycle réfléctif et qui est l'équivalent du facteur de la conscience de l'Illinois Work and Well Being Model (Strauser et coll., 2015). La visée de cette phase est que le travailleur accepte sa condition grâce aux processus d'introspection (Soeker, 2012). Cette phase constitue un défi important pour les travailleurs ayant subi une LCA en raison des diverses atteintes (physiques, cognitives, etc...) qui peuvent rendre l'acceptation de la condition difficile. La deuxième phase est « l'utilisation de soi » qui mise sur le développement des habiletés fonctionnelles nécessaires en fonction des exigences de l'emploi, ce qui s'apparente au facteur de l'acquisition élaboré par Strauser et ses collaborateurs (2015). Le travailleur, par l'usage thérapeutique de lui-même, développe une confiance en son propre potentiel, révisant sa propre conception de soi. En d'autres termes, la phase de « l'utilisation de soi » contribue au développement de la première phase, soit de « la forte croyance en ses capacités fonctionnelles ». La phase de « l'utilisation de soi » est essentielle à la participation dans les activités de la vie quotidienne, puisqu'elle permet de développer l'estime personnelle de l'individu (Soeker, 2012). Dans les deux premières phases, le thérapeute se concentre sur l'établissement d'objectifs, d'une relation thérapeutique de qualité et d'une image juste et positive de soi qui est axée sur les forces et les capacités résiduelles (Soeker, 2012). La troisième phase est « le développement des compétences par l'engagement occupationnel » qui est caractérisé par la reprise de rôles occupationnels (Soeker, 2012). Le cheminement du travailleur dans les deux premières phrases du modèle ainsi que l'utilisation active des ressources externes et des réseaux de soutien lui ont permis d'exercer un contrôle sur son environnement (Soeker, 2012). Ce contrôle permet à l'individu de s'engager dans les activités de la vie quotidienne et dans les activités reliées au travail et ainsi développer ses compétences et son sentiment d'efficacité personnelle. Dans cette phase, il est possible pour le travailleur de faire un stage dans son milieu réel de travail en intégrant des stratégies compensatoires et d'adaptation du poste de travail pour développer ses compétences (Soeker, 2012). La quatrième phase est « la personne compétente » qui est caractérisée par la participation du travailleur dans les rôles occupationnels avec un maximum d'indépendance. Le

soutien accordé aux travailleurs est progressivement réduit jusqu'à ce qu'ils soient en mesure de travailler de façon autonome (Soeker, 2012).

Le processus d'intervention de réadaptation professionnelle du Supported Placement Model comprend également quatre phases (Wehman et coll., 1988). La première phase est « le jumelage et placement ». Dans cette phase, l'ergothérapeute tente de faire correspondre les besoins du poste de travail aux capacités et au potentiel de son client, encourager les communications entre l'employeur et le client, de même qu'entre lui et sa famille, d'établir des dispositions relatives au développement et à la formation, ainsi qu'analyser la sphère environnementale (Wehman et coll., 1988). La deuxième phase est « l'entraînement et l'advocacy dans le milieu de travail ». Cette phase mise sur l'acquisition de compétences, le développement des habiletés comportementales (p. ex. interventions pour réduire les comportements inappropriés, apprentissage des comportements adéquats au travail et développement des habiletés de communication) ainsi que l'advocacy pour le client (p. ex. orientation vers le milieu de travail, favoriser la communication avec les collègues de travail, l'employeur et la famille) (Wehman et coll., 1988). La troisième phase est « l'évaluation des superviseurs et du client » qui permet à l'ergothérapeute de cibler les adaptations et les stratégies compensatoires à mettre en place dans l'environnement de travail pour soutenir davantage le client dans son retour au travail (Wehman et coll., 1988). Dans la quatrième phase du processus d'intervention qui est « le maintien en poste et suivi », l'ergothérapeute effectue des visites ou des appels réguliers de suivi avec le client, les superviseurs, ainsi que l'entourage du travailleur dans le but de s'assurer d'un maintien en emploi durable et sécuritaire (Wehman et coll., 1988).

Le Modèle conceptuel des facteurs liés aux résultats d'emploi et aux interventions considère l'aspect temporel du processus de réadaptation et le sépare en trois phases : le pré-trauma, la réadaptation précoce et les ajustements à long terme (Ownsworth et McKenna, 2009). Les interventions de ce modèle sont axées sur la personne et sur la modification de l'environnement social (Ownsworth et McKenna, 2004). D'une part, les interventions centrées sur le travailleur comprennent l'entretien motivationnel, la thérapie cognitivo-comportementale, la compensation des incapacités, la réadaptation de groupe et le développement de la conscience de soi (Ownsworth et McKenna, 2004). D'autre part, l'ergothérapeute peut intervenir sur

l'environnement social du travailleur en enseignant et en offrant de la formation à l'employeur et à l'entourage sur les LCA (Ownsworth et McKenna, 2004). L'ergothérapeute peut également agir à titre d'agent de changement en misant sur la modification de l'environnement social et institutionnel en développant des programmes d'aide à l'emploi correspondant davantage aux besoins de cette clientèle et en proposant des politiques publiques et des décisions de financement plus flexibles (Ownsworth et McKenna, 2004).

Le modèle de réadaptation au travail après un TCCL (Dodson, 2010) fournit également quelques pistes d'interventions pour soutenir le travailleur dans son retour au travail. L'auteur identifie des « accommodements raisonnables » pour les atteintes des fonctions exécutives ainsi que pour les atteintes psychologiques. Selon Dodson (2010), les « accommodements raisonnables » sont des modalités qui permettent de pallier les atteintes du travailleur et d'accomplir ses fonctions essentielles au travail. D'un côté, les « accommodations raisonnables » pour pallier les atteintes sur le plan des fonctions exécutives comprennent l'utilisation de bruits blancs ou de bouchons, la division des grandes tâches en petites étapes, un espace de travail calme ou un bureau privé, l'organisation des réunions hebdomadaires avec les superviseurs pour encourager la communication ouverte, l'enregistrement des réunions sur un appareil de lecture audio, les instructions données de façon écrite et verbale, l'accès aux programmes d'aide à l'emploi, ainsi que la modification de l'horaire pour intégrer plusieurs pauses de courte durée (Dodson, 2010). De l'autre côté, les « accommodations raisonnables » pour les atteintes psychologiques incluent l'établissement par écrit des objectifs à court et à long terme, le maintien d'une communication ouverte avec le gestionnaire par l'organisation de rencontres mensuelles, l'enseignement au gestionnaire sur la nature de l'incapacité psychologique, l'offre d'une formation de sensibilisation aux collègues ainsi que la mise en place d'un horaire souple qui prend en compte les besoins en matière de congé pour les rendez-vous médicaux (Dodson, 2010).

L'Interactive Community Based Model (La Marche et coll., 1995) met l'accent sur une prestation de services en cinq phases. La première est l'évaluation et le traitement à domicile, en milieu réel. Cette phase comprend une entrevue initiale avec le client, un relevé des activités quotidiennes et une liste de vérification (*checklist*) permettant d'apprécier la composante comportementale de l'individu (La Marche et coll., 1995). Ensuite, le travailleur et son entourage

élaborent ensemble un programme composé d'interventions centrées sur les occupations (p. ex. adapter les tâches, aménager l'environnement, acquisition d'habiletés), de modalités de renforcement au travail et d'interventions qui favorisent l'autonomie (La Marche et coll., 1995). Le travailleur et son entourage sont également invités à noter les problèmes rencontrés au quotidien pour en discuter ultérieurement avec le thérapeute. Puis, la troisième phase est l'engagement dans des activités liées au travail. Dans cette phase, le thérapeute procède à l'évaluation du rendement et du potentiel de réadaptation du travailleur dans les domaines spécifiques à son travail. Ces évaluations se font par le biais d'entrevue occupationnelle avec le client, de tests physiques (p. ex. soulèvement de charge, tolérances posturales), de tests cognitifs (p. ex. tâche à l'ordinateur, tests standardisés), observations et mises en situation. L'ergothérapeute cible les aptitudes professionnelles à développer dans le cadre de la thérapie en fonction des exigences de l'emploi (p. ex. manutention de charge, tolérances posturales, tolérances cognitives, capacité aérobie, etc.) (La Marche et coll., 1995). La quatrième phase de la réadaptation professionnelle est le stage dont la visée est de déterminer si, quand et comment le travailleur ayant subi un TCC est en mesure de maintenir des comportements professionnels adéquats pendant une période prolongée et de déterminer dans quelle mesure le rendement peut être affecté par les modifications au niveau de la structure et des exigences (La Marche et coll., 1995). La dernière phase du processus d'intervention est le rendement professionnel optimal qui représente la capacité maximale du travailleur à accomplir des tâches professionnelles. Les mesures mises à la disposition du travailleur peuvent comprendre l'assignation temporaire (p. ex. diminution du nombre de tâches à accomplir, adaptation de la charge, autre emploi existant dans l'entreprise), le télétravail, la réorientation professionnelle, etc. (La Marche et coll., 1995).

Finalement, le Working alliance model soutient l'importance pour l'ergothérapeute et son client d'établir les objectifs d'intervention en collaboration (Bordin, 1979, dans Kissinger, 2008). Comme les clients entament souvent la réadaptation professionnelle avec des objectifs centrés sur des conditions externes et changeantes, les thérapeutes doivent demeurer conscients des variables physiques, cognitives, psychosociales et organisationnelles pertinentes afin d'aider les travailleurs ayant subi un TCC à établir des objectifs réalistes et atteignables (Bordin, 1979, dans Kissinger, 2008). De plus, il doit y avoir une collaboration entre le thérapeute et le client quant à leurs tâches respectives à accomplir pour atteindre les objectifs. Le thérapeute et le travailleur doivent avoir

une connaissance continue de leurs tâches et le lien entre celles-ci et les objectifs doivent être cohérents (Bordin, 1979, dans Kissinger, 2008).

## 6. DISCUSSION

Cette section de l'essai inclut un retour sur l'objectif de l'étude, une synthèse et une cartographie des résultats, puis une réflexion ainsi qu'une analyse critique de ceux-ci en lien avec d'autres écrits scientifiques. La discussion se termine par la mention des forces et des limites de cette étude ainsi que des retombées pour la pratique clinique.

### 6.1. Retour sur la question de recherche et l'objectif de l'étude

La question de recherche ayant guidé cet essai visait à déterminer : « Quels sont les modèles de pratique qui guident les interventions ergothérapiques de réadaptation professionnelle chez les travailleurs ayant subi une LCA ? » Découlant de cette question, l'objectif de l'étude était d'analyser et de synthétiser les modèles de pratique existants sur les interventions ergothérapiques de réadaptation professionnelle pour les travailleurs ayant subi une LCA afin d'orienter les pratiques avec un portrait complet et holistique.

### 6.2 Analyse et interprétation des résultats

Ce processus de recherche s'est appuyé sur le modèle conceptuel Personne-Environnement-Occupation (PEO) qui a permis de catégoriser les thèmes centraux des modèles de pratique recensés en fonction des concepts fondamentaux de l'ergothérapie, afin de faciliter l'analyse et la synthèse des résultats. Cette synthèse a permis d'élaborer une cartographie des résultats (voir figure 2). L'analyse de l'ensemble des huit modèles de pratique recensés révèle l'inter-influence des composantes du PEO sur la réadaptation professionnelle des travailleurs ayant subi une LCA. Dans le contexte de la pratique clinique, cette inter-influence pourrait s'illustrer, par exemple, lorsque l'ergothérapeute enseigne les principes de conservation de l'énergie à son client pour que celui-ci soit en mesure d'effectuer ses tâches domestiques à la maison. L'augmentation du rendement du travailleur dans les tâches domestiques favorisera le développement de son sentiment d'efficacité personnelle, de sa tolérance à l'effort et d'un niveau d'énergie plus stable. L'engagement dans ces occupations contribuera aussi à la prise de

conscience de son identité personnelle à la suite de la LCA. De plus, le fait que le travailleur soit familier avec ces principes de conservation d'énergie facilitera potentiellement le transfert de ceux-ci dans son milieu de travail, lors des phases suivantes de la réadaptation professionnelle.

Cette inter-influence a également été soulevée dans d'autres écrits scientifiques (Etuknwa et coll., 2019; Matérne et coll., 2017), soulignant que la réadaptation professionnelle est multifactorielle. De plus, tel que proposé dans cet essai, Matérne et ses collaborateurs (2017) confirment également que pour que la réadaptation professionnelle soit efficace, elle doit être individualisée et adaptée au contexte du travailleur, ce qui implique que le travailleur soit au centre des efforts de réadaptation et que des adaptations au travail et à la situation de vie doivent être faites tout au long du processus.

Dans la cartographie des résultats présentée à la figure 2, les doubles flèches avec un trait gras représentent les interactions constantes et dynamiques entre la personne, l'environnement et l'occupation du modèle PEO (Law et coll., 1996). Dans la composante de la personne, l'inter-influence entre les facteurs liés à lésion, les facteurs personnels et les habiletés est représentée par des doubles flèches. La composante « intervention » considère l'aspect temporel (flèche verte) et soutient le développement du travailleur dans l'ensemble des composantes du modèle PEO, ce qui est illustré par les flèches avec un trait pointillé. Bien que la phase « maintien dans le milieu de travail » de cette composante soit la finalité des interventions de réadaptation professionnelle, cette phase a une relation de réciprocité avec la phase « conscience de la nouvelle identité » et la phase « acquisition des prérequis », figuré par les doubles flèches. Puis, la composante « alliance thérapeutique » souligne qu'une relation de qualité entre le travailleur et l'ergothérapeute est primordial pour favoriser l'engagement dans la réadaptation et ainsi obtenir des résultats positifs.

Le regroupement des modèles de pratique permet d'obtenir une vision holistique de la réadaptation professionnelle en considérant : le travailleur, son environnement, tant dans son milieu de vie qu'au travail, et ses occupations. Ce portrait global permet d'intervenir plus efficacement en tenant compte des enjeux propres aux travailleurs ayant subi une LCA. Les composantes, les catégories et les caractéristiques de la cartographie des résultats sont résumées dans le tableau 3, puis décrites exhaustivement dans les sous-sections suivantes, en faisant des liens avec d'autres écrits scientifiques.

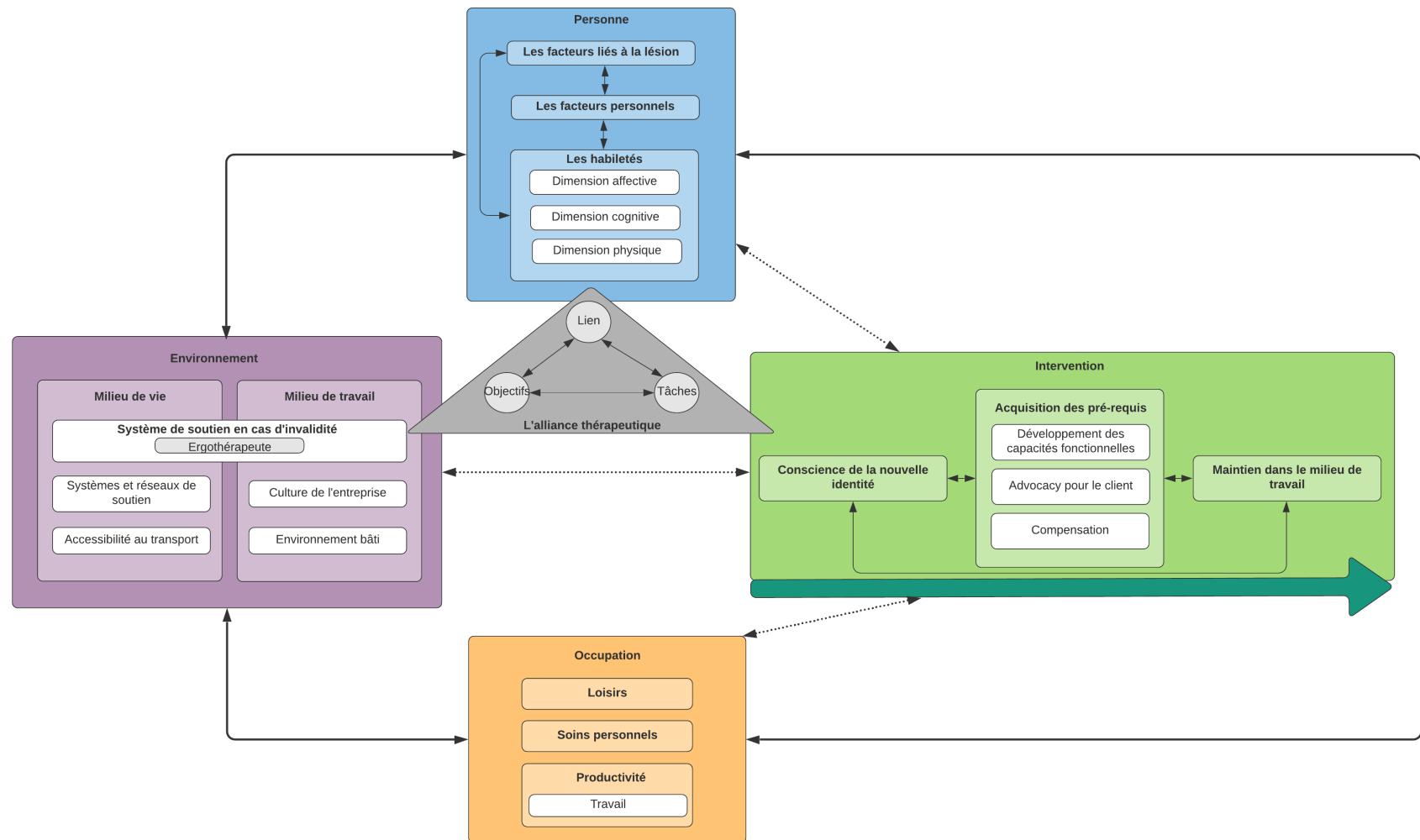


Figure 2.  
Cartographie des résultats

NOTE : Des exemples détaillés pour illustrer chacune des composantes de cette cartographie sont inclus au Tableau 3.

Tableau 3. Composantes, catégories et caractéristiques de la cartographie des résultats

Composantes	Catégories	Caractéristiques	Auteurs
Personne	Les facteurs liés à la lésion	Gravité de la lésion (légère à sévère), cause, localisation et chronicité	Mollayeva et coll., 2015; Ownsworth et Mckenna, 2004.
	Les facteurs personnels	Personnalité, intérêts, valeurs, genre, âge, ethnies, aptitudes, statut socio-économique, identité, statut occupationnel, expériences, tempérament, niveau de scolarité, état matrimonial et consommation de substances	Mollayeva et coll., 2015; Ownsworth et Mckenna, 2004; Strauser et coll., 2015.
	Les habiletés	<p><u>La dimension affective</u> : impact de la perturbation du rôle de travailleur, régulation émotionnelle, présence d'un trouble de l'humeur (p. ex. dépression, anxiété), sentiment d'auto-efficacité et habiletés interpersonnelles</p> <p><u>La dimension cognitive</u> : fonctions exécutives, communication, vitesse du traitement de l'information, capacités perceptuelles et visuospatiales, métacognition et symptômes autodéclarés</p> <p><u>La dimension physique</u> : insomnie, fatigue et douleur<sup>a</sup></p>	Dodson, 2010; Mollayeva et coll., 2015; Ownsworth et Mckenna, 2004.
Environnement	Milieu de vie	Systèmes de réseaux de soutien de la famille et des amis, localisation du milieu de vie et accessibilité au transport	La Marche et coll., 1995; Mollayeva et coll., 2015; Ownsworth et Mckenna, 2004; Strauser et coll., 2015.
	Milieu de travail	<p><u>Culture de l'entreprise</u> : relations avec les collègues, relation avec l'employeur, aspects intangibles (p. ex. rythme, stress et éthique de travail)</p> <p><u>Système de soutien en cas d'invalidité</u> : soutien de la direction, niveau d'engagement du personnel des services de réadaptation professionnelle, relation thérapeutique entre le client et le thérapeute, services et ressources disponibles, attitudes sociétales et culturelles, systèmes, politiques, litiges et statut d'assurance.</p> <p><u>Environnement bâti</u> : environnement individuel du travailleur et ensemble du milieu de travail</p>	Bordin, 1979, dans Kissinger 2008; Dodson, 2010 ; La Marche et coll., 1995; Ownsworth et Mckenna, 2004; Strauser et coll., 2015.
Occupation	Loisirs	Bien que le travail (faisant partie de la productivité) demeure la principale occupation au cœur de la plupart des modèles recensés, plusieurs insistent sur l'importance de considérer l'inter-influence entre les différentes occupations significatives du travailleur.	Mollayeva et coll., 2015
	Soins personnels		Soeker, 2012
	Productivité		Strauser et coll., 2015.
Intervention	Conscience de la nouvelle identité	Processus d'introspection pour s'approprier sa nouvelle identité professionnelle <sup>b</sup>	Ownsworth et McKenna, 2004; Soeker, 2012; Strauser et coll., 2015.
		<u>Développement des capacités fonctionnelles</u> : engagement occupationnel du travailleur, interventions de réadaptation	Dodson, 2010; La Marche et coll.,

	Acquisition des pré-requis	professionnelle (p. ex. entretien motivationnel, thérapie de groupe, thérapie cognitivo-comportementale, la création d'un curriculum vitae), engagement dans le milieu de travail (p. ex. stage).  <u>Advocacy</u> : planification de rencontres hebdomadaires pour favoriser la communication, enseignement ou formation à l'environnement social.  <u>Compensation</u> : utilisation de bruits blancs ou de bouchons, principes de conservation de l'énergie (p. ex. division des tâches en plus petites tâches), aménagement d'un espace de travail calme, enregistrement des rencontres, instructions données de façon écrite et verbale et flexibilité des horaires.	1995; Ownsworth et McKenna, 2004; Soeker, 2012; Strauser et coll., 2015; Wehman et coll., 1988.
	Maintien dans le milieu de travail	Visites ou appels de suivi avec le client et l'employeur, en diminuant progressivement la fréquence en fonction de leurs besoins respectifs.	Wehman et coll., 1988
Alliance thérapeutique	Lien	Un lien thérapeutique facilite la collaboration entre le thérapeute et le client. La nature du lien se développe en fonction du type d'objectifs et de tâches que le thérapeute et le client s'engagent à entreprendre.	Bordin, 1979, dans Kissinger 2008
	Objectif	Dans le cadre des interventions de réadaptation professionnelle, le choix des objectifs se fait en collaboration. Les thérapeutes doivent aider les travailleurs ayant subi un TCC à établir des objectifs réalistes et atteignables.	
	Tâche	Collaboration sur les tâches à accomplir pour atteindre les objectifs.	

<sup>a</sup> Des éléments de la dimension physique additionnels à ceux identifiés dans les modèles inclus, tels que la vision, la sensibilité ou l'équilibre, sont suggérés par d'autres écrits scientifiques (Murray et al., 2019); <sup>b</sup> Voir la revue systématique de Engel et ses collaborateurs (2019) pour différentes stratégies permettant de développer l'autoperception des capacités à la suite de la LCA.

### 6.2.2 Synthèse de la composante de la personne

Tel qu'illustré dans le tableau 3 qui précède, l'analyse des modèles de pratique retenus suggère que la composante de la personne est divisée en trois types de facteurs, soit les facteurs liés à la lésion, les facteurs personnels et les habiletés qui regroupent les dimensions affective, physique et cognitive (Dodson, 2010; Mollayeva et coll., 2015; Ownsworth et McKenna, 2004; Strauser et coll., 2015). Dans la littérature scientifique, il y a également une reconnaissance accrue de l'influence des facteurs personnels sur la réadaptation professionnelle à la suite d'une LCA (Albert et coll., 2011; Brouwer et coll., 2009; 2011; Coutu et coll., 2007; 2010; Durand et coll., 2008; Gourdeau et coll., 2020). Aux facteurs ressortis dans le cadre de cet essai, d'autres auteurs y ajoutent l'importance de documenter la représentation personnelle de sa condition (Coutu et coll., 2007; 2010; Durand et coll., 2008).

De plus, tout comme dans plusieurs études retenues pour cet essai (Dodson, 2010; Mollayeva et al., 2015; Ownsworth et McKenna, 2004; Strauser et al., 2015), Matérne et ses collaborateurs (2017) soulignent également l'impact de la dimension cognitive sur la réadaptation professionnelle chez cette clientèle. Ces auteurs identifient plus particulièrement l'importance d'intervenir sur les difficultés au plan de l'attention, de la mémoire, de la planification et de l'apprentissage de nouvelles choses qui impliquent notamment les fonctions exécutives. En ayant ces éléments en tête et en prenant en considération que les fonctions exécutives sont davantage sollicitées dans des situations de perturbation de la routine et dans de nouvelles situations, l'ergothérapeute doit privilégier les évaluations et les interventions en contexte occupationnel pour favoriser le transfert et la généralisation des apprentissages. Aussi, comme la planification des tâches et l'apprentissage de nouveaux éléments posent souvent des défis, l'ergothérapeute, en collaboration avec le client, peut mettre en place des aides compensatoires externes (technologiques ou non), comme l'utilisation de listes, d'alarmes, de calendriers et de séquences visuelles pour aider le travailleur à accomplir ses différentes tâches de travail (INESSS-ONF, 2016; Paquette et al., 2009).

Par ailleurs, contrairement aux dimensions affective et cognitive, la dimension physique n'est pas décrite exhaustivement dans les modèles recensés. Cette dernière est dépeinte que brièvement par les auteurs du Modèle conceptuel de l'intégration communautaire après un traumatisme crano-cérébral (Mollayeva et coll., 2015). Ces chercheurs mettent en évidence les associations entre l'insomnie, la fatigue, la douleur et la dépression. Au-delà des études retenues dans cette étude de portée, d'autres auteurs suggèrent cependant que les LCA peuvent entraîner une variété de déficits physiques qui comprennent des difficultés au plan de l'équilibre, la démarche, la force, l'amplitude des mouvements, le tonus musculaire, la coordination, la vision, le système vestibulaire, le système proprioceptif, la posture, les réflexes et la sensibilité (Murray et al., 2019). Ces éléments devraient donc être pris en compte par les ergothérapeutes, en fonction de la situation spécifique du client et en considérant les exigences de l'emploi.

### **6.2.3. Synthèse de la composante de l'environnement**

L'analyse des résultats a permis également de mieux définir la composante environnementale, qui englobe à la fois le milieu de travail et le milieu de vie.

D'une part, en concordance avec les résultats de cette étude de portée, l'influence de l'environnement de travail sur la réadaptation professionnelle a été largement décrite dans de nombreux écrits scientifiques (Costa-Black et coll., 2007; Dunstan et Maceachen, 2014; Durand et coll., 2007; 2008; Franche et coll., 2004; 2005; Gourdeau et coll. 2020; Jetha et coll., 2018; Loisel et coll., 2001; Öst Nilsson et coll., 2020; Petersen et coll., 2016; Stergiou-Kita et coll., 2009). Dans cet essai, les caractéristiques du milieu de travail telles que proposées par le modèle de Dodson (2010), soient : la culture de l'entreprise, le système de soutien en cas d'invalidité et l'environnement bâti, ont pu être détaillées et bonifiées avec celles suggérées par les autres modèles de pratique (Bordin, 1979, dans Kissinger, 2008; La Marche et coll., 1995; Mollayeva et coll., 2015; Ownsworth et McKenna, 2004; Soeker, 2012; Strauser et coll., 2015).

Tout comme dans les modèles recensés dans cet essai, Gourdeau et ses collaborateurs (2020) affirment aussi que les facteurs liés au milieu de travail englobent tant les éléments sociaux que culturels, ce qui est cohérent avec les résultats obtenus dans cette étude. Tel que démontré dans la cartographie des résultats, d'autres auteurs proposent aussi une vision globale et élargie des facteurs environnementaux essentiels à considérer dans le processus d'intervention de réadaptation professionnelle et affirment, entre autres, que la collaboration entre les différents acteurs est aussi pertinente à considérer que les caractéristiques du milieu de travail (Costa-Black et coll., 2007; Durand et coll., 2007; 2008; Franche et coll., 2004; 2005; Loisel et coll., 2001; Stergiou-Kita et coll., 2009).

Parmi les autres acteurs clé à considérer, qui ressortent de la recension des modèles de pratique retenus, se trouvent notamment les collègues de travail, en plus de l'employeur lui-même. Toutefois, dans leur étude, Petersen et ses collaborateurs (2016) précisent que les comportements des collègues envers le travailleur blessé sont aussi influencés par le niveau d'interaction avec le travailleur blessé, les perturbations des routines de travail, la relation avec le travailleur avant la blessure ainsi que leurs attitudes en général face aux congés de maladie. De plus, Öst Nilsson et ses collaborateurs (2020) ont établi, quant à eux, l'importance de considérer le vécu des collègues de travail dans le processus de réadaptation professionnelle. En effet, ces auteurs ont déterminé que les collègues ont de la difficulté à composer avec leurs propres sentiments au sujet du travailleur qui n'agit plus comme il le faisait auparavant. Aussi, l'absence de politiques claires quant à leur rôle dans le processus de réadaptation conduit à de l'insécurité et du stress. Par

conséquent, les collègues ont souligné le besoin de directives quant à leur rôle dans le retour au travail et d'un plus grand soutien de la part de l'employeur.

Ainsi, à la lumière de ces écrits (Öst Nilssso et coll., 2020; Petersen et coll., 2016), il serait donc possible de bonifier la présente synthèse des modèles de pratique par l'ajout des facteurs liés aux interactions avec les collègues de travail, en plus de celles avec l'employeur. Ceci a aussi des implications pour la pratique de l'ergothérapeute en réadaptation professionnelle. Entre autres, pour assurer que les comportements des collègues et de l'employeur soient un facilitateur dans le processus de réadaptation professionnelle, les auteurs suggèrent que l'ergothérapeute effectue de l'enseignement et de la formation aux employeurs et aux collègues de travail (Öst Nilsson et coll., 2020). Cette stratégie permet de les sensibiliser aux LCA et ainsi augmenter le niveau d'acceptabilité des mesures adaptatives. À la lumière des résultats d'Öst Nilsson et ses collaborateurs (2020), la formation auprès des collègues de travail, qui est également une stratégie d'intervention ressortie dans cette étude pour augmenter le niveau de connaissances, pourrait également comprendre un volet sur leur impact dans le processus de réadaptation professionnelle ainsi qu'une clarification quant aux attentes, aux responsabilités et aux contributions possibles de ces acteurs.

Pour ce qui est des composantes du milieu de vie, l'analyse des résultats de la présente étude révèle que celles-ci comprennent les systèmes de réseaux de soutien de la famille et des amis (La Marche et coll., 1995; Mollayeva et coll., 2015; Ownsworth et McKenna, 2004; Strauser et coll., 2015), la localisation du milieu de vie et l'accessibilité au transport sur le retour au travail (Strauser et coll., 2015). Pour que le milieu de vie du travailleur agisse comme un facilitateur pour le processus de réadaptation professionnelle, il est fortement suggéré que l'ergothérapeute implique les proches dans les interventions et qu'il s'assure que le client ait accès facilement à son lieu de travail. Dans le cas où le travailleur doit maintenant utiliser les transports en commun pour se déplacer au travail (ex. : si la conduite automobile demeure non reprise), l'ergothérapeute peut accompagner le client dans la recherche de solutions pour planifier et réaliser ses déplacements avec ce mode de transport (ex. : applications pour planifier et gérer les horaires de transport en commun, covoiturage, télétravail, etc.).

#### **6.2.4 Synthèse de la composante de l'occupation**

La composante synthèse de l'occupation qui résulte de l'analyse des résultats met de l'avant l'interaction entre les domaines de l'occupation à considérer lors de la prise en charge. Il y a ainsi une interconnexion entre toutes les sphères occupationnelles du travailleur (Mollayeva et coll., 2015; Soeker, 2012; Strauser et coll., 2015), ce qui est cohérent avec la vision du PEO (Law et coll., 1996) et les travaux de Tenglend (2011, 2013). En effet, cet auteur rapporte que les responsabilités et les rôles sociaux à l'extérieur du travail (p. ex., responsabilités parentales, maintien de relations interpersonnelles significantes, responsabilités personnelles liées à l'autogestion de sa santé) exercent une influence sur le fonctionnement au travail (Tenglend, 2011, 2013). Ceci est particulièrement le cas des personnes dont l'endurance et l'énergie sont significativement affectées à la suite de la LCA (OEQ, mai 2016). En ce sens, il importe aussi de rester vigilant à ce que le retour progressif au travail se fasse tout en maintenant la participation à d'autres occupations significantes, également importantes pour le maintien de l'intégration communautaire, la santé et le bien-être, telles que les loisirs et les relations sociales (OEQ, mai 2016).

Par ailleurs, Matérne et ses collaborateurs (2017) confirment aussi l'aspect multifactoriel du processus de réadaptation professionnelle et ajoutent que même lorsque les travailleurs présentent des difficultés dans les occupations de base, ceux-ci gardent en tête la finalité des interventions, soit le retour au travail, ce qui augmente de façon considérable leur niveau de motivation. La cohérence entre les interventions ergothérapeutiques mises en place et le retour au travail peut cependant être difficile à saisir pour la personne ayant subi une LCA. L'ergothérapeute se doit donc d'expliciter les liens entre l'intervention effectuée (p. ex. l'entraînement à la marche ou l'utilisation d'aides compensatoires externes pour la gestion des rendez-vous et des horaires de thérapie) et le retour au travail, qui est visé par le processus de réadaptation professionnelle, afin de motiver les clients à s'investir dès le début de ce processus. Ainsi, lors des simulations de tâches de travail en milieu clinique, l'ergothérapeute doit énoncer les liens entre les activités thérapeutiques et les exigences du travail du client. Par exemple, lorsque l'ergothérapeute utilise des jeux d'entraînement cognitif dans l'optique d'améliorer la tolérance aux écrans et la capacité du client à rester centré sur une tâche, il/elle doit lui expliquer que ceci vise à développer sa capacité à se concentrer de manière soutenue, par exemple pour consulter ses courriels au travail.

### 6.2.5 Synthèse de la composante « intervention »

L'analyse des différents modèles de pratique permet de regrouper l'ensemble des interventions ergothérapiques dans les trois phases élaborées par Strauser et ses collaborateurs (2015), soient : la phase de « conscience de la nouvelle identité », la phase d'« acquisition des prérequis » et la phase de « maintien dans le milieu de travail ». Bien que les différentes phases d'intervention se font dans un processus linéaire, ce qui est cohérent avec l'aspect temporel du modèle PEO, ces trois phases ont une relation de réciprocité, c'est-à-dire que la phase d'« acquisition des prérequis » a un effet sur la phase « conscience de la nouvelle identité » et sur la phase « maintien dans le milieu de travail ». Il en découle aussi la pertinence d'intervenir précocement dès les premières phases, en vue d'augmenter ultimement les chances de retour et de maintien dans le milieu de travail. De plus, la cartographie des résultats souligne aussi que, tout au long de ces trois phases, une attention doit être portée au développement et au maintien de l'alliance thérapeutique entre le client et l'ergothérapeute (Bordin, 1979, dans Kissinger, 2008). Ceci est d'ailleurs en concordance avec la revue systématique de Brett et ses collaborateurs (2017) qui souligne l'importance de l'alliance thérapeutique pour favoriser l'engagement dans la réadaptation ainsi que des résultats positifs de la réadaptation à la suite de la LCA.

Plus spécifiquement concernant la phase de « conscience de la nouvelle identité », celle-ci vise à ce que le travailleur s'approprie sa nouvelle identité professionnelle. De ce fait, en raison des atteintes aux habiletés causées par la LCA, cette identité peut être amenée à changer ou à être modifiée. La prise de conscience est alors facilitée par le processus d'introspection et par les différentes rétroactions lorsque la personne s'engage dans ses occupations (Engel et al., 2019; Ownsworth et McKenna, 2004; Soeker, 2012; Strauser et coll., 2015). Bien que cet aspect n'ait pas été soulevé dans les modèles de pratique recensés, les difficultés au niveau du jugement et de l'autocritique, qui surviennent fréquemment chez cette clientèle, peuvent rendre cette étape difficile. Pour favoriser la conscience de la nouvelle identité avec les travailleurs présentant des atteintes de l'autocritique et de l'autoperception, la revue systématique de Engel et ses collaborateurs (2019) propose différentes stratégies telles que : les stratégies métacognitives (ex. : prédiction puis évaluation de la performance, discussion guidée pour identifier les difficultés anticipées et les stratégies et solutions possibles) et la rétroaction externe provenant de sources multiples et multimodales (ex. : rétroaction par vidéo et verbale).

Puis, la phase d'« acquisition des prérequis » regroupe le développement des capacités fonctionnelles (La Marche et coll., 1995; Ownsworth et McKenna, 2004; Soeker, 2012; Strauser et coll., 2015; Wehman et coll., 1988), les mesures de compensation (Dodson, 2010; Ownsworth et McKenna, 2004; Wehman et coll., 1988) et l'advocacy pour le client (Wehman et coll., 1988). Le développement des capacités fonctionnelles s'effectue par l'engagement occupationnel du travailleur (La Marche et coll., 1995; Soeker, 2012), par les interventions de réadaptation professionnelle (Ownsworth et McKenna, 2004; Strauser et coll., 2015) ainsi que par l'engagement dans le milieu de travail, qui peut être sous forme de « stage ». Pour favoriser la motivation du travailleur dans l'acquisition des capacités fonctionnelles, les résultats de cette étude suggèrent que ce dernier et l'ergothérapeute doivent établir en collaboration, quotidiennement, des objectifs à court terme et des objectifs à long terme (Dodson, 2010; Wehman et coll., 1988). Cette stratégie est également soutenue par d'autres écrits (Öst Nilsson et coll., 2017). En effet, selon ces auteurs, l'ergothérapeute doit permettre à son client d'acquérir une connaissance accrue de sa LCA, de leurs conséquences et des stratégies pour gérer ces conséquences dans le but de définir des objectifs réalistes et pour gérer les demandes dans le milieu de travail. En augmentant le niveau de connaissance des LCA et en faisant participer activement le travailleur à la planification de son retour au travail, notamment lors du choix des objectifs, l'ergothérapeute a le pouvoir de renforcer son sentiment d'auto-efficacité (Öst Nilsson et coll., 2017). En ce qui a trait à l'advocacy pour le client, l'analyse des modèles de pratique révèle que l'ergothérapeute vise à faire correspondre les besoins potentiels du poste de travail aux capacités fonctionnelles de son client (Wehman et coll., 1988). Aussi, il est de la responsabilité de l'ergothérapeute de mettre en place des modalités qui encouragent la communication entre le client, l'employeur ainsi que les ressources humaines de l'entreprise, telles que la planification de rencontres hebdomadaires (Dodson, 2010; Ownsworth et McKenna, 2004; Wehman et coll., 1988). L'ergothérapeute a également comme mandat l'enseignement et/ou la formation à l'entourage, aux collègues et à l'employeur sur la LCA et les impacts potentiels de cette dernière sur le fonctionnement au travail du travailleur (Dodson, 2010; Ownsworth et McKenna, 2004; Wehman et coll., 1988). L'enseignement à l'environnement social du travailleur permet d'obtenir une ouverture pour une adaptation du poste de travail ou pour la mise en place d'accommodements permettant de limiter ces impacts sur la performance du travailleur (Dodson, 2010; Ownsworth et McKenna, 2004; Wehman et coll., 1988). Quant aux mesures d'adaptation, quelques pistes de stratégies se trouvent dans le tableau 3.

Enfin, la synthèse des modèles de pratique propose que la phase finale du processus de réadaptation professionnelle soit le « maintien dans le milieu de travail » qui vise la performance occupationnelle du travailleur dans l'ensemble de ses sphères occupationnelles avec un maximum d'indépendance (La Marche et coll., 1995; Soeker, 2012; Strauser et coll., 2015; Wehman et coll., 1988). Concernant spécifiquement l'occupation du travail, l'ergothérapeute effectue des visites ou des appels de suivi avec le client et l'employeur, en diminuant progressivement la fréquence en fonction de leurs besoins respectifs (Wehman et coll., 1988). Cette phase finale est en concordance avec les composantes possibles du processus de réadaptation professionnelle proposées dans le guide de l'OEQ (mai 2016). En effet, le guide de l'OEQ (mai 2016) indique que la dernière composante de la réadaptation était l'intégration/retour/maintien en milieu de travail, où l'ergothérapeute documente les progrès pour réviser au besoin le plan de traitement, prévenir les blessures au travail et déterminer les adaptations nécessaires.

#### **6.4 Implications et recommandations pour la pratique**

En considérant la cartographie des résultats obtenus, plusieurs recommandations émergent de cette étude, afin de mettre en application les pratiques préconisées, tout en considérant les besoins complexes des travailleurs ayant subi une LCA. Tout d'abord, la cartographie des résultats permet aux ergothérapeutes d'intervenir de façon holistique et précoce en considérant l'impact des interactions entre le travailleur, ses environnements, tant dans son milieu de vie que dans son milieu de travail, et l'ensemble des sphères occupationnelles sur le processus de réadaptation professionnelle.

En effet, la réadaptation professionnelle, autrefois centrée principalement sur le diagnostic et les aptitudes physiques résiduelles, s'est étendue aux interactions entre la personne, l'environnement et l'occupation (Cronin et coll., 2013). Ce changement démontre que le travail est une occupation complexe qui s'accomplit dans un système impliquant plusieurs acteurs et contextes (Durand et coll., 2007; Lederer et coll., 2014; Loisel et coll., 2001; Tenglend, 2011). Par ailleurs, la considération de l'inter-influence des sphères occupationnelles fait en sorte que la cartographie des résultats peut être utilisée dès la réadaptation fonctionnelle intensive, permettant aux thérapeutes d'intervenir sur les occupations de base, tout en gardant en tête le retour au travail comme finalité potentielle des interventions. Aussi, la vision des différentes phases du processus d'intervention comme un continuum et non comme un processus linéaire, permet de voir la

réadaptation professionnelle comme un travail en perpétuelle évolution, qu'il importe de considérer précocement afin d'accroître les chances de succès du retour au travail. Par exemple, lorsque l'ergothérapeute intervient sur le développement des habiletés pour les tâches requérant des manipulations fines (ex. : boutonner, manipuler le couteau pour couper des aliments, écrire un texto sur une tablette électronique) (phase d'acquisition), ce professionnel contribue également au développement de la conscience du travailleur de ses limitations fonctionnelles tout en développant sa dextérité manuelle qui favorisera son retour et son maintien dans son milieu de travail.

De surcroît, afin de pallier au manque d'action concertée entre les professionnels de la santé (van Til et coll., 2010), les auteurs Gouin et collaborateurs (2014) ont recommandé d'explorer le processus de collaboration entre les acteurs clés afin de cibler des pistes d'action ou des contextes qui pourraient faciliter le retour au travail à la suite d'une incapacité. Ainsi, l'utilisation d'une cartographie est un bon moyen pour y parvenir, puisqu'elle permet d'établir un plan d'action commun entre les différents intervenants afin d'exploiter les forces de chacun, tout en utilisant un langage commun. En prenant conscience des éléments clés de la cartographie des résultats, les ergothérapeutes ont le pouvoir d'agir à titre d'agent de changement en mettant de l'avant un modèle de services commun et clair et ainsi intervenir plus efficacement auprès de cette clientèle.

## **6.5 Forces et limites de cette recherche**

Pour commencer, concernant les forces, cette étude innovante visait à analyser et à synthétiser les modèles de pratique existants sur les interventions ergothérapiques de réadaptation professionnelle pour les travailleurs ayant subi une LCA afin d'orienter les pratiques avec un portrait complet et holistique. À notre connaissance, il s'agit de la première recherche dans le domaine de l'ergothérapie à synthétiser les données probantes portant sur les modèles de pratique de réadaptation professionnelle avec cette clientèle. Effectivement, les interventions ergothérapiques de réadaptation professionnelle sont en émergence et la complexité du contexte de pratique et des situations cliniques auprès de cette clientèle constitue un défi pour les ergothérapeutes. Conséquemment, par le devis méthodologique choisi, l'objectif poursuivi et la sélection du cadre conceptuel ergothérapique retenu, les recommandations pour la pratique et la

cartographie qui en a résulté, cette étude offre aux ergothérapeutes oeuvrant auprès de cette clientèle une vision globale et claire pouvant les soutenir dans leur processus clinique.

Par contre, plusieurs limites ont pu avoir une influence sur les résultats obtenus au moment de la recherche des données, de la sélection des articles et lors de l'extraction des données. Tout d'abord, malgré l'utilisation de trois bases de données pertinentes et de mots-clés de recherche variés, des articles en lien avec le sujet de recherche ont pu ne pas faire partie des données recueillies. Par la suite, il est possible que des biais en ce qui concerne la sélection des articles aient eu un effet sur les articles retenus. De ce fait, une seule définition sur ce qu'est un modèle de pratique a été trouvée, faisant en sorte que certaines études présentant un modèle de pratique d'interventions ergothérapiques de réadaptation professionnelle, sans correspondre à la définition sélectionnée, ont pu être exclues. De plus, l'analyse des thèmes par l'interprétation subjective du contenu des modèles de pratique ou par l'omission de certains éléments a pu influencer les résultats.

## 7. CONCLUSION

Cet essai critique a permis de créer une cartographie illustrant les composantes centrales à considérer lors des interventions ergothérapiques de réadaptation professionnelle auprès des travailleurs ayant subi une LCA. Cette cartographie est l'aboutissement d'une synthèse rigoureuse des articles scientifiques à partir d'une étude de la portée, qui a permis d'établir comment les ergothérapeutes peuvent optimiser leur façon d'intervenir auprès de cette clientèle ayant des besoins complexes. De nombreux facteurs importants à considérer lors de la planification des interventions ergothérapiques de réadaptation professionnelle sont ressorties par de nombreuses études, notamment les facteurs liés à la lésion, les facteurs personnels, l'impact de la perturbation du rôle de travailleur, la régulation émotionnelle, les habiletés interpersonnelles, les atteintes des fonctions exécutives ainsi que l'importance des systèmes de soutien, tant dans le milieu de vie que dans le milieu de travail. De plus, la cartographie des résultats a mis en lumière l'importance de considérer la réadaptation professionnelle comme un continuum et de tenir compte de l'interconnectivité des sphères occupationnelles.

Par la connaissance de l'interaction entre le travailleur, ses environnements et ses occupations, les ergothérapeutes ont le pouvoir d'agir à titre d'agent de changement en optimisant la prestation des services. De ce fait, l'utilisation de la cartographie des résultats permet d'avoir une vision claire de l'ensemble processus de réadaptation professionnelle et favorise également la collaboration entre les différents professionnels de la santé impliqués en fournissant un langage commun et en répartissant les interventions selon les champs de compétences de chacun.

La cartographie des résultats présentée dans cette étude pourrait faire l'objet d'une autre étude. Effectivement, bien que la cartographie soit le fruit d'un processus rigoureux de recherche, il serait pertinent qu'elle soit validée par un groupe d'experts pratiquant auprès de cette clientèle. Les avis d'un panel d'experts dans différents domaines pourraient permettre de s'assurer que la cartographie est représentative de la prestation des services de réadaptation professionnelle au Québec. Aussi, dans l'optique que la cartographie puisse favoriser la collaboration entre les différents professionnels œuvrant en réadaptation au travail, cette démarche assurerait une compréhension commune des termes employés par l'ensemble des intervenants impliqués.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Albert, V., Coutu, M.-F. et Durand, M.-J. (2011). Structure factorielle et cohérence interne de l'Échelle de mesure du sentiment d'efficacité personnelle. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(5), 311-317.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi:10.1080/1364557032000119616
- Association canadienne des ergothérapeutes. (1997). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Beardwood, B. A., Kirsh, B. et Clark, N. J. (2005). Victims twice over: perceptions and experiences of injured workers. *Qualitative health research*, 15(1), 30-48. <https://doi.org/10.1177/1049732304268716>
- Bernert, S. et Han D.Y. (2017). Acquired brain injury rehabilitation: clinical essentials. Dans D. Y. Han (dir.), *Acquired Brain Injury: Clinical essentials for neurotrauma and rehabilitation professionals* (p. 299-320). Springer Publishing Company.
- Bouchard, S. Développement des capacités fonctionnelles. Repéré à : Sarah Bouchard Ergothérapeute. <https://www.sarahbouchardergo.com/>
- Bounds, T. A., Schopp, L., Johnstone, B., Unger, C. et Goldman, H. (2003). Gender differences in a sample of vocational rehabilitation clients with TBI. *NeuroRehabilitation*, 18(3), 189-196.
- Brain Injury Association of America. (2021a). *Brain injury basics*. <https://www.biausa.org/brain-injury/about-brain-injury/basics>
- Brain Injury Association of America. (2021b). *Brain injury overview*. <https://www.biausa.org/brain-injury/about-brain-injury/basics/overview>
- Brain Injury Association of America. (2021c). *Clinician descriptions*. <https://www.biausa.org/brain-injury/about-brain-injury/basics/overview>
- Brett, C. E., Sykes, C., & Pires-Yfantouda, R. (2017). Interventions to increase engagement with rehabilitation in adults with acquired brain injury: A systematic review. *Neuropsychological rehabilitation*, 27(6), 959-982. <https://doi.org/10.1080/09602011.2015.1090459>
- Brouwer, S., Krol, B., Reneman, M. F., Bültmann, U., Franche, R. L., van der Klink, J. J. L. et Groothoff, J. W. (2009). Behavioral determinants as predictors of return to work after long-term sickness absence : an application of the theory of planned behavior. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(2), 166-174.
- Brouwer, S., Franche, R.L., Hogg-Johnson, S., Lee, H., Krause, K. et Shaw, W.S. (2011). Return-to-work Self-Efficacy: Developement and validation of a scale in claimants with musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 244-258.
- Brown, H.V. et Hollis, V. (2013). The meaning of occupation, occupational need, and occupational therapy in a military context. *Physical therapy*, 93(1), 1244-1253. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120162>
- Cancelliere, C., Kristman, V. L., Cassidy, J. D., Hincapié, C. A., Côté, P., Boyle, E., Carroll, L. J., Stålnacke, B. M., Nygren-de Boussard, C. et Borg, J. (2014). Systematic review of return to work after mild traumatic brain injury: results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 95(3 Suppl), S201-S209. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.10.010>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Stroke*. <http://www.cdc.gov/stroke>

- Conroy, B. E., Milani, F., Levine, M. et Stein, J. (2009). Vocational rehabilitation after stroke. Dans R. L. Harvey, R. F. Macko, J. Stein, C. Winstein et R. D. Zarowitz (Dir.), *Stroke recovery and rehabilitation* (2e éd., p. 735-746). Demos Medical. Coutu, M.-F., Baril, R., Durand, M.-J., Côté, D., Rouleau, A. (2007). Representations: An important key to understanding workers' coping behaviors during rehabilitation and the return-to-work process. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 522–544.
- Coutu, M.-F., Baril, R., Durand, M.-J., Côté, D., Rouleau, A., Cadieux, G. (2010). Transforming the meaning of pain: An important step for the return to work. *Work*, 35, 209–219.
- Costa-Black, K., Durand, M.J., Imbeau, D., Baril, R. et Loisel, P. (2007). Interdisciplinary team discussion on work environment issues related to low back disability: A multiple case study. *Work*, 28, 249-265.
- Dawson, D. R., Schwartz, M. L., Winocur, G. et Stuss, D. T. (2007). Return to productivity following traumatic brain injury: cognitive, psychological, physical, spiritual, and environmental correlates. *Disability and rehabilitation*, 29(4), 301–313. <https://doi.org/10.1080/09638280600756687>
- Dikmen, S. S., Temkin, N. R., Machamer, J. E., Holubkov, A. L., Fraser, R. T., & Winn, H. R. (1994). Employment following traumatic head injuries. *Archives of neurology*, 51(2), 177–186. <https://doi.org/10.1001/archneur.1994.00540140087018>
- Dodson, M. B. (2010). A model to guide the rehabilitation of high-functioning employees after mild brain injury. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 36(4), 449-457.
- Donker-Cools, B. H., Daams, J. G., Wind, H. et Frings-Dresen, M. H. (2016). Effective return-to-work interventions after acquired brain injury: A systematic review. *Brain injury*, 30(2), 113–131. <https://doi.org/10.3109/02699052.2015.1090014>
- Ducousoo-Lacaze, C., Duverneuil, N. et Houdent, L. (2016) Le modèle de l'occupation Humaine : trois exemples d'application en gériatrie. *Ergothérapies*, N°62, p. 34 41.
- Dunstan, D. A., & Maceachan, E. (2014). A theoretical model of co-worker responses to work reintegration processes. *Journal of occupational rehabilitation*, 24(2), 189–198. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9461-x>
- Durand, M.-J., Berthelette, D., Loisel, P., Beaudet, J. et Imbeau, D. (2007). *Travailleurs de la construction ayant une dorso-lombalgie — Évaluation de l'implantation d'un programme de collaboration précoce en réadaptation (Rapport R-489)*. Montréal, Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Durand, M.-J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M.-C. et Ngomo, S. (2008). *La marge de manœuvre de travailleurs pendant et après un programme de retour progressif au travail. Définition et relations avec le retour à l'emploi (Rapport R-566)*. Montréal, Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Engel, L., Chui, A., Goverover, Y., & Dawson, D. R. (2019). Optimising activity and participation outcomes for people with self-awareness impairments related to acquired brain injury: an interventions systematic review. *Neuropsychological rehabilitation*, 29(2), 163–198. <https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1292923>
- Etuknwa, A., Daniels, K., & Eib, C. (2019). Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of occupational rehabilitation*, 29(4), 679–700. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3<sup>e</sup> éd.). Montréal : Chenelière éducation.

- Fisher, A. G., et Short-DeGraff, M. (1993). Improving functional assessment in occupational therapy: recommendations and philosophy for change. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 47(3), 199–201. <https://doi.org/10.5014/ajot.47.3.199>
- Foy C. M. (2014). Long term efficacy of an integrated neurological and vocational rehabilitation programme for young adults with acquired brain injury. *Journal of occupational rehabilitation*, 24(3), 533–542. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9488-z>
- Frache, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., MacEachen E., Frank, J., Sinclair, S. et Reardon, R. (2004). *Workplace-based return-to- work interventions: A systematic review of the quantitative and qualitative literature*. Toronto, Ontario : Institute for Work & Health.
- Frache, R.-L., Baril, R., Shaw, W., Nicholas, M. et Loisel, P. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: Optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 525-542.
- Gibson, L. et Strong, J. (2003). A conceptual framework of functional capacity evaluation for occupational therapy in work rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, 64-71.
- Gourdeau, J., Fingold, A., Colantonio, A., Mansfield, E. et Stergiou-Kita, M. (2020). Workplace accommodations following work-related mild traumatic brain injury: what works?. *Disability and rehabilitation*, 42(4), 552–561. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1503733>
- Gouin, M. M., Truchon, M. et Bélanger, J. (2014). Prise de décisions en contexte de réadaptation au travail: Un processus concerté? : étude de cas de travailleurs atteints de troubles musculosquelettiques. [thèse de doctorat, Université Laval]. Corpus. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/25833?locale=fr>
- Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux. (2018). État des connaissances - Mise à jour des connaissances en préparation de la révision des orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger (2005-2010). Repéré à : [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS\\_Traumatisme\\_craniocerebral\\_leger.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Traumatisme_craniocerebral_leger.pdf)
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux – Ontario Neurotrauma Foundation. (2016). *Clinical practice guideline for the rehabilitation of adults with moderate to severe TBI*. <https://braininjuryguidelines.org/>
- Jacobs, K. (1991). *Occupational Therapy: Work-Related Programs and Assessments* (2e éd.). Boston: Little & Brown Company.
- Jetha, A., LaMontagne, A. D., Lilley, R., Hogg-Johnson, S., Sim, M. et Smith, P. (2018). Workplace Social System and Sustained Return-to-Work: A Study of Supervisor and Co-worker Supportiveness and Injury Reaction. *Journal of occupational rehabilitation*, 28(3), 486–494. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9724-z>
- Kissinger D. B. (2008). Traumatic brain injury and employment outcomes: integration of the working alliance model. *Work* (Reading, Mass.), 31(3), 309–317.
- Kreutzer, J. S., Marwitz, J. H. et Kepler, K. (1992). Traumatic brain injury: family response and outcome. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 73(8), 771–778.
- Kwan, K., Schneider, J., Narayan, R.K. et Ullman, J.S. (2019). Neurosurgery and Acquired Brain Injury. Dans J. Elbaum (dir.), *Acquired Brain Injury: An Integrative Neuro-Rehabilitation Approach* (2e ed., p. 3-14). Springer Publishing Company.

- Lagacé, C., Bienek, A., Pelletier, C. Wang, M.D., Dai, S., Bancej, C., Dickson, C. et Onysko, J. (2010-2011). Résultats de l'Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes (2010-2011). Statistique Canada. <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&Id=81424>
- La Marche, J. A., Reed, L.K., Rich, M. A., Cash, A. W., Lucas, L. H. et Boll, T. J. (1995). The interactive community-based model of vocational rehabilitation. *Journal of Head Trauma rehabilitation*, 10(4), 81-89.
- Lanctôt, M., Préville, K. et Bouchard, J. (2008). Le retour au travail des personnes ayant subi un TCC léger. Dans F. Banville et P. Nolin (dir.), *Épidémie Silencieuse, le traumatisme craniocérébral léger : symptômes et traitement* (p.229-239). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. et Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactional Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9–23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- Lederer, V., Loisel, P., Rivard, M. et Champagne, F. (2014). Exploring the diversity of conceptualizations of work (dis) ability: A scoping review of published definitions. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 242-267.
- Leśniak, M., Bak, T., Czepiel, W., Seniów, J. et Czlonkowska, A. (2008). Frequency and prognostic value of cognitive disorders in stroke patients. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 26(4), 356–363. <https://doi.org/10.1159/000162262>
- Lohman, H. et Peyton, C. (1997). The influence of conceptual models on work in occupational therapy history. *Work (Reading, Mass.)*, 9(3), 209–219. <https://doi.org/10.3233/WOR-1997-9303>
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C. et Tremblay, C. (2001). Disability prevention. New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
- Matérne, M., Lundqvist, L. O. et Strandberg, T. (2017). Opportunities and barriers for successful return to work after acquired brain injury: A patient perspective. *Work (Reading, Mass.)*, 56(1), 125–134. <https://doi.org/10.3233/WOR-162468>
- Mollayeva, T., Shapiro, C. M., Mollayeva, S., Cassidy, J. D. et Colantonio, A. (2015). Modeling community integration in workers with delayed recovery from mild traumatic brain injury. *BMC Neurology*, 15(194). doi: 10.1186/s12883-015-0432-z
- Moon, N. W. et Baker, P. M. A. (2012). Assessing Stakeholder Perceptions of Workplace Accommodations Barriers: Results From a Policy Research Instrument. *Journal of Disability Policy Studies*, 23(2), 94–109. <https://doi.org/10.1177/1044207311425383>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017) *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2e éd.). Bruxelles: De Boeck.
- Murray, K., Aquino, N. et Nugent, J. (2019). The Role of the Physical Therapist on the Neuro-Rehabilitation Team. Dans J. Elbaum (dir.), *Acquired Brain Injury: An Integrative Neuro-Rehabilitation Approach* (2e ed., p. 163-199). Springer Publishing Company.
- O'Keefe, S., Stanley, M., Adam, K. et Lannin, N. A. (2019). A Systematic Scoping Review of Work Interventions for Hospitalised Adults with an Acquired Neurological Impairment. *Journal of occupational rehabilitation*, 29(3), 569–584. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9820-8>

- Olaoye, O. A., Soeker, S. M. et Rhoda, A. (2020). The development of a return to work intervention programme for stroke survivor (SReTWIP): a Delphi survey. *BMC neurology*, 20(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01668-6>
- Ontario Neurotrauma Foundation. (2013). Guidelines for Concussion/Mild traumatic Brain Injury and Persistent Symptoms - Second Edition - For adults (18+years of age). Repéré à : [http://onf.org/system/attachments/222/original/ONF\\_mTBI\\_Guidelines\\_2nd\\_Edition\\_CLINICAL.pdf](http://onf.org/system/attachments/222/original/ONF_mTBI_Guidelines_2nd_Edition_CLINICAL.pdf) 53
- Ontario Neurotrauma Foundation. (2018). *Guidelines for Concussion/Mild traumatic Brain Injury and Persistent Symptoms. Healthcare Professional* (3e éd.). Repéré à : <https://braininjuryguidelines.org/concussion/fileadmin/media/adult-concussion-guidelines-3rd-edition.pdf>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (Mai, 2016). *Évaluation du fonctionnement au travail des personnes ayant une déficience physique : Guide des ergothérapeutes.* <https://www.oeq.org/DATA/NORME/11~v~guideevalfonctdefphys.pdf>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (Décembre, 2016). *L'utilisation de modèles et d'approches propres à notre profession : faire ressortir notre spécificité d'ergothérapeute.* <https://www.oeq.org/publications/occupation-ergotherapeute/articles-sur-la-pratique-professionnelle/79-lutilisation-de-modeles-et-dapproches-propres-a-notre-profession-faire-ressortir-notre-specificite-dergothepaute.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.* Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
- Öst Nilsson, A., Eriksson, G., Johansson, U. et Hellman, T. (2017). Experiences of the return to work process after stroke while participating in a person-centred rehabilitation programme. Scandinavian journal of occupational therapy, 24(5), 349–356. <https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1249404>
- Öst Nilsson, A., Eriksson, G., Asaba, E., Johansson, U. et Hellman, T. (2020). Being a co-worker or a manager of a colleague returning to work after stroke: A challenge facilitated by cooperation and flexibility. Scandinavian journal of occupational therapy, 27(3), 213–222. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1526318>
- Ownsworth, T. et McKenna, K. (2004) Investigation of factors related to employment outcome following traumatic brain injury: a critical review and conceptual model. *Disability and Rehabilitation*, 26(13), 765-783. doi: 10.1080/09638280410001696700
- Ownsworth T. (2010). A metacognitive contextual approach for facilitating return to work following acquired brain injury: three descriptive case studies. *Work (Reading, Mass.)*, 36(4), 381–388. <https://doi.org/10.3233/WOR-2010-1041>
- Paquette, C., Beaulieu, N., & Lavoie, V. (2009). *Guide des meilleures pratiques en réadaptation cognitive.* Presses de l'Université du Québec.
- Petersen, K. S., Labriola, M., Nielsen, C. V. et Larsen, E. L. (2016). Work reintegration after long-term sick leave: domains of influence on co-workers' ability to be supportive. *Disability and rehabilitation*, 38(19), 1872–1883. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1107772>
- Polatajko, H.J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. et Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E. A. Townsend et H.J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occuation* (2<sup>e</sup> éd., p.15-44). CAOT Publications ACE.

- Prins, M., Greco, T., Alexander, D. et Giza, C. C. (2013). The pathophysiology of traumatic brain injury at a glance. *Disease models & mechanisms*, 6(6), 1307–1315. <https://doi.org/10.1242/dmm.011585>
- Radford, K., Phillips, J., Drummond, A., Sach, T., Walker, M., Tyerman, A., Haboubi, N. et Jones, T. (2013). Return to work after traumatic brain injury: cohort comparison and economic evaluation. *Brain injury*, 27(5), 507–520. <https://doi.org/10.3109/02699052.2013.766929>
- Ross, D. (2007). Occupational Therapy and Vocational Rehabilitation. John Wiley and Sons, Ltd.
- Rumrill, P. D., Strauser, D. R., Greco, C. et Rumrill, S. P. (2020). The Illinois Work and Well-Being Model: An intervention framework to improve employment and health outcomes for stroke survivors. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 52(2), 195-204. doi:10.3233/JVR-191069
- Saka, O., McGuire, A. et Wolfe, C. (2009). Cost of stroke in the United Kingdom. *Age and ageing*, 38(1), 27–32. <https://doi.org/10.1093/ageing/afn281>
- Schönberger, M., Ponsford, J., Olver, J., Ponsford, M. et Wirtz, M. (2011). Prediction of functional and employment outcome 1 year after traumatic brain injury: a structural equation modelling approach. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 82(8), 936–941. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2010.210021>
- Shames, J., Treger, I., Ring, H. et Giaquinto, S. (2007). Return to work following traumatic brain injury : trends and challenges. *Disability Rehabilitation*, 29, 1387-1395.
- Soeker M. S. (2012). The development of the Model of Occupational Self Efficacy: an occupational therapy practice model to facilitate returning to work after a brain injury. *Work (Reading, Mass.)*, 43(3), 313–322. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1412>
- Soeker S. (2015). A pilot study on the operationalization of the Model of Occupational Self Efficacy: A model for the reintegration of persons with brain injuries to their worker roles. *Work (Reading, Mass.)*, 53(3), 523–534. <https://doi.org/10.3233/WOR-152229>
- Soeker M. S. (2016). The experiences of occupational therapists regarding the use of the Model of Occupational Self Efficacy. *Work (Reading, Mass.)*, 55(3), 689–701. <https://doi.org/10.3233/WOR-162440>
- Soeker S. (2017). The use of the Model of Occupational Self Efficacy in improving the cognitive functioning of individuals with brain injury: A pre- and post-intervention study. *Work (Reading, Mass.)*, 58(1), 63–72. <https://doi.org/10.3233/WOR-172603>
- Soeker, M. S., et Pape, C. (2019). The Use of the Model of Occupational Self-Efficacy for Work Retraining: A Multiple Case Study. *Occupational therapy international*, 2019, 3867816. <https://doi.org/10.1155/2019/3867816>
- Stergiou-Kita, M., Rappolt, S., Kirsh, B. et Shaw, L. (2009). Evaluating work readiness following acquired brain injury: Building a shared understanding. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(4), 276-284.
- Stergiou-Kita, M., Dawson, D. et Rappolt, S. (2011). An Integrated Review of the Processes and Factors Relevant to Vocational Evaluation Following Traumatic Brain Injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(3), 374-394. doi:10.1007/s10926-010-9282-0
- Strauser, D. R. (2013). Introduction to the centrality of work for individuals with disabilities. Dans D. R. Strauser (Ed.), *Career development, employment and disability in rehabilitation: From theory to practice*. (p. 1-11). Springer Publishing Company.

- Strauser, D. R., Jones, A., Chiu, C. Y., Tansey, T. et Chan, F. (2015). Career development of young adult cancer survivors: A conceptual framework. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 42(2), 167-176. <https://doi.org/10.3233/JVR-150733>
- Strauser, D. R., Rumrill, P. D. et Greco, C. (2020). A conceptual framework to promote career development for vocational rehabilitation consumers with traumatic brain injuries. *Work (Reading, Mass.)*, 65(4), 763–773. <https://doi.org/10.3233/WOR-203129>
- Tarasuk, V. et Eakin, J. M. (1995). The Problem of Legitimacy in the Experience of Work-Related Back Injury. *Qualitative Health Research*, 5(2), 204–221. <https://doi.org/10.1177/104973239500500205>
- Tengland, P.-A. (2011). The concept of work ability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 275-285.
- Tengland, P.-A. (2013). A qualitative approach to assessing work ability. *Work*, 44, 393-404.
- Trexler, L. E. et Parrott, D. R. (2018). Models of brain injury vocational rehabilitation: The evidence for resource facilitation from efficacy to effectiveness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 49(2), 195–203. <https://doi.org/10.3233/JVR-180965>
- Treger, I., Shames, J., Giaquinto, S. et Ring, H. (2007). Return to work in stroke patients. *Disability Rehabilitation*, 29(17), 1397–1403.
- Trygged, S., Ahacic, K., & Kåreholt, I. (2011). Income and education as predictors of return to working life among younger stroke patients. *BMC public health*, 11, 742. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-742>
- van Dongen, C. H., Goossens, P. H., van Zee, I. E., Verpoort, K. N., Vliet Vlieland, T. et van Velzen, J. M. (2018). Short-Term and Long-Term Outcomes of a Vocational Rehabilitation Program for Patients with Acquired Brain Injury in The Netherlands. *Journal of occupational rehabilitation*, 28(3), 523–530. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9738-6>
- van Velzen, J. M., van Bennekom, C. A., Edelaar, M. J., Sluiter, J. K. et Frings-Dresen, M. H. (2009). How many people return to work after acquired brain injury?: a systematic review. *Brain injury*, 23(6), 473–488. <https://doi.org/10.1080/02699050902970737>
- van Til, J. A., Drossaert, C. H., Punter, R. A. et Ijzerman, M. J. (2010). The potential for shared decision-making and decision aids in rehabilitation medicine. *Journal of rehabilitation medicine*, 42(6), 598–604. <https://doi.org/10.2340/16501977-0549>
- Varekamp, I. et van Dijk, F. J. (2010). Workplace problems and solutions for employees with chronic diseases. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 60(4), 287–293. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq078>
- Wehman, P., Kreutzer, J., Wood, W. Morton, M.V. et Sherron, P. (1988). Supported work model for persons with traumatic brain injury: toward job placement and retention. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 31, 298-312.
- Williams, M., Sabata, D. et Zolna, J. (2006). User needs evaluation of workplace accommodations. *Work (Reading, Mass.)*, 27(4), 355–362.
- Yasuda, S., Wehman, P., Targett, P., Cifu, D. et West, M. (2001). Return to work for persons with traumatic brain injury. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 80(11), 852–864. <https://doi.org/10.1097/00002060-200111000-00011>

## ANNEXE A

*Tableau 4. Grille d'extraction et résumé des articles scientifiques retenus*

Auteurs, année de publication et pays d'origine	Nom du modèle	Objectif du modèle	Les composantes du modèle PEO			Interventions	Commentaires
			Personne	Environnement	Occupation		
Strauser et coll., 2020 (TCC)  Rumrill et coll., 2020 (AVC)  États-Unis	The Illinois Work and Well-Being Model.	Faciliter le développement des compétences professionnelles des travailleurs ayant subi un AVC ou un TCC.	<u>Les facteurs personnels :</u> Personnalité, intérêt, valeurs, genre, âge, ethnie, aptitudes, statut socio-économique, identité, expériences, tempérament, niveau de scolarité, etc. <u>Les facteurs fonctionnels :</u> capacité, performance, composantes physique, émotionnelle et cognitive	<u>Les facteurs environnementaux :</u> niveau individuel (soutien, qualité de l'éducation), niveau de service (services et ressources disponibles, transports, technologie), niveau de système culturel et légal (climat, politiques, attitudes sociétales et culturelles).	<u>Le domaine de la participation :</u> à la maison, dans la société, dans la communauté et au travail.	<u>Le domaine de perfectionnement professionnel :</u> conscience/connaissance, acquisition (éducation), maintien	Modèle complet : description détaillée de la composante de la personne, de l'environnement et de l'occupation. Offre quelques pistes d'interventions. L'aspect temporel est considéré dans les interventions.
Soeker 2012, 2015, 2017, 2019  Afrique du Sud	Model of Occupational Self Efficacy (MOOSE)	Soutenir le développement de l'efficacité personnelle d'un travailleur ayant subi une LCA afin de développer son autonomie.	Les facteurs personnels (sentiment d'auto-efficacité personnelle, capacités fonctionnelles)	Les facteurs environnementaux	L'ensemble des occupations du travailleur (loisir, soins personnels, productivité)	<u>Cycle réflexif :</u> développement des croyances personnelles en ses capacités fonctionnelles <u>Amélioration des capacités fonctionnelles :</u> utilisation de soi	Se concentre principalement sur les interventions permettant de soutenir le développement du sentiment d'autoefficacité sans décrire les

						<u>Reprise des rôles occupationnels :</u> Développement des compétences par l'engagement occupationnel <u>Participation dans des rôles occupationnels avec un maximum d'indépendance :</u> personne compétente	facteurs personnels et environnementaux qui impactent ce développement . Prend en compte l'aspect temporel.
Wehman et coll., 1988 États-Unis	The supported placement model	Soutenir le retour au travail des personnes ayant subi un TCC.	N'est pas abordé.	N'est pas abordé.	Le retour au travail.	<u>1. Jumelage et placement :</u> faire correspondre les besoins du poste aux capacités et au potentiel des clients, encourager la communication, établir les dispositions relatives aux déplacements et la formation, analyser l'environnement (vérifier les obstacles potentiels) <u>2. Formation et advocacy dans le milieu de travail :</u> développement des habiletés comportementales, advocacy pour le client, conseiller le client sur les comportements au travail	Modèle incomplet. Aborde les éléments clés pour orienter les interventions sans faire de liens avec la personne, l'occupation et l'environnement.

						<u>3. Évaluation des superviseurs et des clients</u> <u>4. Maintien en poste et suivi.</u>	
Ownsworth et McKenna, 2004 Australie	Le Modèle conceptuel des facteurs liés aux résultats d'emploi et aux interventions	Identifier les facteurs liés au retour au travail après un TCC afin d'orienter les interventions.	<u>Prédicteurs d'avant la blessure et facteurs démographiques</u> : âge, sexe, ethnie, état matrimonial, niveau d'éducation, etc. <u>Prédicteurs associés à la blessure</u> : gravité, cause, chronicité, statut fonctionnel, etc. <u>Les facteurs neuropsychologiques</u> : fonctionnement cognitif (perception, mémoire, attention, fonctions exécutives) et intellectuel, aptitudes langagières et verbales.	<u>Les facteurs sociaux et environnementaux</u> : technologie, le soutien et les relations avec l'employeur et les collègues, les services, les systèmes et les politiques, les litiges et statut d'assurance.	La résultante du modèle est le retour à l'emploi.	Les interventions ergothérapeutiques : adaptation du type d'emploi, du nombre d'heures en fonction des capacités du travailleur, modifications environnementales, réadaptation.	Présente les interactions entre la personne (très exhaustif), les facteurs environnementaux et le travail. Fait mention de pistes d'interventions en lien avec les composantes. Considère l'aspect temporel.
Mollayeva et coll., 2015 Canada	Le Modèle conceptuel de l'intégration communautaire après un traumatisme crano-cérébral	Décrire l'intégration communautaire et les facteurs qui y sont associés chez les travailleurs dont le rétablissement a été retardé à la suite d'un TCC.	<u>Facteurs non-médicaux</u> (p.ex. situation financière) <u>Caractéristiques personnelles</u> (p. ex. statut socio-économique) <u>TCC</u> (p. ex. gravité, antécédents de TCC, localisation) <u>La détresse psychologique</u> <u>Charge symptomatique</u> <u>Insomnie</u>	<u>Caractéristiques environnementales</u> (p. ex. familles et amis) <u>Les effets de la médication</u>	<u>L'intégration communautaire</u> (domaine du travail, domaine social, domaine de la famille)	N'est pas abordé.	Pour les travailleurs ayant des difficultés persistantes de retour au travail seulement. Composante de la personne très détaillée. Absence de pistes d'intervention
Dodson, 2010	Le modèle de	Fournir des conseils sur	<u>Facilitateurs pour les employés</u> : structures	<u>Écologie du milieu de travail</u>	La résultante de l'adéquation entre les	Les accommodations	Ne présente pas les

États-Unis	réadaptation au travail après un TCCL.	l'organisation, la planification et la mise en œuvre d'interventions.	inhérentes qui peuvent soutenir ou inhiber son rendement. Principales structures facilitatrices : fonctions exécutives et les structures psychosociales.	est la façon dont les travailleurs et les principaux éléments du milieu de travail (environnement physique et social, politiques et procédures organisationnelles) interagissent.	deux facteurs est des résultats de retour au travail positifs pour les personnes ayant un TCCL.	raisonnables pour les atteintes au niveau des fonctions exécutives et psychologiques.	interactions entre les facteurs des employés et l'écologie du milieu de travail (deux modèles conceptuels distincts). Un se concentre sur la personne et l'autre sur l'environnement.
Kissinger, 2008 États-Unis	The working alliance model de Bordin (1979)	Renforcer la relation entre le travailleur ayant subi un TCC et les acteurs impliqués dans le processus de retour au travail.	Le <u>lien thérapeutique</u> : Un lien thérapeutique facilite la collaboration entre le thérapeute et le client. La nature du lien se développe en fonction du type d'objectifs et de tâches que le thérapeute et le client s'engagent à entreprendre.	L'alliance thérapeutique entre le travailleur ayant subi un TCC et le thérapeute est en partie ou complètement responsable de l'efficacité des interventions, favorisant le retour au travail.	Dans le cadre des interventions de réadaptation professionnelle, le choix des objectifs se fait en collaboration. Les thérapeutes doivent aider les travailleurs ayant subi un TCC à établir des objectifs réalisables et atteignables. <u>Tâches</u> : Collaboration sur les tâches à accomplir pour atteindre les objectifs.	Dans le cadre des interventions de réadaptation professionnelle, le choix des objectifs se fait en collaboration. Les thérapeutes doivent aider les travailleurs ayant subi un TCC à établir des objectifs réalisables et atteignables. <u>Tâches</u> : Collaboration sur les tâches à accomplir pour atteindre les objectifs.	Se concentre principalement sur l'importance de la relation thérapeutique entre le travailleur (personne) et le thérapeute (environnement) pour l'efficacité des interventions sans décrire exhaustivement chacune de ses composantes.
La Marche et coll., 1995 États-Unis	The interactive Community Based model (ICBM)	Permettre aux travailleurs ayant subi un TCC et leur famille de participer	N'est pas abordé.	L'entourage du travailleur ayant subi un TCC est présent dans chacune des phases.	Phase 5 : Rendement professionnel maximal	Phase 1 : évaluation et traitement à domicile Phase 2 : Activités communautaires et professionnelles	Met de l'avant les interventions. N'aborde pas la dimension de la personne

		activement aux interventions et à la prise de décision.				Phase 3 : Activités liées au travail Phase 4 : Stage	et brièvement celle de l'environnement.
--	--	---	--	--	--	---	---