

Faculté de santé publique

**Réadaptation professionnelle par
l'ergothérapeute : une étude de cas au
départ d'un centre de
réadaptation bruxellois**

Mémoire réalisé par
Caroline Sencie

Promoteur
Marie Dauvrin

Co-promoteur
Julie Servais

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Réadaptation professionnelle par l'ergothérapeute : une étude de cas au départ d'un centre de réadaptation bruxellois

Mémoire réalisé par
Caroline Sencie

Promoteur
Marie Dauvrin

Co-promoteur
Julie Servais

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

« ... nous avons le devoir moral de lever les obstacles à la participation et d'investir ... l'expertise nécessaire pour libérer l'immense potentiel des personnes handicapées. Les gouvernements du monde entier ne peuvent plus oublier les centaines de millions de personnes handicapées à qui on dénie l'accès à la santé, à la réadaptation, aux aides, à l'éducation et à l'emploi et qui jamais n'ont la chance de pouvoir briller. » (Preview Stephen Hawking OMS, 2011)

Remerciements

Avant de commencer, je tiens à remercier mes deux promotrices Madame Marie Dauvrin et Madame Julie Servais pour leur accompagnement de qualité tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie également l'équipe d'ergothérapeutes du CTR qui ont contribué par leur participation à la construction de ce travail.

Je remercie enfin toutes les personnes qui m'ont soutenue et aidée de près ou de loin durant le Master.

Liste des illustrations et des abréviations

AR : Arrêté Royal

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

CIH : Classification Internationale des Handicaps

CTR : Centre de Traumatologie et de Réadaptation

DM : Disability Manager

E1 : Entretien n°1

E2 : Entretien n°2

E3 : Entretien n°3

E4 : Entretien n°4

E5 : Entretien n°5

E6 : Entretien n°6

ESAP : Évaluations Systémiques des Aptitudes Professionnelles

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

OCDE : Organisation de Coopération et de développement économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PHARE : Personne Handicapée Autonomie Recherchée

UPE : Union Professionnelle des Ergothérapeutes

WFOT : World Federation of Occupational Therapy

Table des figures

Figure 1 : Interactions entre les composantes de la CIF (CIF, 2001).....	6
Figure 2 : Programme de revalidation classique (Jessa Ziekenhuis, 2014).....	12
Figure 3 : Programme de revalidation intégrant la réintégration professionnelle (Jessa Ziekenhuis, 2014).....	13
Figure 4 : Schéma synthétisant le parcours du patient au départ de l'accident jusqu'à son retour à domicile en passant par une réadaptation	23
Figure 5 : Schéma résumant les résultats	38

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CADRE THÉORIQUE	2
1. Accidents traumatiques	2
2. Déficiences à la suite de l'accident traumatique	4
3. Évolution de la vision du handicap	5
4. Situation de handicap dans le domaine du travail	7
5. Réadaptation fonctionnelle	9
6. Réadaptation professionnelle	11
7. Prise en charge en ergothérapie	13
8. Problématique.....	15
MÉTHODE	17
1. Question de recherche et objectifs de recherche	17
2. Public cible et critères d'inclusion	17
3. Démarche d'échantillonnage.....	18
4. Méthode de collecte des données	18
5. Méthode d'analyse des données	20
6. Préoccupations éthiques et position du chercheur	20
7. Mise en contexte : le Centre de Traumatologie et de Réadaptation.....	21
RÉSULTATS	22
1. Présentation de l'échantillon effectif.....	22
2. Présentation des résultats	22

2.1.	Le travail dans la réadaptation fonctionnelle	23
2.1.1.	Avec qui ?	23
2.1.2.	Quelles motivations ?.....	25
2.1.3.	Par qui et à quel moment ?.....	26
2.2.	Prise en charge spécifique de l’ergothérapeute autour du travail.....	28
2.2.1.	Évaluation et état des lieux	28
2.2.2.	Objectifs.....	31
2.2.3.	Modalités	31
2.2.4.	Suivi après le séjour en centre de réadaptation	34
2.3.	Collaboration pluridisciplinaire	35
2.4.	Ressenti des ergothérapeutes sur l’accompagnement vers le retour au travail.....	37
DISCUSSION		38
1.	Étape préliminaire	39
1.1.	Obstacles et facilitateurs	39
1.2.	Éducation thérapeutique	41
2.	Processus ergothérapeutique	41
2.1.	Évaluation	41
2.2.	Objectifs.....	42
2.3.	Modalités	43
3.	Intervenants	Erreur ! Signet non défini.
3.1.	Suivi.....	45
4.	Limites de l’étude.....	47
4.1.	Limites du sujet.....	47
4.2.	Limites des choix méthodologiques.....	47
5.	Perspectives.....	48
CONCLUSION.....		50
BIBLIOGRAPHIE		52
ANNEXES.....		60
1.	Annexe 1 : le guide d’entretien	60

2. Annexe 2 : formulaire de consentement..... 62

Introduction

Au cours de la vie, des accidents de la route, au travail ou dans la vie courante peuvent survenir entraînant différents types de déficiences. Une déficience de l'appareil neuro-locomoteur en est un exemple.

La personne accidentée est alors prise en charge dans un service aigu où les soins sont orientés vers une stabilisation de l'état de santé. Par la suite, cette même personne peut présenter des difficultés l'empêchant de fonctionner de manière sécuritaire et fonctionnelle dans son environnement propre et peut être dans ce cas orientée vers des services ou des centres spécialisés en réadaptation fonctionnelle (Kieken, 2007). L'équipe pluridisciplinaire en collaboration avec le patient établit un projet de soins personnalisé pour améliorer son indépendance tout en tenant compte de ses besoins, de ses attentes et de ses objectifs (Jessa Ziekenhuis, 2014).

L'ergothérapeute fait partie de l'équipe pluridisciplinaire et a comme mission principale de permettre aux patients de participer aux activités significatives qui composent leurs occupations quotidiennes. Le travail, qu'il soit rémunéré ou non, fait partie de ces occupations pour un grand nombre de personnes. Lors de la réadaptation, souvent de longue durée, la participation au travail est généralement impossible, statuant la personne à une incapacité de travail allant de pair avec toutes les conséquences qu'elle implique. Ainsi, il semble nécessaire que le projet de réinsertion professionnelle, lorsqu'il est envisagé, soit personnalisé et anticipé. L'ergothérapeute semble être un acteur pertinent en réadaptation professionnelle (définie dans ce travail comme la préparation à la réinsertion professionnelle) mais son rôle n'est pas clairement défini dans le contexte de la réadaptation fonctionnelle. Ceci laisse place à des difficultés pour les ergothérapeutes désireux d'accompagner leurs patients dans ce domaine. (OMS, 2011 ; SCI Progress, 2019 ; Fédération des centres de Réadaptation Ambulatoire, 2020)

Dans le cadre de ce mémoire, une recherche auprès des ergothérapeutes du Centre de Traumatologie et de Réadaptation de Bruxelles [CTR] a été réalisée. Ceci afin de répondre à la question suivante : *« Comment les ergothérapeutes du CTR intègrent dans leur pratique quotidienne la réadaptation professionnelle de la personne présentant une déficience neuro-locomotrice sans troubles cognitifs survenue dans un contexte traumatique afin de favoriser sa réinsertion professionnelle ? »*.

Cadre théorique

1. Accidents traumatiques

Les accidents traumatiques surviennent généralement dans 3 cas de figure. En 2017 en région Bruxelles-Capitale, 13% des accidents sont survenus au travail, 21% sur la route et 67% au cours de la vie quotidienne. Respectivement, 15%, 17% et 67% de ces accidents nécessitent une hospitalisation (Mazina et al., 2017). Ces chiffres sont très généraux et ne permettent pas de dresser un état des lieux objectif et précis de la situation actuelle en Belgique. Obtenir des chiffres représentatifs du nombre effectif de personnes touchées par ces accidents et des conséquences qui en découlent n'est pas simple. En effet, les données à ce sujet ont tendance à être sous-estimées car tous les accidents ne sont pas systématiquement signalés. Cela ne semble pas être une problématique propre à la Belgique car la plupart des pays européens y seraient également confrontés (Slootmans, 2020)¹.

Il existe toutefois d'autres données nous permettant d'un peu mieux cerner la situation actuelle.

Premièrement, concernant les accidents de la route, 37.699 accidents corporels² ont été enregistrés en Belgique en 2019. Dont 3.924 ont eu lieu en Région Bruxelles-Capitale représentant ainsi une augmentation de 2,4% par rapport à 2018. Cependant la gravité des accidents a diminué de 7,3% depuis 2018 laissant place à des séquelles moins importantes.

Ces 37.699 accidents ont fait un total de 47.147 victimes parmi lesquelles 43.547 sont des blessés légers, une entorse par exemple, et 3600 des blessés graves³ une paralysie ou une lésion cérébrale par exemple (Statbel, 2020 ; Commission européenne, 2021).

Sur la totalité des blessés, les 25-64 ans sont les plus touchés (+/- 60%) suivis des 19-24 ans (+/- 16%) ce qui représente une population assez jeune. Concernant le genre, les hommes semblent être plus concernés pour un pourcentage d'environ 55%. La majorité de ces accidents implique des voitures ou des cyclistes. (IWEPS, 2019 ; OECD, 2019).

¹ Pour une analyse plus simple et plus complète, il a été volontairement choisi de ne reprendre que les chiffres de la Région Bruxelles-Capitale pour ce sous chapitre.

² « ... accident de la circulation enregistré par la police et dans lequel au moins une personne a été blessée (mortellement ou non) (Mazina et al., 2017)

³ « ... toute personne blessée dans un accident de la route et dont l'état nécessite une hospitalisation de plus de 24 heures. » (Statbel, 2020)

Deuxièmement, concernant les accidents de travail, 168.462 ont été déclarés en 2018 en Belgique. Ce chiffre est en hausse (+ 2,2%) par rapport à 2017. En Région Bruxelles-Capitale, 11 366 accidents du travail ont été enregistrés pour 77,8 % sur le lieu de travail et 22,2 % sur le chemin du travail en 2015 (Mazina et al., 2017 ; Statbel, 2020).

En 2018, 47,8% d'accidents ayant eu lieu sur le lieu de travail ont provoqué une incapacité temporaire contre 9,4% pour une incapacité permanente. En ce qui concerne les accidents ayant eu lieu sur le chemin du travail, le pourcentage d'accidents ayant provoqué une incapacité temporaire est de 48,4% contre 11,3% pour une incapacité permanente. La tendance de survenue d'accidents de travail est toutefois à la baisse, excepté pour les accidents provoquant une incapacité permanente (Prevent, 2019).

Les accidents de travail ont lieu plus fréquemment dans les secteurs du transport et de la construction. Il s'agit de secteurs où les probabilités de perdre le contrôle du matériel, de faire une chute ou encore de provoquer une blessure externe sont plus élevées.

La tranche des 20-29 ans semble être la plus impliquée dans les accidents de la route au travail, 63 travailleurs pour 1000 travailleurs comparativement à une moyenne de 49 pour 1000 travailleurs. Cependant, ces accidents ont en général des conséquences moins graves (Prevent, 2019).

Enfin, il est encore plus difficile d'obtenir des données objectives sur les accidents domestiques car il n'existe pas de recensement systématique et complet en Belgique pour ce genre d'accidents. Quelques données sont toutefois disponibles pour Bruxelles. Ainsi, 4,3% des Bruxellois ont fait un accident ayant nécessité des soins médicaux. Ces accidents surviennent pendant les loisirs (49 %), à domicile (36 %) ou à l'école (15 %). Ces accidents concernent généralement les jeunes enfants (Mazina et al., 2017).

Les chiffres relevés dans cette partie sur les accidents de la route et de travail démontrent que la population touchée est majoritairement caractérisée par des personnes jeunes en âge de travailler et que les chiffres concernant les déficiences qu'ils provoquent, de manière permanente ou non, restent interpellant. Et que la probabilité de survenue d'un accident dans des métiers manuels est plus élevée que dans des métiers bureaucratiques. Il peut être supposé que ces chiffres soient un peu plus élevés étant donné que tous les accidents ne semblent pas être recensés.

2. Déficiences à la suite de l'accident traumatique

L'accident traumatique peut engendrer différents types de déficience. Dans le cadre de ce travail, la *patientèle*⁴ retenue est définie par des caractéristiques spécifiques. Ainsi, elle est atteinte d'une déficience de l'appareil neuro-locomoteur désignant autant des déficiences neurologiques sans troubles cognitifs (par exemple une lésion médullaire) que des déficiences motrices sans lésion de la moelle (par exemple une amputation). De plus, cette déficience est soit permanente soit a laissé des séquelles physiques qui impactent significativement le niveau d'indépendance (Mission handicap, 2017). À Bruxelles, dans une de leurs enquêtes (2015), la Commission Communautaire Française et le service PHARE relèvent sur une population de 2093 personnes que la déficience motrice est la cause la plus fréquente des situations de handicap. Parmi cette population, 35% a moins de 21 ans, 27% a entre 21 et 44 ans et 38% entre 45 et 64 ans. Cela met en évidence un pourcentage élevé de jeunes adultes encore en âge de travailler ou de commencer à travailler. En Europe, environ 40 % des personnes sont à mobilité réduite, 40% de ce pourcentage a moins de 65 ans (Passe muraille, 2019). En 2018, environ 615.000 personnes sont reconnues sous le statut de handicap (SPF Sécurité sociale, 2019).

Aucune lésion cérébrale n'est causée par l'accident traumatique. Lors d'un accident traumatique, il n'est pas rare que les fonctions cognitives soient altérées à la suite d'un traumatisme crânien. Le choix de ne pas considérer cette population se justifie par le thème principal de ce mémoire : la reprise professionnelle. En effet, il est rare pour cette population que le retour au travail soit envisagé. Lorsque c'est le cas, les démarches relèvent de mesures et d'infrastructures spécifiques comme par exemple des entreprises de travail adapté qui ne feront pas l'objet de ce travail (Mani, Cater et Hudlikar, 2017 ; AVIQ, s.d.)

Pour comprendre comment cette déficience impacte la participation au travail, il s'agit de comprendre ses interactions avec les autres dimensions du handicap.

⁴ Ce terme sera utilisé tout au long du travail afin de faciliter la lecture.

3. Évolution de la vision du handicap

Au fil des décennies, la littérature a mis en évidence une évolution positive quant à la façon de définir le handicap passant ainsi de la terminologie « handicap » à « situation de handicap ». Cette évolution peut s'expliquer par l'amélioration de l'image portée sur le monde du handicap. Mais surtout grâce à une meilleure compréhension des notions liées à ce terme complexe (Delcey, 2002).

Pour illustrer cela, il est intéressant de comparer la Classification Internationale des Handicaps [CIH] à la Classification Internationale du Fonctionnement [CIF].

À l'époque, le handicap était caractérisé par la présence d'une déficience. C'est en 1980 que la CIH change cette vision réductrice du handicap en y intégrant les notions d'incapacité à réaliser des activités et les conséquences qu'elles provoquent (Winance, 2008). Cette approche semble plus globale car elle intègre les conséquences de la déficience en question sur la réalisation des activités de la personne. Cependant, cette vision n'est pas encore optimale. En effet, cette classification ne montre pas la dynamique entre la déficience, les activités et les facteurs environnementaux non considérés jusqu'ici. Ce n'est qu'en 2001 que le CIH fait l'objet d'une révision par l'OMS dans le but de produire une nouvelle classification : la CIF. L'objectif recherché est d'établir « ...un langage uniformisé et un cadre pour la description et l'organisation des informations relatives au fonctionnement et au handicap » (CIF, 2001). La CIF est ainsi devenue un cadre de référence basé sur un modèle bio-psycho-social, utilisé notamment en réadaptation (CIF, 2001 ; Waddell, Burton et Kendall, 2008).

La CIF qualifie le handicap de phénomène complexe et multidimensionnel (CIF, 2001 ; OMS, 2011). Il convient de définir ces dimensions pour mieux comprendre ce phénomène :

- « *Les **fonctions organiques** désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques). p.10*
- *Les **structures anatomiques** désignent les parties anatomiques du corps, telles que les organes, les membres et leurs composantes.*
- *Les **déficiences** désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels qu'un écart ou une perte importante.*
- *Une **activité** : désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne.*
- ***Participation** désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle.*
- *Les **limitations d'activité** désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activités.*

- Les **restrictions de participation** désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.
- Les **facteurs environnementaux** désignent les environnements physique, social et attitudinal dans lesquels les gens vivent et mènent leur vie.
- Les **facteurs personnels** représentent le cadre de vie particulier d'une personne, composé de caractéristiques de la personne qui ne font pas partie d'un problème de santé ou d'un des états de la santé. » (CIF, 2001, p.10-18)

Les relations (figure 1) entre ces différentes dimensions qui composent la CIF peuvent s'illustrer par la définition du handicap de la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU (2006) : « ... personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres... ». Ainsi, selon ses incapacités et son contexte de vie la personne se trouvera dans une situation de handicap plus ou moins sévère qui ne sera peut-être pas ressentie comme telle pour quelqu'un d'autre. Ceci démontre que le handicap est caractérisé par une population très hétérogène et donc très difficile à définir. (AVIQ, s.d. ; Gardien, 2006 ; OMS, 2011 ; UNIA, 2017).

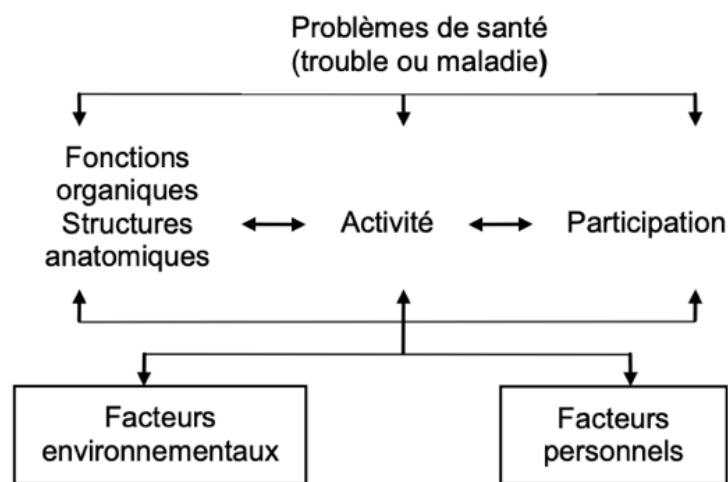


Figure 1 : Interactions entre les composantes de la CIF (CIF, 2001)

4. Situation de handicap dans le domaine du travail

Pour rappel, les déficiences de l'appareil neuro-locomoteur acquises dans un contexte traumatique en interaction avec les facteurs environnementaux et personnels et l'activité peuvent faire apparaître une situation de handicap propre à la personne. Parmi les conséquences sur le quotidien de la personne, se trouve la difficulté voire l'incapacité à la participation au travail.

En Europe, en 2018, 38% des personnes en situation de handicap entre 16 et 34 ans ont un travail rémunéré, contre 64% en situation normale. Le taux de chômage est 3 à 4 fois plus élevé et leurs revenus sont significativement inférieurs ce qui les conduit plus facilement à une situation de précarité (UNIA, 2017 ; Forum européen des personnes handicapées, 2018).

En Belgique, Statbel, dans son enquête de 2017 sur les forces de travail, recense que, parmi les 9% de la tranche des 15 à 64 ans souffrant d'un handicap, seulement 23% de cette population dispose d'un emploi et que seule la moitié bénéficie d'un poste de travail adapté et aménagé selon ses besoins.

Il semble que plus le degré du handicap est important, moins la participation au marché du travail est grande. Cela serait dû au découragement au regard des capacités à réintégrer le marché de l'emploi. Un autre facteur semblant dissuader les travailleurs à reprendre le travail est que si tel est le cas, il implique de renoncer à certaines aides financières comme les allocations de remplacement de revenus⁵ ou d'intégration⁶ de l'État or celles-ci sont parfois plus élevées que le revenu initial de la personne (Bauzroti, 2018 ; Integreo, 2019).

Percevoir un revenu de remplacement n'empêche pas de rencontrer des difficultés financières notamment parce que les dépenses liées aux soins de santé sont une part importante des dépenses impliquant ainsi de renoncer à d'autres types de dépenses nécessaires au bien-être (Mazina et al, 2016).

Les organismes assureurs identifient les personnes pouvant bénéficier de ces aides financières sur base de l'Art.100 §2 de loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (1994) : « *Est reconnu incapable de travailler, ... le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles*

⁵ « ... est octroyée aux personnes handicapées dont il est établi que leur état physique ... a réduit leur capacité de gain à un tiers ou moins de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner en exerçant une profession sur le marché général du travail. » (Circulaire relative à l'évaluation de la perte de capacité de gain en vue de l'octroi de l'allocation de remplacement de revenus pour personnes handicapées, 2018)

⁶ « ... est octroyée aux personnes handicapées qui, en raison d'une diminution de leur autonomie, doivent supporter des frais supplémentaires. » (Circulaire ... handicapées, 2018)

fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle. » (AR Moniteur belge, 1994). La personne peut toutefois bénéficier d'indemnité malgré une reprise professionnelle pour autant que ses capacités soient réduites d'au moins 50%.

La personne peut être en incapacité primaire, c'est-à-dire que son incapacité de travail couvre une période de moins d'un an. Lorsque cette période est supérieure à un an, la personne est en invalidité (INAMI, 2021). En 2015, en Région Bruxelles-Capitale, 426.736 personnes sont sous le statut d'invalides. En 2015, 61,8% de la population bruxelloise a entre 20-64 ans et est considérée comme une population active. Parmi cette population, 63,3% (environ 460.000 personnes) sont considérés en incapacité de travailler primaire. La proportion d'ouvriers est de 48% contrairement à la proportion d'employés (52%). La proportion d'homme et de femme est presque identique. Entre 2000 et 2015, le nombre d'invalides a augmenté de 46,8 % (Mazina et al., 2016). Le pourcentage d'invalidité causé par des troubles musculo-squelettiques est de 44% (environ 190.000) pour les ouvriers et de 11,9% pour les employés (+/- 45.000 personnes). Le taux pour les lésions traumatiques et empoisonnements est de 13% pour les ouvriers et de 4,4% pour les employés. Le taux pour les maladies du système nerveux et organes des sens est de 8,5% pour les ouvriers et de 3,6% pour les employés. Les chiffres sont à nouveaux plus élevés chez les ouvriers ce qui confirme les précédentes données sur les accidents.

Le nombre d'invalides bruxellois salariés et indépendants a évolué entre 2005 et 2015. En effet, concernant les invalidités liées aux troubles musculo-squelettiques, les chiffres passent de 3992 à 7002 personnes pour la période de référence 2005-2015 ; de 1283 à 1851 personnes en incapacité suite à des lésions traumatiques et empoisonnements et de 1301 à 1668 personnes en incapacité des suites de maladies du système nerveux et des organes sensoriels.

Les dépenses liées aux indemnités représentent une place grandissante dans le budget de la sécurité sociale au point d'être plus importantes que celles liées au chômage.

Le statut d'invalidité n'empêche pas pour autant de préparer le retour au travail. En effet, il est possible de mettre en place un trajet de réintégration visant la réinsertion socio-professionnelle de la personne « *...qui n'est plus ou ne peut plus être employée par son employeur en l'accompagnant vers une fonction auprès d'un autre employeur ou dans une autre*

branche d'activité » (Bauzroti, 2018). Ce trajet est accessible à la personne si elle répond à l'un de ces 4 critères :

- Hypothétiquement, la personne peut spontanément reprendre le travail à la fin du 6^{ème} mois (au plus tard) de l'incapacité de travail,
- Des raisons médicales empêchent momentanément la reprise du travail
- La priorité est donnée à l'aspect médical
- Un travail adapté ou un autre travail rendrait possible une reprise du travail (Bauzroti, 2018)

5. Réadaptation fonctionnelle

La majorité de la patientèle entre d'abord dans une phase de soins aigus où les interventions nécessaires à la stabilisation de son état sont réalisées. Ensuite, il arrive dans beaucoup de cas que la personne présente encore des difficultés l'empêchant de fonctionner de manière sécuritaire et fonctionnelle dans son environnement propre. Ainsi, l'orientation vers un service spécialisé en réadaptation semble être favorisé (Jessa Ziekenhuis, 2014). Ceci est notamment soutenu par l'OMS (2014) qui recommande un accès à un service de réadaptation pour retrouver une indépendance et une autonomie maximales.

Avant de définir la réadaptation fonctionnelle, il est nécessaire de définir avant les termes « rééducation » et « réinsertion » afin d'éviter de les confondre.

Yelnik (2011) définit la rééducation comme les « ... *moyens à mettre en œuvre pour la récupération de la fonction, ce qui peut inclure des formes d'adaptation à des dysfonctionnements physiologiques non guérissables pour maintenir ou récupérer une fonction* ». En rééducation, les actions portent sur les déficiences et les contraintes de l'environnement dans le but d'améliorer au maximum l'autonomie et/ou l'indépendance.

Il définit ensuite la réinsertion comme : « *le versant social, familial et professionnel de la réadaptation de l'individu dans son environnement* ». Il s'agit ici de réintroduire la personne dans sa communauté.

La réadaptation a été définie de différentes manières dans la littérature. Yelnik (2011) écrit que «... *tantôt employé dans le sens de réadaptation fonctionnelle, tantôt plus globalement. La réadaptation fonctionnelle s'entend alors comme les moyens d'adaptation à une situation nouvelle où la fonction antérieure est manifestement altérée et doit être suppléée par une autre approche...* ». L'OMS, elle, définit la réadaptation comme « *un ensemble de mesures qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap à atteindre et maintenir un*

fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement » (OMS, 2011). En fonction de la définition de la réadaptation choisie, les objectifs de réadaptation ne seront pas les mêmes.

La première définition implique qu'il faille directement réaliser des adaptations pour permettre la participation de la personne. À contrario, la deuxième définition est un peu plus floue notamment concernant les mesures à mettre en place. Cependant, celle-ci donne place à plus de liberté. Dans le cadre de ce travail, la définition de la réadaptation de référence est celle définie par l'OMS.

Le processus de réadaptation, si il est constitué et mis en place au plus tôt et adéquatement, permettrait de meilleurs résultats en santé, une diminution des coûts de santé et surtout une amélioration de la qualité de vie de la personne (OMS, 2011).

Les établissements/services proposant la réadaptation ont pour objectif d'offrir une prise en charge centrée sur le patient, adaptée, spécialisée et multidisciplinaire pour accompagner au mieux le patient selon ses besoins et ses objectifs (Jessa Ziekenhuis, 2014 ; Nuyttens et al., 2018). Pour viser in fine la réinsertion socio-professionnelle (Sproule, 2017 ; UNIA, 2017).

Il existe des centres et des services de réadaptation fonctionnelle généraux ou spécifiques conventionnés avec l'INAMI en Belgique qui accueillent des personnes présentant une affection locomotrice ou neurologique. Généralement, le programme de réadaptation débute par une hospitalisation et peut aboutir à un retour à domicile avec une prise en charge ambulatoire. Il est également possible de poursuivre sa rééducation dans un centre « R30-R60⁷ » ou dans un service spécialisé présent dans la plupart des hôpitaux. Ce programme est dans la continuité de la rééducation initiale mais comporte des interventions plus intensives à durée limitée en fonction de la déficience (Kiekens, 2007). Au sein de ce programme, de nombreux professionnels gravitent autour du patient afin de lui offrir une prise en charge avec une vision complète et complémentaire (INAMI, 2021). La multiplicité des acteurs permet une approche bio-psycho-sociale offrant au patient un accompagnement global et un programme de soins individualisé. L'approche bio-psycho-sociale est un modèle centré sur l'individu qui tient compte de la personne, de son problème de santé et de son contexte social.

Dans l'accompagnement de la patientèle, l'équipe de soins de base des patients est composée d'un médecin spécialisé soit en médecine physique et de réadaptation soit en neurologie en fonction de la caractéristique du centre/service. Mais également, une équipe nursing, un psychologue, un assistant social et des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes (Fédération des Centres de Réadaptation Ambulatoire, 2020 ; OMS, 2011.).

⁷ R30 – 1h de traitement par jour ; R60 – 2h

La fin de la rééducation est marquée par un bilan final contenant des pistes pour la réinsertion socio-professionnelle des patients ou des recommandations pour la poursuite de la réadaptation en ambulatoire par exemple (INAMI, 2021).

6. Réadaptation professionnelle

La réadaptation professionnelle est un moyen de favoriser la participation de la personne dans le domaine du travail. Elle est définie par la WFOT (2012) comme faisant « ... *référence de manière élargie au fait de fournir des services diversifiés afin d'aider les personnes à entrer, à « ré-entrer », à retourner et/ou à rester au travail* », ceci en leur permettant d'acquérir des nouvelles compétences professionnelles compatibles avec leur état de santé. Il est important de préciser que la participation au travail « ...*va de l'activité dans le circuit économique normal à l'exécution d'un travail rémunéré accompagné en passant par d'autres formes d'occupation quotidiennes.* » (Integreo, 2019). En effet, d'autres activités comme le bénévolat contribuent également à la qualité de vie et à la satisfaction de la personne (OMS, 2011 ; Bauzroti, 2018 ; Integreo, 2019).

L'accès au travail est un droit repris dans l'article 27 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies (2021): « *Les États reconnaissent aux personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, le droit au travail, notamment à la possibilité de gagner leur vie en accomplissant un travail librement choisi ou accepté sur un marché du travail et dans un milieu de travail ouverts, favorisant l'inclusion et accessibles aux personnes handicapées* ». Les personnes en situation de handicap ont tout autant le droit de participer aux aspects de la vie en société. Cela implique le droit d'accès à un travail choisi et réalisable dans un milieu favorisant l'inclusion. Il est cependant prouvé dans la littérature belge que les personnes en situation de handicap présentent moins de probabilités de trouver ou de conserver un emploi. L'environnement physique et social relève souvent un obstacle majeur à leur inclusion dans le monde du travail. La participation des personnes dans la société dépend de la prise en compte de leurs capacités, de leurs opportunités et de la liberté de choix (UNIA, 2017).

S'engager dans des occupations qui ont du sens, comme le travail, est un déterminant de la qualité de vie, du bien-être, de l'identité et du sentiment d'appartenance. L'occupation rythme la vie de la personne et la structure et permet de remplir l'exigence des rôles associés. Ceci montre la singularité et l'aspect unique de la personne (Ahuja et al, 2017 ; Bauzroti, 2018 ; Integreo, 2019 ; WFOT, 2019).

Au sein du processus de réadaptation fonctionnelle, la priorité est souvent l'amélioration de l'indépendance et de l'autonomie dans la vie quotidienne. La réadaptation est ainsi peu souvent axée sur le travail. De ce fait, la réinsertion professionnelle semble moins réussie. Cela s'illustre par les figures 2 et 3 tirées de la brochure « weer-werk » (Jessa Ziekenhuis, 2014) qui comparent notamment les chances de retour au travail dans ces deux contextes de réadaptation. Plus le patient, anciennement employé, s'absente longtemps de son emploi, plus les chances de retourner au travail diminuent. En outre, les plus grandes chances de retour au travail existent dans les 100 jours suivant la survenance d'un incident. Après 4 à 6 mois, celles-ci diminuent de 50%. Après une absence de plus d'un an, les probabilités tombent à 20%. Or, généralement, les personnes présentant une déficience importante de l'appareil neuro-locomoteur sont susceptibles de rester plus longtemps en réadaptation, la durée d'hospitalisation pouvant donc s'étendre de 6 mois à 2 ans. Ceci impacte directement la possibilité d'un retour au travail précoce mais peut laisser place à plus de temps à la personne pour réaliser son processus de deuil et aborder la réadaptation professionnelle dans un cadre sécuritaire. De ce fait, lorsque la réadaptation professionnelle est intégrée dans le processus de réadaptation, les résultats pour le retour au travail semblent meilleurs. Ainsi, entamer la réadaptation professionnelle au plus tôt, augmenterait les probabilités de la reprise de l'emploi antérieur du patient ou toute autre forme de travail adapté.

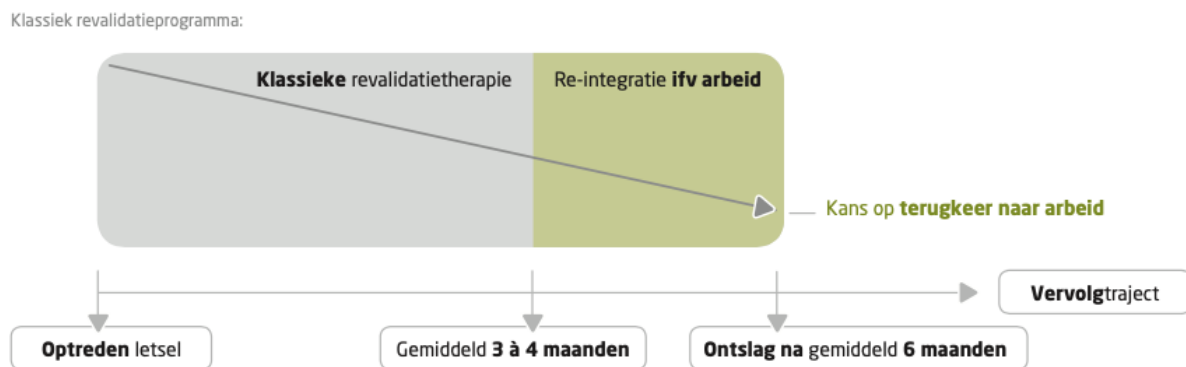


Figure 2 : Programme de revalidation classique (Jessa Ziekenhuis, 2014)

Revalidatietherapie ifv arbeid:

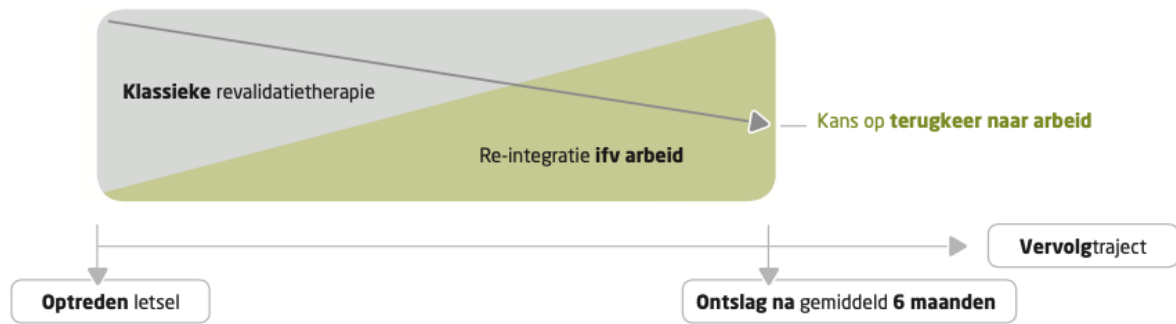


Figure 3 : Programme de revalidation intégrant la réintégration professionnelle (Jessa Ziekenhuis, 2014)

7. Prise en charge en ergothérapie

Bien que le processus de réadaptation professionnelle concerne un ensemble d'intervenants, ce travail s'axe sur la prise en charge de l'ergothérapeute. En effet, SCI Progress (2019) écrit qu'il est un intervenant pertinent pour agir au plus tôt dans ce processus.

L'ergothérapie est définie par la World Federation of Occupational Therapists [WFOT] (2020) comme « ... une profession de la santé centrée sur le client qui vise la promotion de la santé et du bien-être par le biais de l'occupation... » avec comme « ... principal objectif ... de permettre aux personnes de participer aux activités de la vie quotidienne. » L'ergothérapeute a une vision holistique et centrée sur le patient. Le but principal de l'ergothérapeute est de permettre au patient d'améliorer son rendement et son engagement dans les activités significatives de la vie quotidienne. Ceci en tenant compte de ses dimensions personnelles, de son environnement et des domaines d'activités tels que les soins personnels, les loisirs et la productivité (comprenant le travail rémunéré ou non rémunéré). In fine pour favoriser une participation occupationnelle satisfaisante pour le patient, bénéfique pour sa santé, son bien-être et donc sa qualité de vie (WFOT, 2012 ; Desiron, 2016).

En Belgique, concernant la thématique du travail, l'ergothérapeute a tendance à prendre sa place dans un stade avancé du processus de soins. En effet, les ergothérapeutes intègrent de plus en plus des projets de réinsertion professionnelle mis en place au sein de l'INAMI qui consiste « ... à analyser les dossiers d'« incapacités de travail », à interroger les assurés, à développer des outils d'évaluation et de remise au travail, à s'engager activement dans les

activités du Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail et à participer au développement de la certification Disability Management. » (Guide social, 2018).

Le Disability case management est une méthode visant le retour/maintien au travail en se basant sur les besoins de la personne et les conditions de travail au sein d'un cadre législatif (INAMI, 2019).

D'autres initiatives sont prises sous la surveillance de l'Union Professionnelle des Ergothérapeutes [UPE] comme le groupe « réintégration professionnelle ». Les objectifs de ce groupe sont de faciliter les échanges entre les différentes professions et les autorités, de proposer un accompagnement adapté à la situation de la personne et ainsi favoriser la réussite de la réintégration professionnelle. De plus, les ergothérapeutes participants sont formés à des outils spécifiques tels que ESAP ou IMBA permettant d'évaluer les patients en incapacité de travail (UPE, s.d.).

En ce qui concerne la réadaptation professionnelle à proprement parler, seul l'arrêté royal du 8 juillet 1996 liste les actes faisant partie de la définition de la fonction pour l'exercice de la profession en réadaptation professionnelle :

- *« Examen ou participation à l'examen des capacités et incapacités fonctionnelles de la personne...concernant ses occupations ... professionnelles...*
- *Mise en situation et entraînement fonctionnel au moyen d'activités de la vie professionnelle...*
- *Mise en situation et entraînement fonctionnel à l'usage d'orthèses, de prothèses et de matériels d'aides techniques, dans le but d'acquérir, de recouvrer ou de conserver les capacités fonctionnelles en vue d'une reprise des activités ... professionnelles...l'identité personnelle, le rôle social et les capacités de création.*
- *Recherche, conception et réalisation d'adaptations à l'environnement et d'aides fonctionnelles.*
- *Information, conseil et apprentissage de l'utilisation d'adaptations à l'environnement, d'orthèses, de prothèses et d'aides fonctionnelles.*
- *Conseil et éducation du milieu ... professionnel...en vue d'optimiser la réinsertion sociale. »*

Pour compléter ces éléments, la WFOT (2012) a rédigé un document dans lequel l'ergothérapeute est considéré comme un professionnel de santé ayant un rôle important à jouer dans la prise en charge des patients en réadaptation professionnelle et ayant l'expertise nécessaire pour cette pratique. Il s'agit « ...de la responsabilité professionnelle et éthique des

ergothérapeutes de considérer les questions liées au travail pour tous les individus... » (WFOT, 2012).

Le processus de réadaptation professionnelle semble ainsi inhérent au processus ergothérapeutique développé par Sylvie Meyer en 1990 : évaluation formative, planification avec notamment l'établissement des objectifs, l'exécution permettant l'atteinte des objectifs et enfin une réévaluation.

Concernant spécifiquement le travail, l'ergothérapeute garde sa vision holistique du patient en lien avec le travail et s'intéresse aux habiletés, aux performances et à l'environnement correspondant (WFOT, 2012). Ce qui fait écho aux interactions entre les différentes dimensions du handicap définies par la CIF en 2001.

Le profil professionnel, rédigé par l'Union Professionnelle des Ergothérapeutes (2019), permet de mieux comprendre les compétences générales de l'ergothérapeute. Ce profil professionnel a pour objectif d'être une base commune à toutes les prestations qu'un ergothérapeute pourrait effectuer dans n'importe quel champ de pratique (UPE, 2019).

Ces éléments sont toutefois très généraux et ne sont pas définis dans un contexte de soins.

8. Problématique

Ces éléments théoriques permettent d'aboutir à la problématique qui fait l'objet de ce travail.

À la suite d'un accident traumatique, la personne bénéficiera d'une réadaptation plus ou moins longue, dépendant de la gravité de sa déficience, pour récupérer une indépendance lui permettant de rentrer à son domicile en toute sécurité. Cette hospitalisation implique de suspendre toute forme d'activité professionnelle.

La réadaptation professionnelle qui propose des soins axés sur le travail peut s'intégrer à la réadaptation fonctionnelle mais c'est rarement le cas. En effet, il semble que la réadaptation professionnelle relève souvent d'une étape ultérieure car elle ne relève pas d'une priorité (WFOT, 2012 ; Reneman, 2015). Or, l'intérêt de mettre en place un service de réadaptation professionnelle efficace au plus tôt pour les personnes en situation de handicap est documenté dans la littérature (WFOT, 2012 ; Jessa Ziekenhuis, 2014).

En Belgique, les services de réadaptation fonctionnelle n'ont pas démontré de bons résultats dans le retour au travail des personnes en situation de handicap (Kiekens, 2007). Dans les pays de l'OCDE dont la Belgique fait partie, les services en termes de réadaptation professionnelle sont également insuffisants et peu efficaces (OMS, 2011 ; Jessa Ziekenhuis,

2014). Or, l'article 26 portant sur l'Adaptation et réadaptation, de la Convention relative aux droits des personnes handicapées précise que « *les États Parties de prendre des mesures appropriées pour organiser, renforcer et développer des services et programmes d'adaptation et de réadaptation dans les domaines ...de l'emploi...* ».

De plus, la phase de réadaptation semble trop souvent délaissée et fragmentée (OMS, 2011 ; Jessa Ziekenhuis, 2014). En effet, il existe une multitude d'acteurs pouvant être impliqués à différents stades et également de nombreuses structures qui semblent être limitées en terme de coordination durant le processus de réadaptation et de réintégration. Or, elle est essentielle pour construire un plan de soins individualisé et personnalisé où le patient est associé à la définition de ses objectifs et des stratégies pour les atteindre (Belin et al., 2016)

Ces problématiques pourraient s'expliquer par le manque de données et de recherches « *...sur les besoins non satisfaits, le type et la qualité des services fournis, les coûts et les bénéfices...* » (OMS, 2011). Ainsi, posant la question de qui fait quoi, comment, avec qui, à quel moment.

Pour un retour au travail durable et pour optimiser la participation au travail, il est nécessaire d'avoir une approche pluridisciplinaire de la personne en âge de travailler qui présente des déficiences, limitations ou restrictions de participation au travail (Stucki et al., 2015). En effet, cela permettrait de proposer un programme structuré et personnalisé dans le but de réduire l'incapacité de travail et de favoriser une reprise plus rapide de celui-ci (Kaech et al., 2016).

Il apparait que l'ergothérapeute qui fait partie de cette équipe pluridisciplinaire, a son rôle dans la réadaptation professionnelle. Son rôle est défini dans une temporalité et un contexte très général.

De ce fait, concrètement, comment les ergothérapeutes font-ils sur le terrain lorsqu'ils se trouvent face à cette question du retour au travail du patient après un accident traumatique ?

Méthode

1. Question de recherche et objectifs de recherche

Le développement du cadre théorique, a permis d'identifier et de préciser la problématique. Ceci afin d'identifier la question de recherche suivante : « *Comment les ergothérapeutes du CTR intègrent dans leur pratique quotidienne la réadaptation professionnelle de la personne présentant une déficience neuro-locomotrice sans troubles cognitifs survenue dans un contexte traumatique afin de favoriser sa réinsertion professionnelle ?* ».

La question se base sur les hypothèses suivantes :

- L'ergothérapeute en réadaptation intègre la question du travail avec la patientèle ;
- L'ergothérapeute a un rôle spécifique au sein de l'équipe pluridisciplinaire dans la réadaptation professionnelle.

Les objectifs poursuivis au travers de ce travail de recherche sont :

- Comprendre l'expérience en réadaptation professionnelle des ergothérapeutes travaillant dans le centre de réadaptation ;
- Identifier d'éventuels leviers et freins à l'intégration de la réadaptation professionnelle dans le contexte défini ;
- Identifier des pistes d'action pour les ergothérapeutes en réadaptation.

Afin de répondre à la question de recherche, une approche qualitative a été réalisée. En effet, cette approche semble être la plus pertinente au regard des objectifs poursuivis. Ainsi, l'expérience vécue au travers du témoignage des ergothérapeutes travaillant en réadaptation est utilisée (Tétreault et Guillez, 2016).

2. Public cible et critères d'inclusion

Le public visé dans cette recherche sont les ergothérapeutes. Ceux-ci sont caractérisés par des critères d'inclusion. Tout d'abord, chaque personne interrogée doit être un professionnel francophone détenteur au moins du diplôme d'ergothérapeute. Cet ergothérapeute, homme ou femme, doit exercer au sein du Centre de Traumatologie et de Réadaptation. Enfin, il doit avoir déjà intégré, peu importe la manière, la réadaptation professionnelle auprès de la patientèle dans

sa pratique quotidienne. Pour rappel, la patientèle concerne tout patient atteint d'une déficience permanente ou limitant le niveau d'indépendance de l'appareil neuro-locomoteur (déficiences neurologiques sans troubles cognitifs et déficiences motrices) et en âge de travailler.

3. Démarche d'échantillonnage

Au départ, la question de recherche n'était pas ciblée sur un centre en particulier. L'objectif était de récolter et de comparer l'expérience d'ergothérapeutes de différentes structures. Étant donné le nombre insuffisant de réponses lors des prises de contact, les résultats auraient été trop faibles pour répondre de façon pertinente à la question de recherche.

Un contact téléphonique a été réalisé avec deux autres personnes qui, après avoir accepté de participer à la recherche n'ont pu donner suite en raison de difficultés à trouver un moment pour se rencontrer. Quatre personnes ont été contactées mais ne correspondaient pas aux critères d'inclusion par manque de connaissance et d'application sur le sujet. De plus, la situation sanitaire actuelle limitait, d'une part les contacts physiques et d'autre part occupait le temps du personnel soignant.

Ainsi, le choix s'est porté sur une étude de cas sur le Centre de Traumatologie et de Réadaptation à Bruxelles. La justification de ce choix et le contexte lié à ce centre seront développés plus loin dans ce chapitre.

Un échantillonnage de convenance a été réalisé. L'inclusion des participants a débuté par l'intermédiaire d'un professionnel connu travaillant au CTR afin de faciliter la procédure de contact. Par la suite, il a été possible de rentrer en contact avec d'autres ergothérapeutes du CTR correspondant aux critères d'inclusion. Après cette première prise de contact, plusieurs rendez-vous ont été planifiés.

La taille de l'échantillon était donc fixée au départ puisque l'équipe d'ergothérapeutes du CTR compte 13 personnes au moment de l'étude. Seulement 8 d'entre elles correspondaient aux critères d'inclusion. Ce chiffre induisait au départ une saturation rapide des données.

4. Méthode de collecte des données

L'expérience du public cible se caractérise par des données issues du langage parlé et a été récolté au moyen d'un entretien individuel semi-directif, matériel souvent utilisé dans la recherche en réadaptation (Tétreault et Guillez, 2016). Ce type d'entretien permet aux

ergothérapeutes d'exprimer leurs idées, leurs perceptions ou encore leurs représentations. Les entretiens sont centrés sur le discours de la personne interrogée. L'adjectif semi-directif met l'accent sur un échange relativement flexible mais permet de maintenir un cadre défini via un guide d'entretien composé de questions prédéterminées (Aujoulat, 2019). Les questions ouvertes ont été privilégiées afin de permettre à l'enquêté de formuler des réponses longues sur base de son propre cadre de référence (Tétreault et Guillez, 2016). Cependant, il ne faut pas se référer à ces questions seules car l'objectif est d'approfondir davantage des éléments apportés par l'enquêté. Ainsi, le guide d'entretien a fait l'objet de modifications sans que la qualité des résultats ne soit remise en question (Aujoulat, 2019).

Pour s'assurer de la qualité, de la complétude et de la bonne formulation des questions du guide d'entretien, celui-ci a fait l'objet d'un pré-test auprès de deux ergothérapeutes qui n'entraient pas dans les critères d'inclusion.

L'avantage d'utiliser l'entretien comme outil est qu'il peut se dérouler selon différentes façons : en face à face, au téléphone ou par vidéo-conférence. Ces différentes options s'offrant à nous sont un atout dans le contexte sanitaire actuel imposant de limiter les rencontres en face à face. Chaque entretien a été enregistré afin de permettre une meilleure fluidité dans les échanges. Cela a également permis une analyse plus facile. En effet, il a été possible, sur base des enregistrements, de réécouter les entretiens, de les retranscrire et de les consulter dès que cela était nécessaire.

La construction du guide d'entretien (cfr Annexe 1 : Guide d'entretien) ne s'est pas basée sur des thématiques préalablement définies. En effet, le but était de laisser une grande liberté dans les réponses sans chercher à les induire.

L'entretien débute par une question pour « briser la glace » afin de faciliter la fluidité de l'échange. Ensuite, l'entretien suit un canevas reprenant quatre grands points (Aujoulat, 2019) :

- (1) Qui est l'enquêté ? – permettant d'identifier les caractéristiques générales de l'enquêté mais également son expérience et ses connaissances sur le sujet.
- (2) Que fait-il et comment le fait-il ? – permettant d'identifier sa pratique sur la thématique de la recherche au travers d'exemples concrets
- (3) Comment le vit-il ? – permettant d'identifier son ressenti par rapport aux deux points précédents
- (4) Que pense-t-il ? – in fine, quel est son point de vue par rapport au sujet

Le guide d'entretien se clôture par une question générale laissant la possibilité à l'enquêté de rajouter un élément qu'il n'aurait pas eu l'occasion d'aborder.

Des questions de relance ont été prévues afin de donner la possibilité à l'enquêté de préciser les propos et de recadrer l'entretien si nécessaire. La reformulation est souvent utilisée afin de s'assurer de la bonne compréhension du discours des enquêtés (Tétreault et Guillez, 2016).

5. Méthode d'analyse des données

Au travers des entretiens, le sens du discours et la compréhension de la réalité de terrain sont les points d'intérêts (Fallery et Rodhain, 2013). Plus précisément, une analyse thématique sur base des retranscriptions de chaque entretien a été effectuée. Chaque entretien a d'abord été lu individuellement pour ensuite procéder à une lecture croisée, ce qui a permis de faire émerger les thèmes pertinents pour la recherche. Ceux-ci ont été organisés afin de faire apparaître des points-clés de la réadaptation. S'en est suivi une analyse en regard du cadre théorique et de la littérature d'une part et de la subjectivité de l'expérience du chercheur d'autres part (Aujoulat, 2019 ; Corbière et Larivière, 2014).

Cette méthode de recherche a suivi un processus itératif. En effet, après les premiers entretiens, une première analyse a été faite. Cette démarche a permis d'identifier de nouveaux thèmes et la redondance de certaines informations. Ainsi, les entretiens qui ont suivi ont fait l'objet de légères modifications en regard de cette analyse primaire. À la suite des entretiens, les résultats devenaient rapidement répétitifs et chaque nouvel entretien n'apportait que peu d'éléments nouveaux, menant ainsi à saturation des données (Corbière et Larivière, 2014).

6. Préoccupations éthiques et position du chercheur

Les entretiens étant enregistrés, la confidentialité et l'anonymat étaient assurés. Chaque participant a marqué son accord oral et écrit via un formulaire de consentement (voir Annexe 2 : Formulaire de consentement). Tous les entretiens seront supprimés après la défense de ce travail.

Le chercheur quant à lui est ergothérapeute diplômé et a travaillé au sein de l'institution en question. Cela a facilité la prise de contact mais implique la présence de limites qui seront développées au sein de la discussion.

7. Mise en contexte : le Centre de Traumatologie et de Réadaptation

Avant de recenser les résultats, il est important de poser le contexte de l'étude afin de mieux comprendre ceux-ci. Les entretiens se sont déroulés auprès d'ergothérapeutes travaillant au sein du Centre de traumatologie et de Réadaptation [CTR]. Il s'agit d'un centre qui possède une centaine de lits pour accueillir des « ... *personnes atteintes de lésions traumatiques et médicales de la moelle épinière, de lésions orthopédiques (polytraumatismes et amputations), de traumatismes cranio-cérébraux, de lésions neurologiques périphériques, etc.* » (Erasme, s.d.). Le CTR dispose de trois unités pour accueillir les personnes atteintes d'une lésion médullaire, d'un grand traumatisme physique ou d'une amputation. Il dispose également de deux autres unités de soins pour prendre en charge les patients cérébrolésés.

De nombreux professionnels forment une équipe autour du patient. Celle-ci est composée de l'équipe médicale, paramédicale, infirmière et sociale.

Le service social intervient en collaboration avec les patients et leurs proches dans l'élaboration du programme de réadaptation visant la réintégration sociale, familiale et professionnelle. De plus, le CTR dispose d'un service indépendant d'orientation professionnelle spécialisé et agréé afin d'accompagner à l'aménagement sur le lieu de travail. Ce service est assuré par une assistante sociale présente à mi-temps dans la structure.

Le département d'ergothérapie est, quant à lui, divisé en trois secteurs. D'abord, l'ergothérapie fonctionnelle définie comme le service de réadaptation principale où l'accent est mis sur la récupération d'une indépendance et d'une autonomie satisfaisante. Puis, l'ergothérapie distractive, un lieu informel où les patients peuvent se retrouver dans le but de discuter ou simplement prendre un moment de pause. Enfin, l'Ergotech, un secteur qui auparavant était axé sur la reprise professionnelle pour les travaux manuels mais qui a évolué vers une prise en charge en lien avec l'utilisation des nouvelles technologies en réadaptation (Erasme, s.d.).

Résultats

Pour répondre à la question de recherche, ce chapitre décrit les résultats des entretiens réalisés auprès de la population. Dans un premier temps, l'échantillon final sera présenté pour laisser place ensuite à la présentation des résultats.

1. Présentation de l'échantillon effectif

La période des entretiens s'est étendue du 22 mars au 8 avril 2021. Selon la méthode d'échantillonnage de convenance, le premier contact avec la personne de référence a permis de compléter l'échantillon avec 5 autres ergothérapeutes. Ainsi, l'échantillon effectif contient 6, sur les 8 attendues, ergothérapeutes travaillant au sein du CTR et correspondant aux critères d'inclusion. Sur les 6 entretiens, 4 ont été réalisés en face à face au sein du CTR et 2 en visio-conférence. Les 4 premiers entretiens ont été réalisés le même jour et les 2 autres ont pris place plus tard.

Les caractéristiques des ergothérapeutes du CTR, localisé à Bruxelles, interrogées sont à la fois hétérogènes et homogènes. L'échantillon est exclusivement féminin, ceci s'expliquant par le fait que l'équipe du CTR est composée uniquement de femmes. L'échantillon est caractérisé par une diversité dans l'expérience, l'âge et les fonctions. En effet, le témoignage et l'expérience d'ergothérapeutes travaillant dans les trois secteurs précédemment identifiés ont été récoltés. Les deux personnes manquantes n'ont pas donné suite à la demande d'entretien.

2. Présentation des résultats

Pour rappel, ce travail se base sur la question de recherche suivante : « *Comment les ergothérapeutes du CTR intègrent dans leur pratique quotidienne la réadaptation professionnelle de la personne présentant une déficience neuro-locomotrice sans troubles cognitifs survenue dans un contexte traumatique afin de favoriser sa réinsertion professionnelle ?* ». Au sein des entretiens retranscrits, différentes thématiques ont été identifiées. Celles-ci sont synthétisées dans le schéma ci-dessous (figure 4) et mettent en évidence le parcours du patient depuis son accident jusqu'au retour à domicile avec un passage dans le centre de réadaptation.

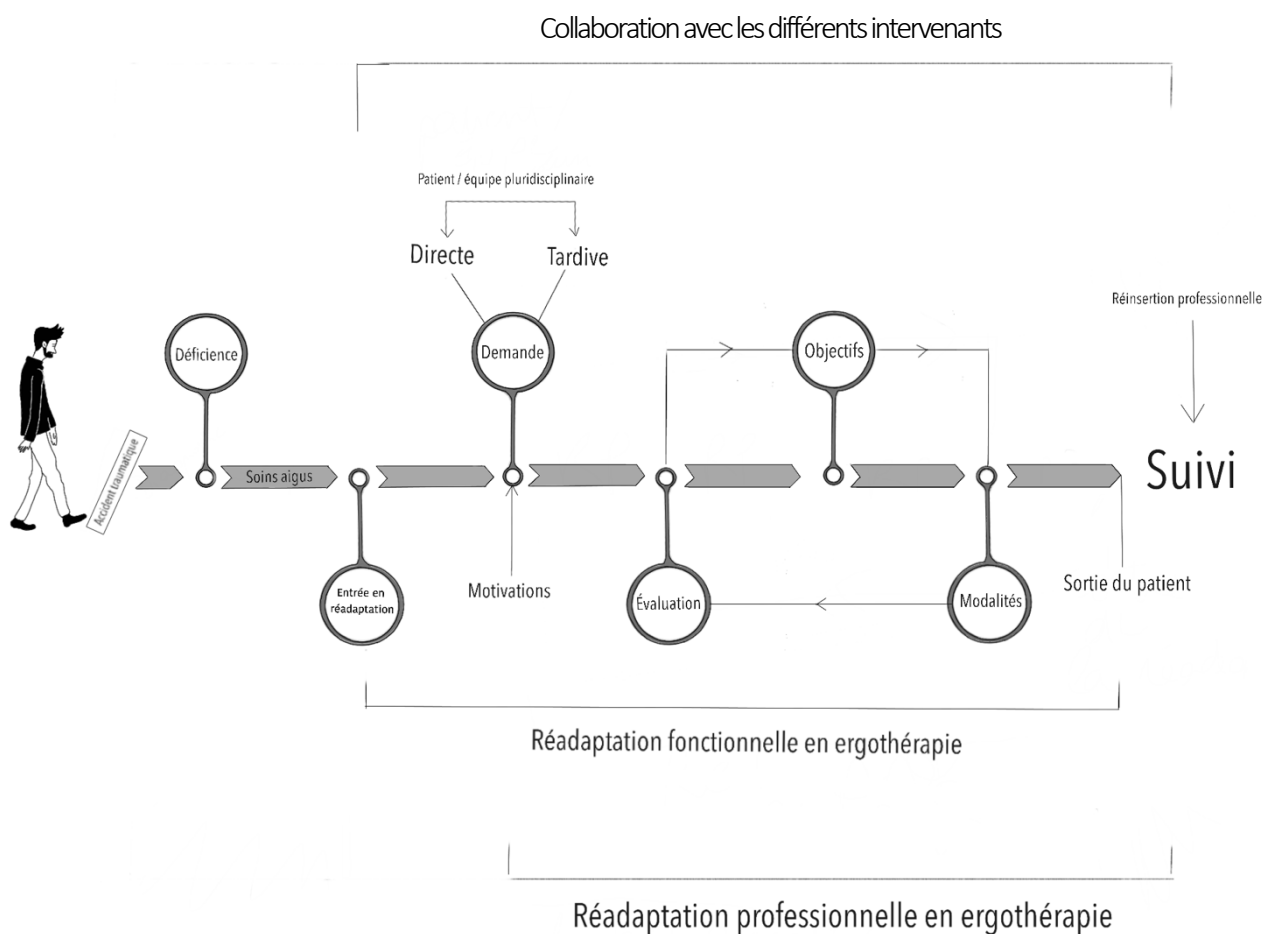


Figure 4 : Schéma synthétisant le parcours du patient au départ de l'accident jusqu'à son retour à domicile en passant par une réadaptation

2.1. Le travail dans la réadaptation fonctionnelle

Une des premières thématiques abordée lors des entretiens était la demande concernant la réadaptation professionnelle. En effet, avant de se demander comment intégrer la réadaptation professionnelle à la réadaptation fonctionnelle, il est d'abord question d'identifier le moment où celle-ci prend place, avec qui, par qui et sur base de quelles motivations.

2.1.1. Avec qui ?

Premièrement, toutes les ergothérapeutes sont d'accord pour dire que la question du retour au travail semble être plus abordée avec les patients d'un plus jeune âge (en dessous de la cinquantaine). En effet, ces patients sont généralement au début de leur vie professionnelle et semblent avoir une plus grande motivation et énergie à reprendre/commencer le travail. En

général, les plus jeunes ont la volonté d'être plus actifs et ont le souhait d'occuper leurs journées avec un travail qui valoriserait leurs compétences. Ceci fait plus sens que des personnes à l'aube de la pension qui ont déjà eu l'occasion de participer à la vie professionnelle avant leur accident et qui souhaitent s'impliquer autre part comme dans des loisirs ou dans de leurs rôles au sein de leur famille ou de leur communauté.

« ... surtout des patients plus jeunes en dessous de la cinquantaine je dirais qui souhaitent quand même conserver une vie active... » (E1)

Deuxièmement, le type et la gravité des déficiences semblent être également des éléments importants à considérer lors du retour au travail. Des troubles moteurs sans troubles associés seraient plus favorables à une reprise professionnelle. Les perspectives ne sont pas les mêmes entre un patient qui présente des séquelles légères et un patient tétraplégique avec une lésion complète qui présentera des séquelles permanentes et une plus grande fatigabilité par exemple ou qui verra des évolutions moins rapides sur son état de santé. De ce fait, ces personnes n'auront pas toujours les mêmes priorités car leurs difficultés ne sont pas du même niveau. Cela n'empêche en rien un retour au travail mais demandera plus d'efforts. En outre, l'absence de troubles cognitifs serait un facilitateur car les objectifs sont plus facilement posés et donc atteints, il est plus facile d'expliquer les choses et qu'elles soient comprises. De plus, les troubles cognitifs ont tendance à venir interférer avec les tâches exigées par des travaux plus intellectuels.

« ...quand les séquelles sont très lourdes, il y a très peu de retour au travail possible ou pas encore d'envie... » (E6)

Troisièmement, le processus d'acceptation de sa situation est un élément clé dans la mise en route d'une réadaptation professionnelle. Chaque patient est différent et chacun évolue à son rythme et sa façon. Le processus psychologique régit tout cela que ce soit en termes de mentalité, de phases de deuil ou de résilience. La personne accidentée se transforme au cours de sa réadaptation en acceptant ou non sa situation en faisant le deuil de sa vie d'avant et faisant preuve ainsi de résilience. Le temps pour faire ce cheminement dépendra donc de chaque personne. Étant donné la longue durée d'hospitalisation, les ergothérapeutes côtoient les patients tous les jours, suivent ce processus de deuil et les accompagnent parfois.

« ... Des gens qui arrivent avec des attentes énormes et qui en fait voient la vie différemment en sortant... suivre ces étapes et de petit à petit les accompagner à la fin dans ce processus. Parfois c'est un processus qu'ils font tout seuls. » (E2)

« ...leur réadaptation prend toute la place avec leurs difficultés physiques et psychologiques. » (E6)

Lorsqu'une reprise professionnelle de l'ancien travail ne semble pas envisageable, il arrive que certains patients aient du mal à accepter l'idée de devoir se réorienter ou de ne pas retravailler. Une ergothérapeute donne l'exemple d'un patient qu'elle a accompagné et qui a été confronté à cette situation : « ... il pourrait très bien aller dans le rayon boulangerie ou dans un autre rayon et il ne veut absolument pas parce qu'il est là « moi je me suis battu pour arriver aux fruits légumes je veux retourner dans les fruits et légumes ... » (E3)

2.1.2. Quelles motivations ?

Les motivations vont également influencer le questionnement du retour au travail ou non. Tout d'abord, les ergothérapeutes sont d'accord pour dire que la participation au travail est valorisante, elle donne une utilité sociale, un sens aux activités quotidiennes et permet de rythmer ses journées. De plus, le travail est un moyen d'établir des contacts sociaux et humains et favorise le bien-être et la santé.

« ... un besoin de s'occuper, de pas rester chez soi la journée à rien faire, du coup à prendre du poids ou à déprimer... » (E2)

Puis, pour certains patients ayant des séquelles plus importantes, la gestion du quotidien et des soins occupent une place importante et y ajouter une reprise professionnelle semble difficile. Combiner un travail à temps plein avec les soins au quotidien n'est pas aisé.

« ...certains doivent évaluer le coût bénéfice-investissement entre l'énergie pour aller travailler, pour se préparer tôt, s'organiser, avoir un salaire et des contraintes. » (E6)

Enfin, le retour au travail relèverait très peu d'une motivation à gagner de l'argent. En effet, le droit à des allocations fait que souvent, les personnes qui en bénéficient gagnent plus avec qu'en travaillant. En effet, comme il n'est souvent pas possible de reprendre le travail à temps plein étant donné les soins persistants, cela a des conséquences directes sur les revenus.

L'obtention d'allocations et d'indemnités représente un frein évident pour les patients à reprendre le travail. Le contexte et l'enjeu financier prennent une place importante dans la décision du patient à reprendre le travail.

« ...parfois on a l'impression d'être bloqué ou qu'en Belgique les choses ne sont pas faites pour favoriser le, la reprise du travail... » (E1)

En effet, peu de patients semblent prêts à renoncer à leurs allocations pour travailler. De ce fait, la réadaptation professionnelle ne semble pas se poser. Cela est perçu par les ergothérapeutes comme un incitant à ne pas travailler et donc souvent une pénalité car les patients concernés, souvent jeunes, ont les compétences pour travailler.

«... si vous travaillez vous gagnez moins, ça freine beaucoup de jeunes... » (E2)

« ... si c'est pour gagner moins en allant travailler il y en a pas beaucoup qui passent le pas ... » (E1)

Par conséquent, les ergothérapeutes identifient le fait que certains patients font le choix de s'engager dans d'autres types d'activités qui les valorisent ou encore de se réorienter dans une autre profession. Il arrive souvent que les patients touchant des indemnités et des allocations travaillent en noir, fassent du bénévolat ou s'investissent dans leurs loisirs ou dans des associations.

« ... beaucoup d'hommes qui achètent des grosses voitures parce que vraiment ils s'investissent dans des choses qu'avant ils laissaient un peu de côté. » (E2)

L'argent semble être une motivation quand la personne était mal rémunérée dans son travail antérieur et que ses allocations sont plus élevées. D'autant plus si le travail n'était pas significatif. De plus, les personnes qui avaient des difficultés à trouver un emploi stable et qui percevoient des allocations, ont parfois moins de motivation à reprendre le travail.

« ... si tu faisais un petit job et que si t'as un temps plein tu gagnes moins que tes allocations.... » (E2)

2.1.3. Par qui et à quel moment ?

En tenant compte des éléments précédemment décrits, les ergothérapeutes citent deux acteurs clés qui vont aborder le sujet du travail et à différents moments possibles dans la réadaptation.

- Par le patient

Lorsque la demande vient du patient, les ergothérapeutes sont d'accord pour dire qu'elle est d'autant plus à prendre en compte peu importe ses aptitudes et les perspectives envisageables. En effet, selon elles, le fait que le patient émette cette demande illustre souvent l'importance et le sens qu'il accorde à son activité professionnelle. De plus, cela démontre sa motivation envers ce projet.

« ...s'il y a une demande ou si on peut faire émerger la demande c'est important de suivre ça... » (E6)

Selon les ergothérapeutes, cette demande n'arrive pas systématiquement au même moment. Deux ergothérapeutes mentionnent le début de prise en charge lorsqu'elles établissent un premier contact avec le patient. Cependant, à ce moment-là, le patient ne considère pas cela

comme une priorité et préfère se concentrer sur des objectifs en lien avec son indépendance quotidienne. De ce fait, à ce moment-là, reprendre le travail est un élément flou, autant pour le patient que pour le thérapeute. Une ergothérapeute émet l'hypothèse que cela serait la cause des priorités que le patient identifie dès son entrée dans le centre. En effet, la plupart des ergothérapeutes interrogées se rejoignent pour dire que la priorité des patients, dès leur arrivée, est dans un premier temps de gagner en indépendance et de récupérer au maximum leurs capacités fonctionnelles. La reprise professionnelle est ainsi secondaire. En effet, le retour au travail constitue une charge mentale et physique qui s'additionnent à la gestion du changement du quotidien qui peut prendre beaucoup de temps en fonction du niveau d'indépendance. Ainsi, le travail n'est pas toujours directement envisagé. Bien qu'il arrive que pour certains patients, ce soit un objectif prioritaire.

Lorsque le travail a été mentionné en début de la prise en charge, il arrive que, soit la reprise professionnelle est un réel objectif et est directement intégrée dans la réadaptation soit le sujet est abordé plus tard dans la réadaptation lorsque des progrès sont observés et/ou évalués.

« ... elle est arrivée, elle a dit qu'elle voulait reprendre son boulot... » (E5)

La plupart des ergothérapeutes interrogées identifie toutefois qu'il est très fréquent que la question du retour au travail arrive en fin de réadaptation. Il s'agit souvent du moment où le patient a gagné en indépendance et où le retour à domicile est envisagé. Ainsi, ses « prérequis » pour vivre de manière indépendante et sécuritaire au vu de ses capacités sont acquis. Dès lors, de nouveaux objectifs apparaissent notamment en lien avec le retour au travail. Le patient, après avoir récupéré en indépendance peut plus facilement se projeter dans l'avenir et réfléchir à une réinsertion socio-professionnelle.

« Le moment clé il est souvent en fin de réadaptation lorsque tout ce qui est à faire par rapport au domicile est en ordre ... » (E1)

Il arrive aussi parfois que le sujet soit totalement mis de côté. Soit volontairement soit involontairement étant donné qu'il ne s'agit pas toujours d'une priorité. Le risque étant de l'oublier au cours de la réadaptation. Ce questionnement tardif pose alors le problème du manque de temps pour l'aborder. En effet, lors de l'hospitalisation, les objectifs sont souvent en lien avec la récupération de l'indépendance. Le temps est compté et tout ne peut pas être fait et travaillé, il faut mettre des priorités. L'accompagnement est alors réduit ce qui dessert le patient.

« ... c'est en tout cas beaucoup plus frustrant et le patient se sent souvent abandonné à ce moment-là... » (E1)

- Par l'équipe pluridisciplinaire

Lorsque certains patients ne l'envisagent pas du tout ou pas encore, il s'agit du moment où le sujet est abordé par l'équipe pluridisciplinaire.

« ... d'autres patients ça vient au fur et à mesure des mois et donc parfois ils t'en parlent pas donc tu dois toi-même aborder la question... » (E5)

Une ergothérapeute mentionne le fait que cette question émerge au cours des séances d'ergothérapie. Le travail est souvent mentionné à un moment ou un autre par le thérapeute. Ainsi, il semble qu'une réflexion autour de ce sujet doit prendre place. De fait, ce sujet est, en pratique, abordé à tout moment de la réadaptation et il n'existe pas un moment clé.

Il semble toutefois que les ergothérapeutes soient d'accord sur le fait que la question du retour au travail doit être abordée au sein de la réadaptation afin que le patient ne soit pas perdu à sa sortie.

« ...c'est bien que ce soit abordé à un moment ou un autre. » (E4)

2.2. Prise en charge spécifique de l'ergothérapeute autour du travail

Les caractéristiques et l'origine de la demande étant identifiés, la deuxième thématique abordée lors des entretiens était l'expérience dans la pratique des ergothérapeutes en réadaptation professionnelle.

2.2.1. Évaluation et état des lieux

Cette étape n'est pas propre à la réadaptation professionnelle mais la soutient. En effet, les ergothérapeutes débutent systématiquement leur processus ergothérapeutique par l'évaluation formative caractérisée par une vision holistique : patient, occupation, environnement.

« ...je me base sur mes fondements occupation, environnement, personne pour améliorer la participation, la performance. » (E5)

Après la première prise de contact, il s'agit dans un premier temps d'évaluer les capacités et les incapacités du patient au moyen d'évaluations standardisées et d'observations. Les ergothérapeutes sont d'accord pour dire qu'elles n'utilisent pas d'évaluations spécifiques au travail mais elles s'appuient sur des évaluations plus générales des capacités et incapacités. La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel est également passée pour aider le patient à identifier les difficultés qu'il a dans certaines activités de la vie quotidienne.

« ...le Jamar, le Purdue. Je réévalue aussi très fréquemment la MCRO » (E3).

Au travers des résultats obtenus à ces évaluations plus spécifiques à la réadaptation fonctionnelle », les ergothérapeutes expriment qu'elles s'appuient dessus pour faire le lien avec le travail. Elles expriment également le manque de connaissance dans les évaluations spécifiques au travail.

Lorsque la demande d'un retour au travail arrive tardivement, ce processus d'évaluation est également réalisé. En effet, l'évaluation est un processus circulaire qui permet de faire le point au début, en cours et en fin de réadaptation. Et ainsi identifier d'éventuels progrès à atteindre ou des régressions.

Les ergothérapeutes expriment le fait qu'il existe un manque de connaissances concernant des évaluations validées spécifiques aux tâches précises exigées dans le travail.

Lorsqu'elles accompagnent un patient en réadaptation professionnelle, elles réalisent un état des lieux de l'environnement du travail en identifiant les points positifs et négatifs si il y avait un travail antérieur. Si le patient n'avait pas de travail avant la réadaptation alors il faudrait comprendre un éventuel manque de motivation à travailler, ses peurs, ses craintes pour ensuite favoriser sa motivation ou valoriser certaines capacités.

Ainsi une description précise du travail et de la fonction sera nécessaire. Pour cela, les ergothérapeutes ne semblent pas utiliser de canevas spécifiques ou d'évaluations mais juste une description de ce que le patient fait du poste.

« ... je pense que dans les discussions qu'on peut avoir avec les patients on arrive quand même à estimer quelles sont les exigences de leur poste de travail ... ça, c'est peut-être dommage qu'on fasse pas ça de façon plus cadrée, officielle, chiffrée... » (E3)

Au final, cette démarche est identique à la démarche effectuée pour la réadaptation fonctionnelle. *« ...je pense qu'il y a beaucoup de développements de capacités qui sont faits en parallèle par rapport au quotidien de la personne... » (E1)*

Au travers des entretiens, les ergothérapeutes identifient l'importance d'avoir un contact avec le lieu de travail. Cependant, elles ne considèrent pas toutes que leur rôle est d'établir un contact avec. En effet, il est peu fréquent que l'ergothérapeute remplisse ce rôle. Cependant, il arrive que l'ergothérapeute contacte l'employeur pour avoir plus de précision sur le poste en question, les compétences et les tâches requises via par exemple le partage du profil de fonction.

En effet, il semble intéressant de contacter l'employeur afin d'avoir sa version car, selon une ergothérapeute, le patient doit correspondre aux exigences de l'employeur.

Il arrive dans bien des cas que le patient ne corresponde plus aux exigences de l'employeur et du poste en question. Ainsi, il faut voir avec l'employeur s'il est possible de proposer des alternatives permettant au patient de retourner au travail mais par exemple dans un autre poste.

« ... il était camionneur et c'est juste impossible de faire des heures entières mais peut-être voir s'il y a peut-être moyen de faire un boulot où il pourrait conduire quelques heures... » (E5)

Plusieurs éléments pourraient influencer l'employeur à effectuer des démarches pour permettre le retour au travail de son employé. Engager une personne en situation de handicap peut relever d'efforts et d'investissements que tous les employeurs ne sont pas prêts à fournir. D'une part, car la situation est nouvelle. D'autre part, cela peut être un accident de travail et donc un conflit est présent. À l'inverse, une des ergothérapeutes pense *« ... qu'ils ont intérêt à être plutôt conciliants dans ce cas-là ».* (E5)

Ainsi, il arrive que les employeurs refusent les démarches et les propositions. Tous les employeurs ne sont pas favorables à des aménagements.

« Le supermarché ne veut pas non plus faire de mi-temps... ». (E3)

Cependant, cela semblerait plus facile lorsque la personne présente une affection légère. En effet, les employeurs seraient plus à même de mettre des aménagements en place pour favoriser le retour au travail de la personne.

A contrario, il existe des exemples où l'employeur était ouvert à certaines mises en place pour faciliter car par le passé, il s'était déjà retrouvé dans cette situation et était déjà familiarisé avec le fonctionnement.

Par rapport à cette acceptation de l'employeur, l'ergothérapeute semblerait avoir un rôle de sensibilisateur auprès de ce dernier et des collègues de travail via la discussion ceci afin de dédramatiser la situation. Et pour expliquer qu'il n'est pas toujours nécessaire de réaliser des aménagements importants ou d'avoir une attention permanente envers l'employé. Ce que les employeurs auraient tendance à penser, surtout lorsque c'est nouveau pour eux.

Tout cela est possible via les appels mais surtout via la visite du lieu de travail ou de bénévolat qui constitue un élément indispensable selon les ergothérapeutes. Et prend la plupart du temps place lorsque la reprise professionnelle est envisagée et semble recommandée et prioritaire. Tout ne peut pas se faire sur base des paroles. Il faut parfois aller sur place pour avoir une vision d'ensemble des choses et tenir compte de tous les éléments qui tournent autour du patient. Outre l'intérêt pour l'employeur et les collègues, il s'agit aussi d'une façon pour le patient de se

projeter dans l'environnement réel et se rendre compte sur place qu'en fait tout ce qui avait été imaginé ne pourra pas prendre place.

2.2.2. Objectifs

L'établissement d'objectifs spécifiques à la réadaptation sont assez flous. En effet, la reprise du travail relève d'éléments très vagues et sont travaillés au travers des objectifs de réadaptation fonctionnelle. De nombreux objectifs liés à cette dernière sont communs avec la réadaptation professionnelle. Selon la plupart des ergothérapeutes, les objectifs travaillés en séance sont des prérequis à la reprise du travail et sont donc indirectement en lien avec ceci. Les objectifs posés sont considérés comme une manière d'anticiper la reprise professionnelle.

« ...mettre une chaussure c'est utile pour le travail, un prérequis quoi. Tout est de la préparation pour la reprise du travail. » (E6)

« ...c'est un peu de l'anticipation ... on se dit que c'est aussi un objectif pour le professionnel. » (E4)

2.2.3. Modalités⁸

2.2.3.1. Sur l'environnement physique et social

Deux ergothérapeutes ont identifié des actions qui relèvent, selon elles, de leur rôle. Cela concerne l'accessibilité et l'adaptation du lieu de travail. Elles estiment avoir les connaissances et l'expertise pour donner des normes de références en accessibilité (comme les rampes, l'adaptation des sanitaires,...). De ce fait, proposer un accompagnement à l'employeur dans les différentes démarches associées. De plus, une ergothérapeute mentionne le rôle de sensibilisateur auprès de l'équipe de travail par le partage d'informations et de ressources.

En fonction du type de travail, la facilité d'adaptation de la fonction peut être facilement ou difficilement envisageable. Une ergothérapeute donne l'exemple du métier d'informaticien paraplégique se déplaçant en fauteuil roulant « ...n'avait aucun impact par rapport à son boulot en tant que tel, c'était vraiment plus l'agencement des locaux qui était important... » (E1)

⁸ Le terme modalité a été utilisé pour désigner l'ensemble des actions concrètes que les ergothérapeutes ont identifiées

Peu d'ergothérapeutes ont mentionné le rôle de la famille dans la réadaptation professionnelle. Cependant, deux d'entre-elles mentionnent l'entourage comme un élément important à tenir en compte dans le processus du retour au travail. Il semblerait donc important pour certaines ergothérapeutes de les intégrer dans ce processus pour qu'il y ait d'autres ressources que les médicales et paramédicales. L'entourage serait donc vu comme un moyen pour le patient de se sentir soutenu. Des réunions de famille ont lieu, parfois la question du retour au travail est abordée, l'entourage agit comme soutien pour le patient mais est présent pour entendre l'information car souvent la reprise du travail peut concerner également son entourage. Car certains ont besoin d'être accompagnés dans leur démarche et la famille semble être un atout. La notion de rôle au sein de la famille a été également mise en évidence dans deux entretiens « *On faisait ces groupes avec les familles ou des groupes de parole pour que les patients, justement, ne se sentent pas exclus, qu'ils n'aient pas à se réinsérer dans leur famille, qu'ils puissent continuer avec eux mais en sachant bien qu'ils ont changé de rôle et de fonction.* » (E6)

Favoriser la pairémulation de façon formelle ou informelle est un élément identifié par 2 ergothérapeutes. Les nouveaux patients ont l'occasion de rencontrer les anciens patients qui reviennent à l'occasion d'événements ou de consultations externes. Ceci permet un échange. Favoriser des lieux où la parole informelle est possible pour parler et échanger les expériences, donner les bonnes pratiques, les trucs et astuces. « *Quand on peut mêler les expériences parce que tu as les bonnes, tu as des moins bonnes...* » (E6). Le rôle de l'ergothérapeute serait d'encourager et d'amener les échanges en stimulant les informations et la réflexion entre les patients. Un regard de l'extérieur venant de ces patients qui vivent au domicile, qui ont probablement repris le travail, apporte un plus indéniable.

« *... souvent les patients sont souvent super sympas ils nous font des vidéos, ils nous expliquent parfois ils nous proposent de venir les tester chez eux...* » (E2)

2.2.3.2. Mises en situation

Ensuite, l'ergothérapeute met en place des activités spécifiques et personnalisées en fonction des patients. Une des plus-values en ergothérapie est de mettre le patient en situation fonctionnelle. Ces situations tentent d'être au plus proche de la réalité, toujours dans un contexte institutionnel limité.

Les mises en situation écologique permettent de confronter le patient aux activités auxquelles il serait susceptible de participer pour ainsi identifier d'éventuelles difficultés ou ressources et de là, proposer des moyens d'amélioration.

« ...c'est de pouvoir montrer au patient ce qu'il est capable et ce qu'il est pas forcément capable de faire, c'est pouvoir lui montrer quelles sont les astuces, qu'est-ce qu'il peut faire à la place. » (E5) Au-delà de ça, cela est important de proposer un feedback afin de verbaliser et reconnaître les émotions qui accompagnent le vécu à la suite de cette mise en situation.

L'objectif des mises en situation écologique est d'être au plus proche de la situation recherchée. Ainsi la possibilité de collaborer avec d'autres professions au sein du centre est possible.

« ... travailler en collaboration avec la régie pour les petits travaux... » (E1)

2.2.3.3. Transferts des acquis

Les ergothérapeutes insistent sur le fait qu'un de leurs buts est de rendre le patient autonome dans sa capacité à s'adapter dans différentes situations. D'où l'importance de pouvoir transférer les acquis sur le lieu en question et d'apprendre aux patients que tout ce qu'il a appris en rééducation est transférable pour d'autres situations.

« ... on leur apprend des transferts mais s'il veut faire un transfert ... sur une moto ou sur une aile d'avion par exemple, en soi il peut le faire, il applique seulement les techniques qu'on lui a apprises. » (E2)

Le centre de réadaptation semble être alors un lieu de transition entre l'apprentissage de techniques et l'application dans différentes situations de la vie quotidienne dans l'environnement du patient. Il s'agit d'un temps d'hospitalisation pour le patient qui lui permet d'encaisser sa nouvelle situation, de réfléchir, de faire le deuil. Le tout dans un environnement soutenant et sécuritaire.

Comme évoqué précédemment, les patients en réadaptation priorisent la récupération dans les activités quotidiennes. Cependant, certaines ergothérapeutes évoquent la possibilité d'intégrer le travail en l'initiant au sein des séances de rééducation.

« ... les relevés du sol parce que je sais que c'est un truc qu'il devra pouvoir faire quand il retournera au travail et en plus il a des petits enfants... » (E3)

Au final ces séances d'exercices et les objectifs poursuivis serviront à une reprise du travail.

« ... mettre une chaussure c'est utile pour le travail, un prérequis quoi. Tout est de la préparation pour la reprise du travail. » (E5)

En termes de moyens pour réaliser ces mises en situation, les ergothérapeutes expriment qu'il n'y a jamais assez de moyens mais qu'elles s'estiment chanceuses et sont satisfaites.

Cependant, une difficulté réside dans le fait de ne pas savoir reproduire toutes les situations de travail possibles en fonction du travail du patient et l'obligation d'utiliser le système D, avec les moyens du bord.

De plus, une autre difficulté réside dans la complexité et la multitude des différents métiers.

« ... *je suis pas expert dans tous les boulots du monde...* » (E5). Une ergothérapeute donne un exemple concret d'un patient paraplégique en fauteuil roulant qui conduisait des machines sur chantier et pour qui la particularité de la fonction du métier faisait qu'il était difficile de mettre en place une mise en situation. « ... *parfois on a juste l'opportunité d'aller sur le chantier et de voir la machine mais parfois s'il faut un lifter pour se transférer, sur place y a pas de lifter pour se transférer.* » (E2)

Malgré la possibilité d'aller visiter le lieu de travail, les ergothérapeutes se sentent limitées dans les déplacements extérieurs par le manque de possibilité de se déplacer car cela implique de devoir bloquer plusieurs heures, voire une journée complète au détriment des autres patients. Cela demande de mobiliser d'autres collègues pour se faire remplacer. Donc elles évitent de cumuler les visites. La crise sanitaire n'arrange rien par rapport à ces moyens.

« ... *on a beaucoup moins de confrontations avec l'extérieur ...* » (E6)

2.2.4. Suivi après le séjour en centre de réadaptation

Une des difficultés et frustrations principales identifiée par la plupart des ergothérapeutes interrogées est le manque de suivi et d'accompagnement. Dès le départ du patient du centre, les ergothérapeutes n'interviennent plus. Il n'est pas possible pour les ergothérapeutes de suivre leur patient après l'hospitalisation malgré la possibilité pour les anciens patients de garder contact. Des projets sont mis en place tout au long de la réadaptation pour lesquels elles espèrent qu'ils fonctionnent, une fois le patient rentré au domicile. C'est pourquoi les ergothérapeutes mettent en évidence la nécessité/importance d'avoir une personne de référence qui peut faire le lien entre l'hospitalisation et le domicile. Une ergothérapeute évoque notamment le rôle du disability manager.

« ... *faire ce lien avec l'avenir et de pouvoir aller après la sortie d'hospitalisation sur le terrain d'accompagner la personne une fois la reprise effective de pouvoir retourner faire le point avec la personne et l'employeur.* » (E1)

Plusieurs ergothérapeutes soulignent aussi l'importance de proposer au patient de poursuivre le processus après la réadaptation. Et de prendre contact avec l'ergothérapeute qui accompagnera le patient afin de lui transmettre les informations pertinentes.

L'ergothérapeute, tout au long de la réadaptation, a créé une relation de confiance avec le patient et a une vision holistique du patient. Elle le connaît bien et peut transmettre les infos à la personne suivante. Cela peut se faire via les rapports de sorties qui contiennent ce qu'il faut encore travailler ou de visites à domicile qui contiennent les normes de base, comme les aires de rotation pour les FR ou encore des appels aux personnes de contact.

Ces rapports peuvent également servir aux futurs employeurs car ceux-ci contiennent des normes de base qui permettent à l'entreprise de s'y référer si des aménagements sont nécessaires.

2.3. Collaboration pluridisciplinaire

La collaboration pluridisciplinaire est un élément qui revient dans chaque entretien, sans exception. En effet, l'accompagnement de l'ergothérapeute pour le retour au travail de la patientèle ne peut se faire sans l'équipe pluridisciplinaire. Les professions d'assistante sociale référente du patient et d'assistante sociale d'un service d'orientation professionnelle spécialisée (OPS) sont les plus citées. En effet, cela semble être le binôme par excellence pour la question du retour au travail où le service OPS est à 95% des cas impliqués. Ce service serait plus à même d'établir les contacts administratifs avec le lieu de travail.

L'assistante sociale semble être une ressource que consultent les ergothérapeutes notamment pour avoir un retour sur le contact avec l'employeur, ses conditions, les projets, les démarches déjà réalisées. Ceci afin de permettre d'orienter sa prise en charge de façon pertinente en fonction du projet professionnel. La collaboration est bonne avec cette personne, les infos sont échangées et communiquées par la suite au reste de l'équipe pluridisciplinaire. Malgré cela, certaines ergothérapeutes relèvent toutefois un manque de collaboration. En effet, l'assistante sociale de l'OPS n'est présente que 2 fois par semaine pendant une demi-journée. C'est un service extérieur donc qui finalement n'est pas spécifiquement lié au CTR. Une piste serait de s'associer plus en binôme avec l'AS mais cela implique alors un changement dans les équipes et la perte d'un thérapeute pour l'ergothérapie fonctionnelle.

« ... réorienter la personne vers une autre profession que ce soit dans la même société ou ailleurs mais c'est vraiment de réouvrir les différentes possibilités en fonction des capacités et des connaissances de la personne... » (E1)

Le deuxième professionnel cité dans les entretiens est le kinésithérapeute. Les ergothérapeutes collaborent avec ces derniers dans le cadre du travail lorsqu'il s'agit plus d'un aspect moteur, d'endurance,... qui pose question. Par exemple, si la marche est très importante pour le travail cela sera travaillé en kiné. Ou encore la station debout. « *...combien de temps, est-ce que la station debout est suffisamment stable, ce genre de choses.* » (E2)

Ensuite, le psychologue est un professionnel identifié comme essentiel pour traiter l'aspect psychologique qu'elles peuvent solliciter notamment pour savoir si le patient est prêt à discuter de la question professionnelle. De plus, le psychologue est un soutien pour apporter des informations pertinentes relevées et soulevées en thérapie, que ce soit positif ou négatif.

Enfin, le médecin spécialiste (spécialisé en neurologie ou en médecine physique) est très peu cité dans les entretiens. Il est considéré comme un intervenant de référence pour le patient, la famille et les thérapeutes lorsqu'il faut trancher pour une décision ou résumer le point de vue de chaque intervenant.

« *...pour que le message puisse passer aussi autrement qu'avec nous, qu'à travers nous...* ». (E6)

En effet, notamment dans le cas où un élément médical est un obstacle pour la reprise du travail. « *...je crois que le médecin doit pouvoir dire ces faits mais il devrait pouvoir en montrant et s'appuyant sur le médical....* ». (E5) Il est également un soutien lorsqu'il faut remplir des documents avec avis médical.

La coordination entre ces différentes professions autour et avec le patient semble être un élément facilitateur de l'accompagnement de l'ergothérapeute pour le retour au travail. Les réunions d'équipe sont un moyen d'échanger sur la situation, de partager ses questionnements et ses réflexions. C'est également un soutien lorsque des difficultés apparaissent.

Un élément primordial identifié par une ergothérapeute indique que l'équipe pluridisciplinaire, de par les hospitalisations de longue durée, est vraiment proche des patients car ils sont au quotidien en contact avec eux.

Ainsi, la collaboration pluridisciplinaire relève d'une ressource très importante pour s'y appuyer lorsque l'ergothérapeute est face à des difficultés. Mais également pour se mettre des challenges ensemble et se poser des objectifs pour aller plus loin dans la prise en charge car ensemble, c'est plus facile.

« *...à plusieurs, on est plus fort, en fait il faut travailler avec les autres membres de l'équipe.* » (E5)

Au-delà de l'équipe pluridisciplinaire, la collaboration entre ergothérapeutes de la même équipe est citée comme une ressource très souvent sollicitée. L'appel des ergothérapeutes moins expérimentées à leurs collègues plus expérimentées est souvent de mise.

« ... peut-être une autre ergo qui a déjà été dans la situation et qui pourra conseiller... ». (E1)

2.4. Ressenti des ergothérapeutes sur l'accompagnement vers le retour au travail

Les ergothérapeutes interrogées se sentent en général à l'aise avec le fait d'accompagner des patients dans la question du retour au travail.

« ... je n'ai jamais été bloquée dans l'accompagnement d'un patient par rapport à mes connaissances et à ce que moi j'étais capable de prendre en charge... » (E1)

L'accompagnement de ces patients vers le retour au travail est vu comme un challenge excitant comme une sorte de formation continue où l'apprentissage est constant. Mais c'est également stressant car elles ont conscience d'avoir un grand rôle à jouer mais parfois elles estiment ne pas avoir les outils nécessaires ou la formation nécessaire. Cela est également frustrant pour elles. Ce qui rejoint les dires d'une autre ergothérapeute qui exprime son manque d'expérience qui l'empêche d'avoir un accompagnement plus poussé.

Il semble difficile, pour certaines ergothérapeutes, d'accompagner efficacement leur patient étant donné le manque de définition du rôle de l'ergothérapeute. « ...notre rôle il est pas défini et ça se fait un peu comme ça... » (E4). Cela peut laisser place à des situations où l'ergothérapeute ne s'impliquerait pas, laisserait tomber ou ne s'engagerait pas sur le terrain car elle ne saurait pas comment faire et quelles solutions trouver.

La complexité de la prise en charge réside également dans le fait qu'un patient est très différent d'un autre.

C'est ainsi que le souhait de développer les connaissances sur le sujet est présent et se ressent au travers des entretiens ainsi que le désir d'une meilleure définition du rôle de l'ergo et des différents membres de l'équipe.

Aucune des ergothérapeutes interrogées ne semble avoir connaissance de formations ou s'être déjà formée. Certaines ergothérapeutes ne savent pas jusqu'où il faut encadrer et pousser le patient à reprendre le travail ou non.

Les ergothérapeutes énoncent des difficultés à récolter des informations dans le cadre de la reprise du travail et un manque de temps général.

« ...on est occupé dans notre job aussi et c'est un certain domaine donc on va pas prendre le temps d'aller lire... » (E6)

Discussion

Au travers de ce chapitre, les résultats sont analysés au moyen de la littérature et de l'expérience subjective du chercheur. Ceci afin de répondre à la question de recherche de départ : « Comment les ergothérapeutes du CTR intègrent dans leur pratique quotidienne la réadaptation professionnelle de la personne présentant une déficience neuro-locomotrice sans troubles cognitifs survenue dans un contexte traumatique afin de favoriser sa réinsertion professionnelle ? ».

Ce chapitre sera articulé sur base de la figure 4 résumant les résultats. Elle a été annotée (figure 5) afin de mettre en évidence les éléments clés de l'analyse.

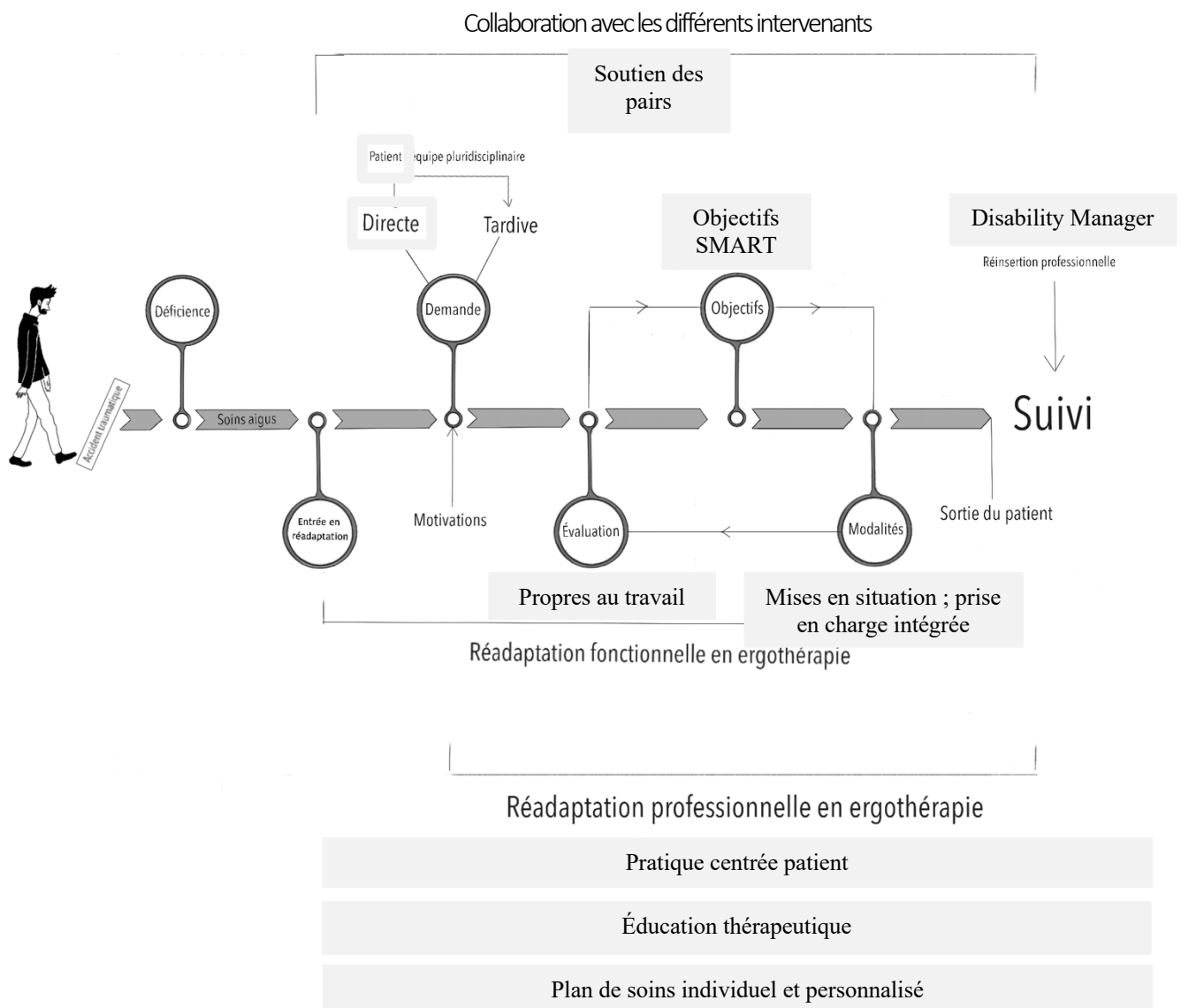


Figure 5 : Schéma résumant les résultats

1. Étape préliminaire

1.1. Obstacles et facilitateurs

Les ergothérapeutes ont bien identifié que le patient est l'acteur central de la réadaptation et cela se confirme dans la littérature (Roels et al., 2020). De ce fait, l'ergothérapeute doit favoriser une approche centrée sur le patient dans une démarche de collaboration pour la réadaptation professionnelle. Celle-ci implique la définition d'objectifs en lien avec le travail permettant de proposer des interventions adaptées au patient en tenant compte de ses besoins et de ses souhaits (Sproule, 2017). Mais avant d'intégrer un processus de réadaptation professionnelle, une étape préliminaire est de mise. En effet, au travers des résultats il a été remarqué que les ergothérapeutes identifient des obstacles et des leviers en amont de la mise en œuvre de ce processus. Dans les entretiens, il apparaît que ces éléments sont souvent liés au patient.

Le premier élément abordé par les ergothérapeutes est le processus de deuil. En lien avec l'approche centrée sur le patient, il est nécessaire de considérer le processus psychologique complexe dans lequel le patient se situe au moment de la réadaptation. En effet, il doit faire face à des pertes importantes et significatives. Au-delà de l'objectif d'atteindre un meilleur niveau d'indépendance, il doit faire face aux changements qui s'opèrent dans son quotidien et ses habitudes en lien avec le travail. Le patient doit parfois prendre le temps de réaliser qu'il n'est plus en mesure de reprendre la même fonction ou le même temps de travail. Son implication et sa participation en sont impactées étant donné la difficulté de se projeter dans l'avenir. Ainsi, cela peut constituer un obstacle à la réadaptation professionnelle. D'ailleurs Wong et al. (2014) mettent en évidence dans leur article que le niveau de participation serait plus faible chez les personnes qui sont en plein processus de deuil. En outre, les personnes ayant un niveau de participation plus élevé ont tendance à plus facilement s'engager dans leurs activités et ont tendance à avoir une meilleure qualité de vie. L'ergothérapeute est un acteur important pour le développement et le suivi de ce processus, qui peut parfois durer plusieurs semaines, voire plusieurs mois. En effet, il côtoie le patient quotidiennement et l'accompagne dans l'atteinte de son projet de vie qui évolue tout au long de la réadaptation en regard des étapes du deuil (Cœur-Larreure et al, 2010 ; Thievenaz et al., 2013).

Ainsi, cela coïncide avec la problématique du moment opportun pour intégrer la réadaptation professionnelle. Celui-ci dépend d'un patient à l'autre et doit respecter le processus de deuil du

patient. Pour suivre une approche centrée sur le patient, celui-ci doit être actif dans la mise en œuvre du processus. Ainsi, la demande devrait venir du patient lui-même qui identifierait alors la dimension du travail comme une priorité ou non. D'après les entretiens, la demande spontanée apparaît plus facilement chez des patients jeunes qui désirent retravailler. Mais parfois, les séquelles sont tellement importantes que la reprise du travail antérieur n'est pas possible. Selon Roels et al. (2020), il est plus complexe d'intégrer la réadaptation professionnelle dans cette situation. En effet, ceci est souvent associé à des séquelles plus graves qui demandent de prioriser les soins médicaux et de rééducation. De plus, les démarches de réorientation prennent beaucoup plus de temps. Les auteurs ajoutent que la réinsertion professionnelle est moins souvent réussie. Malgré tout, la réadaptation professionnelle est possible mais a tendance à être mise en place trop tard. Or, un début plus précoce serait conseillé pour optimiser des résultats positifs de réinsertion professionnelle. Le plus grand risque est que la question du travail soit totalement mise de côté au risque d'être abordée au moment de la sortie du centre voire à aucun moment. Effectivement, dès le retour à domicile, il est possible que le souhait de retourner au travail mûrisse dans la tête du patient et qu'il se trouve livré à lui-même sans accompagnement et outils adéquats.

L'autre élément fortement relevé dans les entretiens déterminant la mise en œuvre de la réadaptation professionnelle est l'aspect financier. En effet, souvent l'obtention d'allocations semble plus avantageuse d'un point de vue financier que les revenus liés à un travail. Ceci est confirmé par Roels et al. (2020) qui identifient l'aspect financier comme un obstacle majeur à la réinsertion professionnelle. Renoncer aux indemnités peut aboutir à des situations financières précaires étant donné les nombreux frais liés à leur situation de handicap qui ne sont pas tous pris en charge par l'assurance, la mutualité des patients ou les fonds régionaux. De ce fait, comme également mentionné dans les entretiens, beaucoup de patients se tournent vers des activités bénévoles, des activités professionnelles non déclarées ou des activités de loisirs. Ceci afin de se réinsérer dans la vie sociale et professionnelle sans perdre leurs droits aux allocations. Et ainsi en compensant leur souhait de retravailler non compatible avec leur situation financière. Dans le même article, Roels et al. (2020) recommandent alors une approche mettant l'accent sur la pleine participation des personnes en situation de handicap à la vie de la communauté. Ceci aurait pour effet d'améliorer le taux de participation au travail. Cela nécessiterait une approche encore plus inclusive dans la société.

1.2. Éducation thérapeutique

Le défi est complexe. Afin d'accompagner le patient vers une démarche d'acceptation de la situation et de gestion de sa vie, l'éducation thérapeutique du patient [ETP] pourrait être un moyen intéressant. Effectivement, l'ETP permet d'acquérir, de maintenir et de développer les compétences nécessaires à cela. L'intérêt de l'ETP est qu'elle « ... *fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.* » et « ... *comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.* » (Haute Autorité de santé, 2007). Cela fait écho à la possibilité d'une survenue tardive du souhait de reprendre le travail. En effet, au travers de cette démarche continue, l'ergothérapeute peut proposer au patient un accompagnement pour le rendre acteur de sa réadaptation. Et ainsi, lui donner les outils nécessaires à la gestion de nouveaux événements. Il a d'ailleurs été prouvé dans la littérature que l'ETP réduit les hospitalisations à répétition et le recours aux soins de santé (Haute Autorité de santé, 2007).

2. Processus ergothérapeutique

En écho à la proposition d'un accompagnement en ETP, les résultats ont mis en évidence que la réadaptation professionnelle pouvait s'intégrer au processus ergothérapeutique. Celui-ci implique l'évaluation, la mise en place d'objectifs et les modalités pour atteindre ceux-ci. Adriaenssens et al (2017) démontrent dans leurs écrits l'importance de la collaboration créée entre l'ergothérapeute et le patient tout au long de ce processus. Une fois que la demande est lancée, un processus rigoureux est recommandé pour maximiser les chances de réussite de la réadaptation professionnelle. Les entretiens ont permis d'identifier des étapes clés pour mener à bien ce processus. Ces étapes font écho au processus ergothérapeutique et pourraient s'intégrer à celui-ci sans en modifier les objectifs.

2.1. Évaluation

Lors de l'arrivée du patient en ergothérapie, l'ergothérapeute réalise systématiquement une évaluation de ses capacités, de ses habitudes de vie et de son environnement physique et social. Ceci au moyen d'observations, de questionnements au patient et à son entourage et/ou d'évaluations standardisées. Bien que réalisée dans une démarche de réadaptation

fonctionnelle, cette étape d'évaluation pourrait intégrer plus spécifiquement des éléments propres au travail. In fine, l'évaluation des capacités fonctionnelles est en lien avec les capacités attendues pour le travail que le patient souhaite réaliser (Ordre canadien des ergothérapeutes, 2016). L'évaluation des habitudes de vie et de l'environnement pourraient s'étendre au CTR à la dimension du travail. Cette démarche peut être appuyée par la revue de la littérature de Cronin (2013) qui insiste sur la nécessité d'évaluer de manière holistique la participation au travail qui est interdépendante des ressources de la personne, du lieu de travail, des exigences du travail et du quotidien et de l'aspect psychosocial.

Les activités en lien avec le travail peuvent être évaluées au moyen de situations écologiques permettant d'observer le patient au plus proche la réalité. Également, si son institution le lui permet, il peut se rendre sur le lieu de travail en début de prise en charge afin de faire un état des lieux de l'environnement physique et des tâches exigées d'une part afin d'identifier de potentiels obstacles ou leviers (Ordre canadien des ergothérapeutes, 2016).

Cependant, les ergothérapeutes expriment la difficulté d'évaluer de manière objective ces éléments. Un manque de ressources et d'accessibilité à des évaluations spécifiques se fait ressentir. En effet, les ergothérapeutes expriment un manque dans les évaluations standardisées ou dans la formation à ces outils et émettent le souhait de pouvoir développer davantage d'évaluations en lien avec le travail. Les évaluations permettent d'objectiver et de comparer dans le temps d'éventuelles améliorations mais également de fournir des données objectives à l'équipe pluridisciplinaire. Il semble toutefois exister des évaluations telles que ESAP, IMBA, (UPE, s.d.) mais qui sont généralement plus pertinentes dans le cadre d'une réinsertion professionnelle et qui demandent d'être formé. Toutefois, l'ergothérapeute pourrait s'inspirer des éléments les constituant pour identifier des éléments à considérer dans l'évaluation en lien avec le travail. Comme cité précédemment, la collaboration avec l'employeur peut être un atout pour réaliser un état des lieux en lien avec le travail.

2.2. Objectifs

La fixation d'objectifs fait partie intégrante du processus de réadaptation (Bovend'Eerd, 2009).

Les priorités du patient, combinées à l'expérience du thérapeute permettront de fixer des objectifs SMART, soit Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes et définis dans le Temps. Ces objectifs doivent être établis en collaboration avec le patient et validés par l'équipe

pluridisciplinaire afin d'avoir une vision commune et une cohérence dans les soins. Des objectifs bien définis sont nécessaires pour l'évaluation de l'atteinte des objectifs afin de mesurer des progrès. Ils restent flexibles et sont modifiables au cours du temps (Liukko et Kuuva (2016). La nécessité d'identifier des objectifs avec le patient pour qu'il puisse être partenaire est mise en évidence dans la littérature (Sproule, 2017).

Les objectifs généraux en lien avec le travail peuvent être la reprise du travail en lien avec de nouvelles formations pour actualiser ses compétences ou acquérir des nouvelles compétences (INAMI, 2019).

Cette formulation d'objectifs peut aussi bien être appliquée à des objectifs en lien avec le travail puisque les références ici ce sont les caractéristiques SMART. Ces objectifs s'ajouteraient ainsi au plan de traitement de réadaptation fonctionnelle. L'élément qui pose question est la priorisation des objectifs. C'est à ce moment que le patient est d'autant plus acteur de sa réadaptation puisqu'il est celui qui va déterminer cela.

2.3. Modalités

Lorsque les objectifs sont déterminés, il est temps de mettre en œuvre des interventions pour permettre au patient de les atteindre. Les interventions liées à des objectifs de récupération fonctionnelle ont souvent la priorité dans la prise en charge. Cependant, ces interventions sont identifiées par les ergothérapeutes comme des prérequis qui seront utiles dans le futur pour le retour au travail. Ainsi, apprendre à un patient paraplégique la technique pour mettre des chaussettes lui servira lorsqu'il partira travailler et devra s'habiller. Lorsque les interventions sont plus spécifiques au travail, c'est lorsque le projet est plus clairement défini. Alors, l'ergothérapeute peut proposer la mise en situation écologique. Au-delà du fait qu'elles sont utilisées pour évaluer et observer le patient en situation concrète, ces mises en situation sont également des moyens à favoriser pour atteindre les objectifs. Effectivement, elles permettent un conseil plus facile et concret et un entraînement dans un environnement proche de celui du réel. L'atout principal est l'environnement sécuritaire et encadré dans lequel prennent place ces mises en situation. Cela semble être un facilitateur pour la transition entre le centre et le domicile. En outre, il permet de s'assurer que le patient sera capable de transférer ses acquis dans d'autres environnements et d'appliquer les conseils et les apprentissages en dehors du centre. Pour notamment limiter le recours à une nouvelle hospitalisation par exemple suite à une escarre apparue car le transfert du fauteuil roulant vers le fauteuil du travail n'est pas correctement réalisé. Sur base des résultats obtenus, il est apparu que les mises en situation dans

le contexte du CTR étaient souvent réalisées et que les moyens pour y parvenir n'étaient pas limités. Elles peuvent être adaptées à l'infini. Cependant, la difficulté de répondre aux exigences de chaque métier est présente. En effet, il ne semble pas toujours facile de proposer une mise en situation ou des exercices en lien direct. Pour cela il faudrait pouvoir être expert de tout métier or cela semble impossible (Ozelie et al., 2009 ; Middleton, 2019)

3. Acteurs concernés

Adriaenssens et al. (2017) soulignent l'importance du partenariat créé entre le patient et l'équipe pluridisciplinaire dont fait partie l'ergothérapeute. La communication y est essentielle pour convenir ensemble des objectifs à poursuivre et de la mise en œuvre du processus de réadaptation. Cet élément de la littérature confirme les dires des ergothérapeutes qui identifient la collaboration entre les différentes parties prenantes comme essentielle. Cela est également confirmé dans l'étude de Liukko et Kuuva (2016). Chaque intervenant enrichit les échanges en apportant leur spécificité. Ceci serait un atout pour un processus personnalisé pour chaque patient (Medina-Mirapeix et al., 2017). De plus, cela permet une meilleure organisation et une meilleure structure de la prise en charge pour autant que les parties prenantes travaillent de façon coordonnée (Adriaenssens et al., 2017). Pour ce faire, une bonne communication est essentielle. Une étude qualitative de Russell et Kosny (2018) identifie d'ailleurs que les problèmes de communication peuvent entraîner des frustrations chez les différentes parties, un retard dans le traitement et in fine une réinsertion professionnelle tardive.

Lorsque la réadaptation professionnelle est mise en route, le duo ergothérapeute – assistant social semble être complémentaire dans les démarches liées au travail. Le plus du CTR est la présence d'un service spécialisé en orientation professionnelle qui permet de gérer les aspects administratifs liés au retour au travail. Cette collaboration ne semble toutefois pas toujours fructueuse étant donné que ce service est indépendant du centre. Il semble évident qu'un service dépendant du centre est plus efficace et permettrait d'optimiser le processus. (AVIQ, s.d.)

Bien que l'ergothérapeute ne semble pas être le thérapeute le plus pertinent pour entrer en contact avec l'employeur, il peut toutefois mettre en place une collaboration. Notamment pour identifier les attentes précises, le profil de fonction et les possibilités d'adaptation pouvant être mises en place. Une ergothérapeute relève également le rôle de sensibilisation à la situation de handicap auprès de l'employeur et des collègues du patient afin d'éviter les fausses idéologies (Canadian Association of Occupational Therapy, 2015).

Puis, au niveau de l'entourage proche du patient, la famille est rarement impliquée mais peut constituer un acteur pertinent. Effectivement, elle est touchée indirectement par la situation de handicap de leur proche dans leur quotidien et leurs émotions (Marcelle, 2016)

Enfin, l'implication de patients experts a été mentionnée par une ergothérapeute. La littérature permet d'appuyer cet élément intéressant pour le processus de réadaptation professionnelle. Liukko et Kuuva (2016) dans leur article soulignent l'importance d'ouvrir l'expertise à d'autres acteurs. La pairémulation est documentée dans la littérature comme un outil intéressant. Il s'agit d'échanges et de rencontres organisées entre des personnes en situation de handicap avec comme objectif le partage d'expériences, la connaissance, la transmission de la philosophie du handicap. D'une transmission directe et pratique de l'expérience de situations similaires à résoudre. Le thérapeute a tendance à apporter une vision très médicale du processus de soins. L'atout de la pairémulation est le partage du vécu du point de vue d'un patient. Le pair émulateur peut accompagner vers le changement. Il est prouvé que les effets sont bénéfiques sur la confiance en soi, la participation sociale et peuvent faire émerger des potentiels inconnus. Cela fait écho également au processus de deuil de de Kübler-Ross. La pairémulation se fait souvent de façon informelle mais il existe des formations et des « anciens patients » formés (Gardien, 2010).

Alors, l'ergothérapeute peut faire appel à des patients experts lors des prises en charge. Ou à l'occasion de moments informels dans le centre comme c'est le cas au CTR. L'ergothérapie distractive accueille les nouveaux et les anciens patients qui peuvent échanger sur des situations communes. Partageant d'un côté des interrogations et de l'autre une expérience personnelle.

3.1. Suivi

Les ergothérapeutes interrogées ont souvent défini leur rôle en réadaptation professionnelle comme l'apprentissage de prérequis pour le patient afin qu'il puisse ensuite les transférer dans son environnement habituel. Cependant, une des principales frustrations exprimée par les ergothérapeutes est qu'il existe un manque de suivi par rapport au patient qui sort du centre de réadaptation. En effet, malgré la mise en place de prérequis, elles expriment le fait qu'elles ne sont jamais sûres de la réelle utilisation de ceux-ci à la sortie.

Ces prérequis sont souvent identifiés dans les dossiers de sorties qui reprennent l'évolution du patient tout au long de sa réadaptation jusqu'à sa sortie du centre. Ou encore les rapports de visite du lieu de travail ou du domicile dans lesquels des normes sont identifiées et sont transférables à d'autres situations. Les dossiers de sortie qui reprennent généralement les

résultats des évaluations, incluent l'évolution du patient au cours de sa réadaptation. Cela permet de mettre en lumière les capacités du patient et ce qu'il reste encore à améliorer. Ceci permettrait de faciliter la continuité entre le centre de réadaptation et une éventuelle poursuite de réadaptation en ambulatoire ou à domicile. En effet, la possibilité de faire le lien et de proposer une ergothérapeute à domicile pour le patient semble être une solution à une meilleure continuité des soins en poursuivant les apprentissages dans l'environnement réel du patient. Cependant, l'ergothérapeute à domicile est encore trop peu valorisée en Belgique impliquant ainsi un nombre de séances limité par exemple. (Medina-Mirapeix et al., 2017)

Le suivi entre la réadaptation et la première ligne de soins ne semble pas optimal selon le vécu rapporté par les ergothérapeutes lors des entretiens. Les services de soins doivent être réalisés en partenariat avec le patient et les différents acteurs (professionnels de la santé ou non) dans leur contexte familial et professionnel (BeHive, 2020). Ainsi, une meilleure intégration entre les différents intervenants et une meilleure coordination entre ceux-ci et la place centrale du patient pourraient favoriser une meilleure continuité des soins et « *éviter le morcellement des soins et les repenser en regard des capacités et des objectifs de chaque patient* » (Integreo, s.d.)

Deux ergothérapeutes ont mentionné la fonction du Disability Manager. Cette fonction peut être une piste d'action pour favoriser un meilleur suivi après la réadaptation et donc une meilleure continuité des soins. Il s'agit d'identifier une personne centrale qui fait le lien et coordonne les différents intervenants liés à la reprise du travail du patient. Cette fonction semble favoriser le maintien à l'emploi de la personne. En réadaptation, malgré les moyens mis en place, il y a peu de liens avec le lieu de travail or cela prend tout son sens dans la réinsertion professionnelle (INAMI, 2019). Pour déterminer un projet précis avec le patient et proposer des objectifs au sein de la réadaptation. (INAMI, 2019)

L'ergothérapeute en réadaptation n'est pas formé à ces compétences et l'objectif n'est pas qu'il remplisse cette fonction en plus de sa fonction d'ergothérapeute. Il fait partie des intervenants du trajet de réinsertion au stade précoce. Il connaît le patient et peut aider dans l'identification des compétences nécessaires aux exigences de l'emploi envisagé. Il peut également préparer le patient mais ne semble pas avoir ce rôle de suivi à en croire la non définition de son rôle officiel dans la littérature.

Cependant, la patientèle ne présente pas de troubles cognitifs. Ainsi, le renforcement de l'autogestion par les prestataires pour favoriser la poursuite des activités encouragerait les patients à mieux gérer leur problème et à contribuer à leur propre maintien de la continuité. En effet, le désir des patients de collaborer à la gestion de leur propre problème pendant leur

transition vers la communauté après leur sortie semble être documenté dans cet article. (Medina-Mirapeix et al., 2017)

4. Limites de l'étude

Cette recherche présente des limites qu'il est nécessaire de mentionner.

4.1. Limites du sujet

D'abord, le sujet du retour au travail est très large et comporte de nombreuses dimensions et de nombreux acteurs appliqués. Il a été choisi de limiter le travail à la profession d'ergothérapeute et à la patientèle ciblée pour ne pas apporter trop d'informations différentes au risque de s'y perdre.

Puis, le sujet intéresse le chercheur et a lui-même été confronté à cette problématique. Il est nécessaire de préciser qu'il a travaillé au sein du CTR et connaissait les personnes interrogées. De ce fait, il est possible que le chercheur ait induit des résultats lors de la passation des entretiens, bien qu'il soit resté le plus neutre possible.

Les personnes interviewées connaissent le chercheur, sa fonction et ses connaissances liées à celle-ci. Ainsi, cette caractéristique a pu induire l'omission par les répondants de certains éléments de réponses ou à l'inverse un manque d'approfondissement par le chercheur.

Enfin, Cette étude s'intéresse à un seul cadre de pratique. Or, il existe en Belgique de nombreux services proposant une réadaptation fonctionnelle. Effectivement, tous les patients ne vont pas dans un centre de réadaptation et pourtant cette hospitalisation implique également une incapacité de travail.

4.2. Limites des choix méthodologiques

Tout d'abord, la méthode d'échantillonnage a du évoluer au fil de la recherche. De ce fait, le choix méthodologique a été modifié et repensé plusieurs fois ce qui a limité le chercheur dans le temps.

De plus, l'échantillon était restreint et les critères d'inclusion des participants très spécifiques. Le risque encouru était d'obtenir peu d'informations diversifiée. Heureusement, chaque ergothérapeute a pu apporter des éléments différents mais également confirmer le

discours des autres. La récolte des données est cependant arrivée très vite à saturation. Ainsi, les entretiens ont permis d'identifier les éléments essentiels dans les résultats mais ont probablement écarté d'autres thématiques pertinentes.

Puis, un focus group avait été envisagé au départ mais le caractère incertain de la situation sanitaire imposant de limiter les rassemblements a freiné le chercheur. Effectivement, n'ayant pas connaissance au moment de l'étude de l'évolution de la situation sanitaire, il a été décidé de ne pas entreprendre une telle recherche de peur de ne pas aboutir.

Enfin, l'échantillonnage s'est réalisé au sein d'un centre de réadaptation spécifique, les résultats obtenus peuvent être transférables à un contexte similaire mais n'ont pas pour objet d'être généralisables à grande échelle.

5. Perspectives

5.1. Le public cible

Une première perspective concerne le public ciblé au sein de la recherche. Il serait pertinent de récolter l'expérience des autres acteurs impliqués dans le processus de réadaptation. Ainsi, le vécu des patients, de son entourage proche ou de travail des professionnels de la santé sont considérés. Les résultats ont apporté des éléments de réponses intéressants sur le vécu du patient ou le rôle des autres intervenants. Cependant, ces résultats relèvent de la subjectivité de l'ergothérapeute et ne permettent pas de cerner l'ensemble des caractéristiques réellement existantes. L'importance accordée au vécu du patient et ses caractéristiques remarquables dans les résultats justifient l'intérêt de recueillir le vécu du patient dans la mise en œuvre de la réadaptation professionnelle.

D'un point de vue méthodologique, il pourrait d'une part être intéressant de réaliser un focus group intégrant les nombreux acteurs concernés par le processus de réadaptation professionnelle. Et d'autre part, de suivre la méthode réalisée dans ce travail mais en modifiant le public cible et les critères de sélection. Afin de comparer la perception de l'ergothérapeute et du patient par rapport à la réadaptation professionnelle.

Une deuxième perspective serait de s'intéresser aux autres services et centres de réadaptation en Belgique ou dans le monde. En effet, le CTR fonctionne d'une façon qui n'est probablement pas identique à d'autres structures ou d'autres systèmes de santé.

Enfin, il pourrait être pertinent pour améliorer la continuité des soins de comparer les interventions de l'ergothérapeute en lien avec le travail aux différents stades par lesquels le patient chemine après son accident.

5.2. La patientèle

Ce travail traitait d'une patientèle bien définie qui présente une déficience de l'appareil neuro-locomoteur sans troubles cognitifs. Le même travail pourrait être réalisé pour une patientèle présentant des troubles cognitifs à la suite d'un accident traumatique étant donné la fréquence de ceux-ci.

5.3. Développement des connaissances et des ressources

Une autre perspective serait de développer les connaissances et les ressources par rapport au sujet. Le manque de connaissance et de formation concernant la question du travail en général a été fortement relevé dans les entretiens. Cela s'est également ressenti dans la première phase d'échantillonnage où peu d'ergothérapeutes se sentaient à l'aise avec le sujet.

Un manque dans la formation initiale en ergothérapie est présent mais également dans les formations proposées.

Plus spécifiquement, établir un recensement des ressources auxquelles se référer pourraient être pertinents pour les ergothérapeutes de terrain qui n'ont pas le temps de procéder à une revue de toutes les ressources existantes.

5.4. Plan d'intervention individualisé

Enfin, il pourrait être intéressant d'identifier un plan d'intervention individualisé standardisé qui favoriserait une dynamique plus efficace entre les différents intervenants et une prise en charge continue et transversale centrée sur le patient. Ceci pour garantir une prestation de soins de qualité et efficiente. Le patient évoluant au sein de sa réadaptation nécessite une prise en charge structurée, personnalisée et continue afin de diminuer les risques de non efficacité et de discontinuité des soins. Et ce entre les personnes qui interviennent avant la réadaptation, pendant et après la réadaptation (Wettstein et al, 2010).

Conclusion

La première étape de ce travail a permis de construire un cadre théorique pour définir la problématique et identifier la question de recherche : « *Comment les ergothérapeutes du CTR intègrent dans leur pratique quotidienne la réadaptation professionnelle de la personne présentant une déficience neuro-locomotrice sans troubles cognitifs survenue dans un contexte traumatique afin de favoriser sa réinsertion professionnelle ?* ». La seconde étape décrit la méthode utilisée pour obtenir les résultats. La dernière partie du travail présente les résultats et les interprète.

De manière générale, les ergothérapeutes ont exprimé le fait que la réadaptation professionnelle n'était pas souvent intégrée à la réadaptation fonctionnelle. En effet, cette dernière est souvent considérée comme une priorité pour les patients qui mettent ainsi le retour au travail de côté. Malgré tout, le travail est souvent mentionné car il semble occuper une place importante dans la construction et le rythme quotidien des patients que les ergothérapeutes accompagnent, nécessaire à leur épanouissement et leur bien-être (Wong et al., 2014)

Comme identifié dans les résultats, les patients qui fréquentent le centre de réadaptation ont des profils singuliers dépendant de leur âge, de leur état physique, psychologique ou encore de leurs habitudes. Les interventions en réadaptation seront dès lors adaptées et différentes en fonction du patient. La réadaptation est donc une intervention complexe avec une multitude de facteurs. (Bovend'Eerdt, 2009) Ainsi, le questionnement quant au retour au travail prend place différemment et à différents moments en fonction du patient qui ne gère pas sa nouvelle situation de la même manière qu'un autre patient. Cependant, il semblerait qu'il soit toujours trop tard dans la réadaptation, ce qui peut relever d'une forme de frustration, autant pour le patient que pour l'équipe pluridisciplinaire. Au moment de la sortie, les considérations liées au handicap en lien avec le travail telles que les ressources disponibles, les démarches et l'accessibilité au travail peuvent survenir et dépasser le patient si il n'est pas préparé à affronter ces challenges. Selon Roels et al. (2020), identifier la dynamique entre ces éléments permettrait d'optimiser la réinsertion professionnelle. Cela a été mis en évidence également dans les entretiens avec la nécessité de préparer le patient à un potentiel retour au travail dans un cadre sécurisant et sécurisé. Cette démarche s'inscrit dans des soins individualisés, proactifs, holistiques et personnalisés pour la patientèle. Grâce à une meilleure compréhension des objectifs personnels et des facteurs contextuels cela prend du temps mais permet d'en gagner lors de la planification des actions qui visent à soutenir le retour au travail. (Kerätär et al., 2016).

Pour favoriser le succès d'une réinsertion professionnelle après la sortie du centre, Berhge (2017) identifie des prérequis. D'abord, le patient doit être preneur d'une réadaptation et y participer activement. Ensuite, de nombreux acteurs doivent travailler ensemble. Cela se reflète dans les entretiens où la collaboration pluridisciplinaire était à chaque fois citée. Mais également l'environnement social qui doit favoriser la réinsertion comme l'entourage familial, professionnel et les pairs. Puis, le centre de réadaptation et l'équipe thérapeutique doivent reconnaître la réinsertion professionnelle comme un objectif prioritaire du traitement. Ce qui semble être peu présent au sein du CTR. Le système d'assurance doit éviter les effets dissuasifs liés aux indemnités, traiter rapidement les demandes d'ajustements et d'aides nécessaires, et promouvoir les possibilités de retour rapide au travail en fonction de l'état de santé. Une telle approche implique une intervention clinique, au sein du centre et une intervention sur le lieu de travail. Cette intervention nécessite l'évaluation, l'identification des obstacles éventuels au retour au travail par l'employé, ainsi qu'une discussion sur ces obstacles et l'élaboration de solutions possibles. Ceci permettant de définir au plus tôt un plan de réintégration.

C'est également soutenir le patient via des initiatives pour reprendre le travail en lien avec les nouvelles formations pour actualiser ses compétences (rééducation socio-professionnelle) ou acquérir des nouvelles compétences (réorientation socio-professionnelle) (INAMI, 2019)

Au travers de ce mémoire, il est remarquable que la thématique développée comporte de multiples facettes qui n'ont pas pu être toutes abordées. Cependant, il aura permis de faire ressortir les grandes thématiques en lien avec l'intégration de la réadaptation professionnelle par les ergothérapeutes au sein du CTR. Néanmoins, il reste des éléments à développer et d'autres perspectives à explorer.

Bibliographie

Adriaenssens, J., Eyssen, M., Mertens, R., Benahmed, N., Paulus, D., Ameye, F.,... Walraevens, M. (2017). *Vers un plan intégré d'evidence-based practice en Belgique – Première partie : plan de gouvernance – Synthèse*. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Ahuja, C., Wilson, J., Nori, S., Kotter, M., Druschel, C., Curt, A., et Fehlings, M. (2017). Traumatic spinal cord injury. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 1-21. doi.org/10.1038/nrdp.2017.18

Aujoulat, I. (2019). WFSP 2106 “Introduction aux méthodes qualitatives en Santé Publique”. Syllabus, Université Catholique de Louvain.

AVIQ. (s.d.) Le monde du handicap en Belgique. Consulté sur https://www.aviq.be/handicap/AWIPH/handicap_Belgique/ONU/index.html

AVIQ. (s.d.) Se former et travailler. Consulté sur https://www.aviq.be/handicap/vosbesoins/se_former_travailler/index.html

Bauzroti, E. (2018). La réadaptation professionnelle : un parcours semé d'embûches, Bruxelles, L'atelier des droits sociaux.

Be.Hive. (2020) Un livre blanc de la première ligne francophone, Bruxelles.

Belin, A., Dupont, C., Oulès, L., Kuipers, Y., Fires-Tersch, E. (2016). Rehabilitation and return to work : Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work. Report No.: 978-92-9240-925-8.

Bovend'Eerdt, T., Botell, R., Wade, D. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23 : 352-361.

Canadian Association of Occupational Therapy. (2015). Prise de position de l'ACE L'ergothérapie et la santé au travail (2015).

Circulaire relative à l'évaluation de la perte de capacité de gain en vue de l'octroi de l'allocation de remplacement de revenus pour personnes handicapées. (2018). Sécurité sociale. 2018040019

Cœur-Larreur, M., Malifarge, D., Lefèbre, S. (2010). Des difficultés de sortie du centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles au projet de vie. Quel accompagnement en ergothérapie pour trouver le sens de la sortie ? Journal de réadaptation médicale. 30: pp.25-31. Doi : 10.1016/j.jrm.2010.01.003

Commission Communautaire Française (2017), Retrieved from : <https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/tableaux-de-bord-de-la-sante-/2017-tbs-accidents-bruxelles.pdf>

Commission européenne (2021). Retrieved from : https://ec.europa.eu/transport/road_safety/topics/serious_injuries_fr

Commission européenne (2021). Retrieved from : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/tbs-2016-accidents>

Corbière, M., Larivière, N. (2014). Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Cronin, S., Curran, J., Iantorno, J., Murphy, K., Shaw, L., Boucher, N., Knott, M. (2013). Work capacity assessment and return to work: a scoping review. Work. Jan 1;44(1):37-55. doi: 10.3233/WOR-2012-01560.

Delcey, M. (2002). Déficiences motrices et situations de handicaps. Ed. APF. pp.1-17.

Desiron H (2016). Return to work in breast cancer patients development of an occupational therapy intervention to bridge the gap between health care and work. KU Leuven, Louvain. Retrieved from :

https://www.researchgate.net/publication/273179350_Occupational_therapy_and_return_to_work_for_breast_cancer_survivors

Erasme (s.d). Retrieved from : <https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/services-de-soins/sites-extra-muros/centre-de-traumatologie-et-de-readaptation-ctr>

Fallery, B. et Rodhain, F. (2013). *Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : lexicale, linguistique, cognitive, thématique*. En ligne, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00821448/document>

Fédération des centres de Réadaptation Ambulatoire. (2020). Réadaptation. Retrieved from : <https://www.fcra.be/readaptation-defintion.html>

Gardien, E. (2006) Travailleur en situation de handicap : de qui parle-t-on ? Pour une analyse des situations partagées ERES, Reliance, 2006/1,19, pp.50-59.

Gardien, E. (2010). La pairémulation dans le champ du handicap : Histoire, pratiques et débats en France. Rhizome , Orspere-Samdarra, pp.3-4.

Guide social (2018). La réintégration professionnelle, un projet avec les ergothérapeutes ! Retrieved from : <https://pro.guidesocial.be/articles/echos-du-terrain/la-reintegration-professionnelle-un-projet-avec-les-ergotherapeutes>

Haute Autorité de Santé. (2007). *Education thérapeutique du patient comment la proposer et la réaliser?* Consulté sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-

INAMI (2021) Retrieved from : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/centres-reeducation/Pages/default.aspx>

INAMI. (2019). Retrieved from <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/reinsertion/Pages/disability-management-formation.aspx>

INAMI. (2021). Retrieved from : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/maladies/handicaps-locomoteurs/Pages/poursuite-reeducation-fonctionnelle-centre-r30-r60.aspx>

INAMI. (2021). Retrieved from : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/incapacite-travail/Pages/default.aspx>

Integreo, s.d. *Fiche pratique composante 4 : maintien au travail, réintégration socio-professionnelle et socioéducative.*

Integreo. (2019). <https://www.integreo.be/fr/soins-integres/contexte>

IWEPS, 2019 Retrieved from : <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/securite-routiere/>

Jessa Ziekenhuis – campus St. Ursula, (2014), week-werk.

Kaech Moll, VM., Escorpizo, R., Portmann Bergamaschi, R., Finger ME. (2016). Validation of the Comprehensive ICF Core Set for Vocational Rehabilitation From the Perspective of Physical Therapists: International Delphi Survey. *Physical therapy*, 96(8):1262-75.

Kerätär, R., Taanila, A., Jokelainen, J., Soukainen, J. et Ala-Mursula, L. (2016) Work disabilities and unmet needs for health care and rehabilitation among jobseekers: a community-level investigation using multidimensional work ability assessments, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34:4, 343-351, DOI: 10.1080/02813432.2016.1248632

Kiekens, C., Van Rie, K., Leys. M., Cleemput, I., Smet, M., Kesteloot, K., et al. (2007). Organisation et financement de la réadaptation locomotrice et neurologique en Belgique. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE reports 57B (D2007/10. 273/19)

Liukko, J. et Kuuva, N. (2016): Cooperation of return-to-work professionals: the challenges of multi-actor work disability management, *Disability and Rehabilitation*, doi: 10.1080/09638288.2016.1198428

Mani, K., Cater, B., Hudlikar, A. Cognition and return to work after mild/moderate traumatic brain injury: A systematic review. *Work*. 2017 Sep 14;58(1):51-62. doi: 10.3233/WOR-172597. PMID: 28922176.

Mazina, D., Hercot, D., Englert, M., Verduyckt, P., Deguerry, M. (2016). Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise - Invalidité. Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale. Commission communautaire commune. Bruxelles

Mazina, D., Missinne, S., Verduyckt, P., Deguerry, M. (2017) Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise - Accidents. observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.

Medina-Mirapeix, F., Oliveira-Sousa, SL., Escolar-Reina, P., Sobral-Ferreira, M., Lillo-Navarro, MC., Collins, SM. (2017). Continuity of care in hospital rehabilitation services: a qualitative insight from inpatients' experience. Braz J Phys Ther ; 21(2):85-91. doi: 10.1016/j.bjpt.2017.03.002.

Mission handicap. (2017). Les différents types de handicaps. Fiche n°3.

Middleton, J. W. (2019). Implications of the package of rehabilitation interventions (PRI) for rehabilitation practice. In OMS (Ed.), Rehabilitation 2030 (pp. 1-10). St Leonard, Australie: ISCOS, Parallel session.

Moniteur belge. (14 juillet 1994). Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, Art 100 §2

Moniteur belge. (8 juillet 1996). Arrêté royal relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'ergothérapeute et portant fixation de la liste des prestations techniques.

Nations unis droits de l'homme. (2021)
<https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/conventionrightspersonswithdisabilities.aspx>

Nuyttens, N., Stipdonk, H. et van Schagen, I. (2018) Dossier thématique sécurité routière n° 15. Les blessés de la route et leurs lésions. Bruxelles, Belgique : Vias institute – Centre de Connaissance Sécurité routière

OECD, 2019 Retrieved from : <https://data.oecd.org/fr/transport/accidents-de-la-route.htm>

Ordre canadien des ergothérapeutes. (2016). Évaluation du fonctionnement au travail des personnes ayant une déficience physique. Montréal.

Organisation Mondiale de la Santé (2001), Classification internationale de la santé.

Organisation Mondiale de la Santé. (2014). Lésions de la moelle épinière - Perspectives internationales. Malte: Organisation mondiale de la Santé. Consulté sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>

Organisation Mondiale de la Santé. (2011). Rapport mondial sur le handicap. Organisation mondiale de la Santé. Consulté sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70671>

Organisations des Nations Unies. (2020). Convention relative aux droits des personnes handicapées. Article 26 sur l'adaptation et la réadaptation et 27 sur le travail et l'emploi.

Ozelie, R., Sipple, C., Foy, T., Cantoni, K., Kellogg, K., Lookingbill, J. Backus, D.; Gassaway, J. (2009). SCIREhab Project Series: The Occupational Therapy Taxonomy. 32. *The journal of spinal cord medicine*, 32(3), pp. 283-297.

Prevent, 2019, Retrieved from : https://prevent.be/fr/banque_de_connaissance/statistiques-d'accidents-du-travail-survenus-en-2018

Reneman, MF. (2015). State of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation in Chronic Musculoskeletal Pain Conditions. In Escorpizo R, Brage S, Homa D, Stucki G (Eds.) Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation. Handbooks in Health, Work, and Disability. Cham: Springer. p.187-98.

Roels, E., Reneman, M., News, P., Kiekens, C., Van Roey, L. Townson, A., Scivoletto, G., Smith, E., Eriks-Hoogland, I., Staubli, S., W.M, M. (2020). International Comparison of Vocational Rehabilitation for Persons With Spinal Cord Injury: Systems, Practices, and Barriers. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*, 26(1), pp. 21–35. Doi: 10.1310/sci2601-21

Russell, S. et Kosny, A. (2018). Communication and collaboration among return-to-work stakeholders. *Disability and Rehabilitation*. Doi : 10.1080/09638288.2018.1472815

SCI progress. (2019, 06 15). Occupational Therapy Following a Spinal Cord Injury. Retrieved from 2021 : <https://sciprogress.com/occupational-therapy-spinal-cord-injury/>

Slootmans Freya, Rapport Statistique 2020 – Accidents de la route 2019, Bruxelles, Belgique : Vias institute – Centre Connaissance de Sécurité Routière

SPF Sécurité sociale (2019). Pauvreté et Handicap en Belgique. Bruxelles p.27.

Sproule, S. (2017). *Understanding Rehabilitation*. Retrieved from : <https://scireproject.com/community/topic/rehab/>

Statbel, 2020, Retrieved from : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/mobilite/circulation/accidents-de-la-circulation>

Stucki, G., Brage, S., Homa, D., Escorpizo, R. (2015). Conceptual Framework: Disability Evaluation and Vocational Rehabilitation. In Escorpizo R, Brage S, Homa D, Stucki G (Eds.) Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation. Handbooks in Health, Work, and Disability. Cham: Springer. p. 3-10.

Tétreault, S. et Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation* (1^{ère} éd.). Louvain-la-Neuve : De Boeck Solal.

Thievenaz, J., Tourette-Turgis, C. Khaldi, C. (2013). Analyser le « travail » du malade Nouveaux enjeux pour la formation et la recherche en éducation thérapeutique. 195/2.

UNIA, Centre interfédéral pour l'égalité des chances. (2017). Au travail avec un handicap, les aménagements raisonnables dans l'emploi. Bruxelles

Union Professionnelle des Ergothérapeutes. (2019). Profil professionnel ergothérapie. pp.1-2.

Union Professionnelle des Ergothérapeutes. (s.d.). Groupe réintégration professionnelle. Retrieved from : <https://www.ergo-upe.be/?q=node/1118>

Waddell, G., Burton, K., Kendall, N. (2008). Vocational Rehabilitation What works, for whom, and when ?, TSO UK

World Federation of Occupational Therapists, traduit par Monney, L.. (2012). Déclaration de position – activités de la vie quotidienne.

World Federation of Occupational Therapists, traduit par Anne Ledoux. (2012) déclaration de position – la réadaptation professionnelle.

World Federation of Occupational Therapists traduit par Godinho Da Costa, S. et Prost, L. (2019) déclaration de position – Ergothérapie et droits de l’homme.

Winance, M. (2008). La notion de handicap et ses transformations à travers les classifications internationales du handicap de l’OMS, 1980 et 2001 *Dynamis* [0211-9536] 2008; 28: 377-406

Wong, A., Heinemann, A., Wilson, C., Neumaan, H., Fann, J., Tate, D., Forchheimer, M., Richards, J., Bombardier, C. (2014). Predictors of Participation Enfranchisement After Spinal Cord Injury: The Mediating Role of Depression and Moderating Role of Demographic and Injury Characteristics. *Physical Medicine and Rehabilitation*. 95, pp.1106-1113. Doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2014.01.027>

Yelnik, A. (2011). Réadaptation ou réhabilitation : il faut choisir ? *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, Volume 54-1

Marcelle, H. (2016). Les services de répit pour personnes handicapées en situation de grande dépendance. Observatoire de l’accueil et de l’accompagnement de la personne handicapée, Service PHARE

Annexes

1. Annexe 1 : le guide d'entretien

Introduction :

Bonjour, je m'appelle Caroline Sencie et je suis étudiante en dernière année de Master en Sciences de la Santé publique. Je suis avec vous aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire, dont le sujet porte sur la réadaptation professionnelle des patients présentant un handicap physique acquis dans un contexte traumatique. Je réalise des entretiens avec des ergothérapeutes travaillant auprès de cette population. Je vous remercie d'avance de prendre de votre temps pour répondre à mes questions.

Si vous êtes d'accord, notre entretien sera enregistré et retranscrit par la suite. Je peux arrêter l'enregistrement à tout moment si vous le souhaitez. Cet entretien restera anonyme et confidentiel et sera utilisé uniquement pour la réalisation de ce mémoire. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions que je vais vous poser, sentez-vous à l'aise d'y répondre librement.

Vous pouvez également me demander un retour sur le travail réalisé, je vous en ferai part avec plaisir. Je vous redonne mes coordonnées :

- carolinesencie@gmail.com
- 0492/70.22.32

Si vous êtes toujours d'accord de participer à l'entretien, je vous demanderai de lire et de signer ces deux formulaires d'information et de consentement. Il y en a un pour vous et un pour moi. À priori notre entretien durera environ 40 minutes, si vous souhaitez faire une pause n'hésitez pas à me le signaler.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Si vous êtes d'accord, j'active l'enregistrement et nous pouvons commencer.

Guide d'entretien :

<i>Thèmes + Objectifs</i>	<i>Questions générales</i>	<i>Questions de relance</i>
Introduction : Caractéristiques de l'enquête (expérience, connaissance,...)	<ul style="list-style-type: none">- Pourquoi avez-vous accepté de participer à cet entretien ?- Quelle est votre expérience dans le domaine de la réadaptation professionnelle ?	<ul style="list-style-type: none">- Combien de temps avez-vous exercé en tant qu'ergothérapeute dans cette institution ?- Comment vous êtes-vous formé ?- Comment la différenciez-vous de la réinsertion professionnelle ?

	- Comment définiriez-vous la réadaptation professionnelle ?	
<p>Situation actuelle dans l'institution</p> <p>Mieux connaître le contexte de pratique</p> <p>Place donnée à la réadaptation dans institution</p> <p>Freins</p> <p>Forces</p>	<p>- Pouvez-vous me donner un exemple d'une situation où la question du travail a été abordé avec un patient et où cela s'est bien passé ?</p> <p>- Pouvez-vous me donner un exemple d'une situation où la question du travail a été abordé avec un patient et où cela ne s'est pas bien passé ?</p>	<p>- Qu'est-ce que vous mettez en place pour accompagner les patients dans leur réadaptation professionnelle ?</p> <p>- Quels sont les professionnels impliqués ?</p> <p>- Est-elle abordée avec tous les patients ?</p> <p>- Si vous deviez être à nouveau dans cette situation quels sont les éléments que vous retiendrez/changerai pour une prise en charge future ? Comment feriez-vous autrement ?</p>
Rôle de l'ergo	- Quelle est, selon vous, la différence entre votre rôle d'ergothérapeute dans votre contexte de pratique actuelle et un ergothérapeute exerçant en première ligne ?	<p>- Quelles sont selon vous les compétences à mobiliser en tant qu'ergothérapeute pour accompagner le patient dans sa réadaptation professionnelle ?</p> <p>- Comment percevez-vous votre rôle ?</p> <p>- Avez-vous des exemples ?</p> <p><small>NB : Conseiller, accompagner, soigner, coacher, communiquer, diagnostiquer, innover, manager, chercher, œuvrer à la qualité</small></p>
<p>Ressenti</p> <p>Expérience vécue</p>	- Comment vous sentez-vous avec le fait d'accompagner le patient en réadaptation professionnelle dans votre cadre de pratique actuelle ?	- Avez-vous des exemples ?
Clôture de l'entretien : mettre en évidence élément important	- Souhaitez-vous rajouter quelque chose ou insister sur un élément que vous avez abordé ?	

2. Annexe 2 : formulaire de consentement

Formulaire d'information et de consentement

Université catholique de Louvain – Master en Sciences de la Santé Publique

Projet de mémoire : la réadaptation professionnelle des patients présentant un handicap physique sans troubles cognitifs acquis dans un contexte traumatique

Étudiant : Caroline Sencie

Promoteurs : Marie Dauvrin et Julie Servais

Modalités de participation : Votre participation est volontaire et gratuite. Elle consiste à réaliser un entretien d'environ 1h autour du sujet de l'étude.

Cet entretien sera enregistré et retranscrit sous votre autorisation. L'enregistrement peut être arrêté à tout moment si vous en exprimez le souhait. L'entretien demeurera anonyme et sera utilisé uniquement dans le cadre de cette recherche. Vous restez toutefois libre de ne pas répondre à l'intégralité des questions posées et de mettre fin à votre participation quand vous le souhaitez.

Un résumé des résultats de la recherche peut vous être transmis si vous le souhaitez.

Votre collaboration est importante à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier !

Signatures

Le participant au projet :

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que l'étudiant a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans justification à donner, il me suffit d'en informer l'étudiant.

Fait à :

Nom, prénom :

Le :

Signature :

L'étudiant :

Fait à :

Nom, prénom :

Le :

Signature :

Coordonnées :

Caroline Sencie

0492/70.22.32

carolinesencie@gmail.com

