

2011

L'évaluation des capacités reliées au travail pour une clientèle présentant une déficience physique : guide de pratique à l'intention des ergothérapeutes

Sophie Roy

Marie-José Durand

Hélène Corriveau

Suivez ce contenu et d'autres travaux à l'adresse suivante: <https://pharesst.irsst.qc.ca/guides>

Citation recommandée

Roy, S., Durand, M. J. et Corriveau, H. (2011). *L'évaluation des capacités reliées au travail pour une clientèle présentant une déficience physique : guide pratique à l'intention des ergothérapeutes* (Guide n° RG-703). IRSST; REPAR-FRSQ.

Ce document vous est proposé en libre accès et gratuitement par PhareSST. Il a été accepté pour inclusion dans Guides par un administrateur autorisé de PhareSST. Pour plus d'informations, veuillez contacter pharesst@irsst.qc.ca.

É

Réadaptation au travail

Études et recherches

GUIDE TECHNIQUE RG-703



**L'évaluation des capacités liées au travail
pour une clientèle présentant une déficience physique**
Guide de pratique à l'intention des ergothérapeutes

*Sophie Roy
Marie-José Durand
Hélène Corriveau*





Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

NOS RECHERCHES

travaillent pour vous !

Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes.

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

Assurer la diffusion des connaissances, jouer un rôle de référence scientifique et d'expert.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Pour en savoir plus

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour. De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement. www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine Prévention au travail, publié conjointement par l'Institut et la CSST. Abonnement : 1-877-221-7046

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales
2011
ISBN : 978-2-89631-564-2 (PDF)
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
Télécopieur : 514 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
août 2011

Réadaptation au travail

Études et recherches

GUIDE TECHNIQUE RG-703

L'évaluation des capacités liées au travail pour une clientèle présentant une déficience physique Guide de pratique à l'intention des ergothérapeutes

Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

Sophie Roy¹, Marie-José Durand²⁻³, Hélène Corriveau²

¹Centre de réadaptation Estrie

²Université de Sherbrooke

³CAPRIT, Université de Sherbrooke



Cette publication est disponible
en version PDF
sur le site Web de l'IRSST.

Cette étude a été financée dans le cadre d'une entente de partenariat entre l'IRSST et le REPAR, un réseau du FRSQ.
Les conclusions et recommandations sont celles des auteures.

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSST

Les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document
ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les organismes suivants pour leur support matériel et financier à l'élaboration du présent document.



Table des matières

Introduction.....	1
Section 1	
Généralités	5
Le travail	5
Définition de l'ÉCT	5
Modèle du fonctionnement au travail	6
Processus de réadaptation au travail	9
Objectifs des ÉCT	12
Catégories d'ÉCT.....	12
Les évaluations des capacités fonctionnelles.....	12
Les évaluations en milieu de travail	14
Section 2	
Recommandations pour la pratique clinique	19
L'ÉCT doit être sécuritaire	19
L'ÉCT doit être complète	20
L'ÉCT doit être précoce.....	24
L'ÉCT doit être continue	24
L'ÉCT doit être utile	25
L'ÉCT doit être flexible.....	30
L'ÉCT doit être pratique.....	31
L'ÉCT doit être exacte et crédible.....	31
Section 3	
Vignette clinique.....	41
Section 4	
Élaboration du GP.....	47

Sommaire des recommandations	49
Glossaire	55
Références	59
Annexe - Classement des références retenues par niveaux de preuve scientifique	65

Liste des figures

Figure 1 - Le fonctionnement au travail, traduit de Sandqvist et Henricksson (32).....	8
Figure 2 – Processus de réadaptation au travail (1; 29).....	11
Figure 3 - Continuum situant les ÉCT selon la spécificité des résultats.....	15
Figure 4 - Arbre décisionnel pour le choix du type d'ÉCT à utiliser.....	29

Liste des tableaux

Tableau 1 - Objectifs des ÉCT	13
Tableau 2 – Dimensions du fonctionnement au travail et ÉCT recommandées	26
Tableau 3 – Sources de données	32
Tableau 4 – Méthodes de collecte de données.....	33
Tableau 5 – Stratégies visant la rigueur de l'ÉCT.....	37
Tableau 6 – Niveaux de preuve des données probantes (58)	47
Tableau 7 - Description des documents retenus pour la rédaction du GP en fonction des niveaux de preuve.....	65

Introduction

Au Québec, les ergothérapeutes sont fréquemment impliqués dans la réalisation des évaluations des capacités reliées au travail (ÉCT) des personnes présentant une déficience physique, que ce soit seul, ou en collaboration avec une équipe multidisciplinaire. Or, il est reconnu dans ce domaine que la pratique professionnelle est très variable (1; 2; 3). Plusieurs facteurs expliquent cette variabilité comme le peu de formations disponibles, l'étendue de l'expérience des cliniciens (1; 4; 5; 6; 7), l'insuffisance de modèles conceptuels (8; 9), le manque de disponibilité et d'accessibilité des outils d'évaluation pour les cliniciens (10; 7), les pauvres qualités métrologiques des outils ou le manque d'étude de celles-ci (11; 12; 13; 3; 14; 15; 16) ainsi que le manque de standards de pratique (17; 18; 3; 19). Par conséquent, cette grande variabilité des pratiques évaluatives par les cliniciens amène un questionnement sur la qualité des services que reçoivent les personnes évaluées (19). En effet, si les conclusions de l'évaluation d'une même personne peuvent varier en raison de pratiques évaluatives différentes, des risques de préjudices sont présents. Actuellement une des solutions proposées pour réduire la variabilité de la pratique clinique et d'en rehausser la qualité est l'utilisation de guides de pratique (GP) (20; 21; 22). Un GP est un outil mis à la disposition des cliniciens afin de leur fournir une source d'information sur les données probantes actuelles et ainsi éclairer leur décision clinique (20). Le présent GP consiste en des recommandations développées de manière systématique pour aider l'ergothérapeute et le client à choisir les stratégies d'évaluation les plus appropriées pour procéder à l'ÉCT.

Ce GP comporte plusieurs sections. La première section présente les concepts liés au fonctionnement au travail et à l'ÉCT, puis il situe l'ÉCT dans le processus de réadaptation. Il est recommandé de lire d'abord cette section afin de bien comprendre la terminologie et les concepts utilisés dans le libellé des recommandations. À la seconde section du document, les recommandations pour la pratique clinique sont présentées. Par la suite à la section 3, une vignette clinique est utilisée pour illustrer l'actualisation des recommandations dans la pratique. La section 4 présente un sommaire des recommandations de même qu'un résumé du processus de développement du présent GP et la signification des niveaux de preuve scientifique.

Section 1

Généralités

Généralités

Avant d'aborder en détail les recommandations pour la pratique clinique il est nécessaire de : 1) définir certains concepts, à savoir : le travail et l'évaluation des capacités reliées au travail (ÉCT); 2) présenter le modèle conceptuel du fonctionnement au travail utilisé dans le présent GP; 3) situer l'utilisation de l'ÉCT dans le processus de réadaptation au travail et 4) définir les objectifs des ÉCT et décrire les différents types d'ÉCT.

Le travail

Le mot travail a plusieurs significations : « *activité de l'homme appliquée à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose; activité de transformation de la nature, propre aux hommes, qui les met en relation et qui est productrice de valeur; effort que l'on doit soutenir pour faire quelque chose; activité déployée pour accomplir une tâche, parvenir à un résultat...* » (23).

Le terme travail désigne soit le résultat d'une activité de travail, soit l'effort fourni pour arriver à ce résultat, soit l'ensemble des activités de travail (24). La multiplicité de ces définitions est probablement due au fait que le travail est une activité humaine qui est multidimensionnelle et qui peut prendre un sens différent selon les personnes et les contextes.

Cependant une chose est certaine, le travail occupe une très grande place dans la vie active de l'adulte (25; 26). Par sa nature, il contribue à différentes fonctions : source de revenus, statut social, réalisation de soi, etc. En somme, le travail occupe un rôle clé dans l'existence humaine (25; 26; 27; 28). Lorsque ce rôle est interrompu, c'est la vie entière de la personne qui est chamboulée. Conséquemment, dans le processus de réadaptation, la reprise d'un rôle de travailleur est l'un des objectifs importants. L'évaluation des capacités reliées au travail (ÉCT) des personnes souffrant d'une déficience physique est donc une pratique courante en réadaptation.

Définition de l'ÉCT

L'évaluation des capacités reliées au travail (ÉCT) est l'appréciation des capacités d'une personne à réaliser un travail. Cette évaluation se conduit fréquemment dans un contexte de réadaptation au travail (29). L'ÉCT décrit et analyse les tâches et les exigences de l'emploi selon différentes stratégies et détermine comment le travailleur peut les rencontrer (14). Elle est différente de l'évaluation médicale qui pour sa part, détermine

Note :
En ergothérapie, le terme travail est associé aux activités productives qui incluent le bénévolat, les études, l'entretien domestique et certains loisirs (28; 25; 29). Bien que cette vision large des activités productives soit tout à fait justifiée en réadaptation, le présent guide se limitera au travail rémunéré.

si le travailleur est prêt à retourner au travail sur le plan de sa condition organique (30). L'ÉCT peut être faite en parallèle avec l'évaluation médicale et lui être complémentaire (31).

Globalement l'ÉCT permet de déterminer le pronostic de retour au travail, les traitements de réadaptation à offrir, le moment propice pour le retour sécuritaire et durable à un emploi ou encore, d'appuyer la réorientation professionnelle des personnes (1; 29).

Modèle du fonctionnement au travail

Quelques modèles existent quant à la représentation du fonctionnement d'une personne. Celui de Sandqvist et Henricksson (32) est particulièrement d'intérêt car il explicite et schématise les différentes dimensions et concepts du fonctionnement au travail. Ce faisant, il permet à l'ergothérapeute de cibler les aspects majeurs dont il faut tenir compte lors d'une ÉCT. Il permet aussi de guider le choix de stratégies ou d'instruments d'évaluation selon la dimension du fonctionnement ciblée pendant l'évaluation.

S'inspirant de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (33), ce modèle tient compte à la fois du fonctionnement de l'individu spécifiquement au travail et également des facteurs personnels et environnementaux pouvant l'influencer. La figure 1 (en page 8) illustre les composantes du modèle. Trois dimensions au fonctionnement au travail sont identifiées : la participation au travail, la performance au travail et les capacités de la personne.

La **participation au travail** se définit comme la capacité de la personne à acquérir et maintenir un emploi et ainsi occuper un rôle de travailleur. Elle désigne l'implication ou l'intégration de la personne dans le marché du travail. Selon la CIF (33), la participation au travail se manifeste ainsi :

- se préparer à un emploi (participer à une formation académique, être un stagiaire, etc.);
- chercher, trouver et obtenir un emploi, conserver son emploi, progresser dans un poste, un métier ou une profession, quitter un emploi de manière appropriée;
- s'investir dans tous les aspects d'un travail en exécutant les tâches et responsabilités qui en découlent.

Cette dimension dépend de la personne mais également de facteurs sociaux tels que le contexte économique, la disponibilité des emplois, les préjugés à l'égard d'une déficience, les programmes d'aide gouvernementaux, etc. La restriction de la participation au travail se détermine en comparant la participation de la personne à celle qui est attendue dans la société pour un individu qui n'a pas de problèmes liés à sa performance au travail.

La **performance au travail** correspond, quant à elle, à l'habileté de la personne à effectuer les tâches et responsabilités liées à son emploi de façon satisfaisante. Il s'agit ici de comportements observables lors de l'exécution d'une tâche de travail dans un contexte de productivité (quantité et qualité du travail). La performance au travail se manifeste ainsi :

- Démontrer des habiletés physiques suffisantes pour effectuer les tâches;
- Démontrer des habiletés d'organisation du temps, de planification des tâches, d'adaptation aux changements, de résolution de problème, etc., suffisantes pour effectuer les tâches;
- Démontrer des habiletés de communication et d'interactions sociales suffisantes pour effectuer les tâches;
- Etc.

La performance attendue est la norme en vigueur pour l'exécution des tâches par des travailleurs qui ne présentent pas de problème de santé. La limitation de la performance désigne les difficultés de la personne à réaliser ses tâches de travail selon les standards attendus dans son emploi en particulier. La performance au travail dépend des capacités de la personne, de comment elle les utilise, ainsi que la nature de la tâche et de l'environnement dans laquelle elle s'exécute.

Finalement, les **capacités de la personne** correspondent aux aptitudes de la personne qui permettent l'exécution d'un élément de la tâche de travail. Elles sous-tendent les habiletés. Les capacités sont mesurables par des tests. Plus précisément, il s'agit de la capacité maximale démontrée dans un environnement neutre par un instrument de mesure (ex. : force musculaire, discrimination tactile, attention divisée, audition, etc.) (33).

Ces trois dimensions du fonctionnement au travail (participation, performance et capacités) s'influencent mutuellement. Ainsi, bien que ces trois dimensions soient considérées simultanément dans le fonctionnement, elles doivent également être évaluées de façon indépendante afin de bien clarifier leur impact particulier sur le fonctionnement.

Les auteurs expliquent également que plusieurs facteurs personnels (ex. : âge, sexe, expériences) et environnementaux (ex. : aménagement du poste de travail) influencent, positivement ou négativement, le fonctionnement au travail. À la figure 1, ces facteurs sont représentés par deux cercles. Leur chevauchement représente l'interaction entre la personne et son environnement. Le fonctionnement au travail est issu de cette interaction. Par conséquent, un fonctionnement au travail diminué est le résultat d'un manque de concordance entre la personne et son travail. À l'opposé, une bonne concordance résulte en un fonctionnement harmonieux ou efficace. Des termes variés sont utilisés dans la littérature pour désigner cette interaction harmonieuse (1; 14; 25; 26; 34). Aucun d'entre eux n'a fait l'objet d'une définition claire. Le terme **compatibilité** est choisi dans ce document car il est déjà utilisé couramment dans les milieux cliniques pour signifier qu'il y a une bonne adaptation entre la personne et son travail.

Le fonctionnement d'un individu au travail est également influencé par le temps (32). En effet, au cours du temps, la personne change (vieillesse, fluctuation de l'état de santé, etc.) de même que les exigences de son travail (périodes d'achalandage, introduction de nouvelles technologies, restructuration de l'entreprise, etc.) Par conséquent, le résultat de l'ÉCT est

seulement une description temporaire du fonctionnement de l'individu. À la figure 1, la flèche représente l'influence de facteurs temporels sur l'ensemble des dimensions du fonctionnement et sur les facteurs personnels et environnementaux.

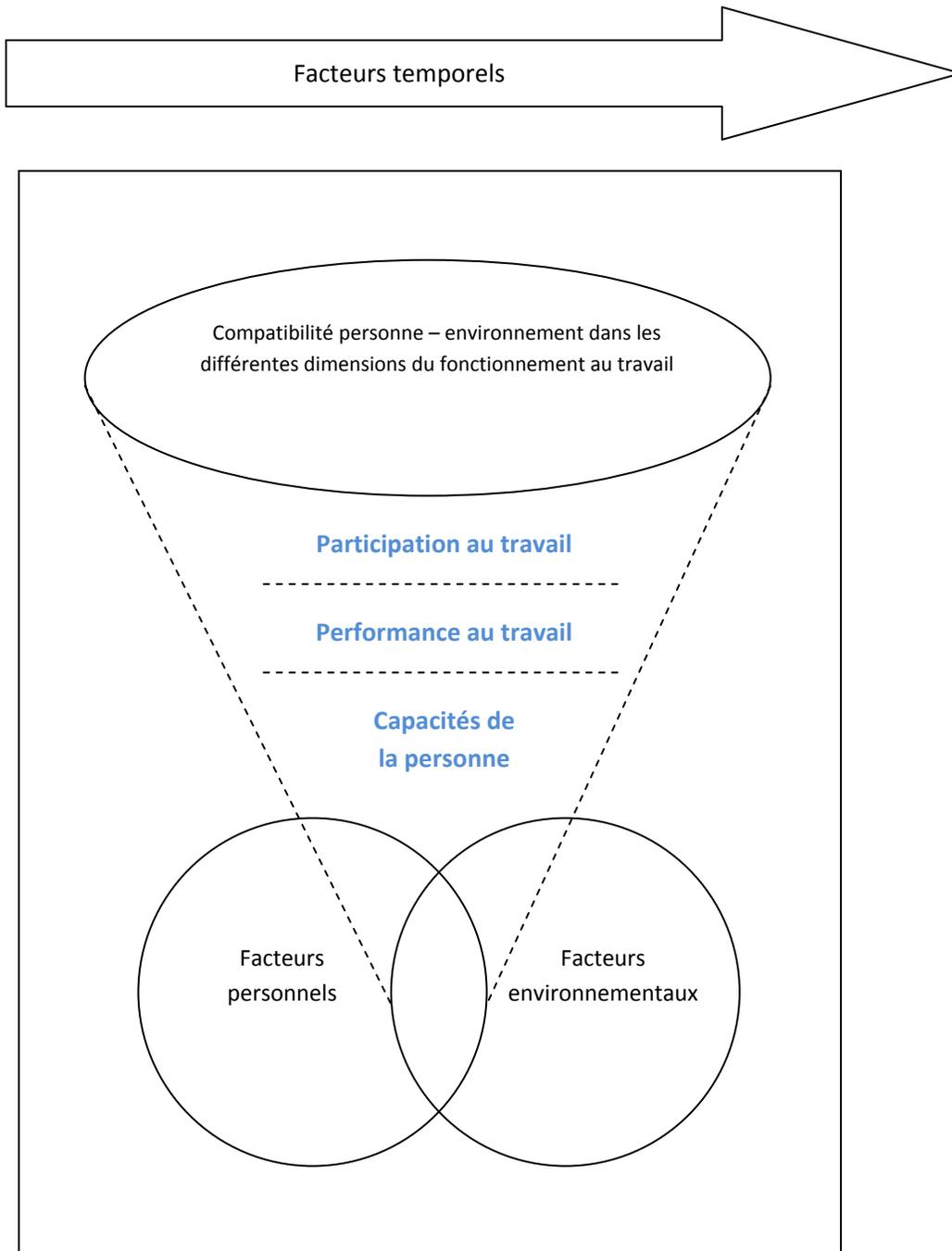


Figure 1 - Le fonctionnement au travail, traduit de Sandqvist et Henricksson (32)

Processus de réadaptation au travail

L'ÉCT est habituellement associée à un processus de réadaptation au travail. La figure 2 illustre le processus de réadaptation au travail (29; 1). Le processus est divisé en étapes pour des fins de clarté dans les explications. Il ne représente en aucun cas un processus séquentiel. En effet, selon les besoins d'une personne, certaines étapes peuvent être inversées, faites en simultanément et d'autres vont s'avérer inutiles. Bien souvent, le processus de réadaptation suivra un parcours itératif entre ces différentes étapes (1) tel qu'illustré à la figure 2, par la grande flèche verticale.

Généralement, le processus de réadaptation au travail commence lorsqu'il y a une absence du travail ou une difficulté à le maintenir, et ce, en lien avec une blessure ou une maladie. L'étape 1 détermine le résultat visé par la réadaptation, à savoir :

- a) la réintégration à l'emploi actuel ou occupé au moment de la blessure ou des difficultés de fonctionnement en lien avec la maladie ;
- b) l'intégration à un autre emploi chez le même employeur;
- c) l'intégration à un nouvel emploi chez un nouvel employeur;
- d) la documentation des capacités résiduelles.

Ce choix de cible est habituellement influencé par le pronostic médical mais également par le pronostic de participation sociale (35). Le pronostic de participation sociale est une prévision sur le degré probable de fonctionnement de la personne à la fin du processus de réadaptation. Ce pronostic est habituellement établi par consensus entre les cliniciens impliqués dans le dossier. Dans le cadre de ce guide de pratique, le terme pronostic de participation au travail sera utilisé. Le pronostic de participation au travail doit être révisé constamment pendant le processus de réadaptation au travail afin de le préciser et de le reconfirmer à la lumière des données émergentes (35; 36). Conséquemment, ceci implique que les objectifs visés pendant le processus de réadaptation au travail peuvent changer advenant l'apparition d'évènements significatifs. À la figure 2, les flèches horizontales bleues indiquent que le pronostic de participation au travail peut changer en cours de route et ainsi changer la cible de la réadaptation au travail.

Suite à l'étape 1, différentes interventions seront donc menées en fonction des besoins particuliers de la personne et du pronostic telles que le développement des capacités reliées au travail (étape 2), une orientation professionnelle (étape 3), de l'entraînement spécifique à un nouvel emploi ou une adaptation de l'emploi (poste de travail, tâches, horaire, etc.), lors d'une intégration en emploi (étape 4). Au moment de la conclusion du processus de réadaptation au travail, une compatibilité devrait être atteinte entre les capacités de la personne et les exigences de l'emploi qui a été ciblé (celui occupé au moment de la blessure ou le nouvel emploi). Si cela s'avère nécessaire à la compatibilité, il y a maintien de mesures de support ou d'un suivi à long terme (étape 5). Dans certains cas, l'ensemble du processus se clôt avec l'obtention d'une compensation ou d'une rente d'invalidité (étape 6).

Bien entendu, la fin du processus de réadaptation au travail ne se limite pas à deux options, soit une aptitude totale à l'emploi ciblé ou soit une inaptitude à tout emploi. Plusieurs possibilités sont présentes telles que l'aptitude à un emploi à temps partiel avec une indemnité de remplacement de revenu, l'aptitude à un emploi avec compensation financière à l'employeur pour une productivité réduite, etc. Diverses possibilités sont présentes selon les mesures de support disponibles (gouvernements, compagnies d'assurance) et selon la flexibilité de l'employeur et du marché du travail.

Il faut également préciser que le moment de la réadaptation où la personne réintègre partiellement ou complètement le milieu de travail n'est pas indiqué à la figure 2. En effet, ceci peut se produire à n'importe quel moment du processus. D'ailleurs, certaines personnes ne seront jamais en arrêt de travail pendant le processus, celui-ci visant à solutionner les difficultés au maintien à l'emploi.

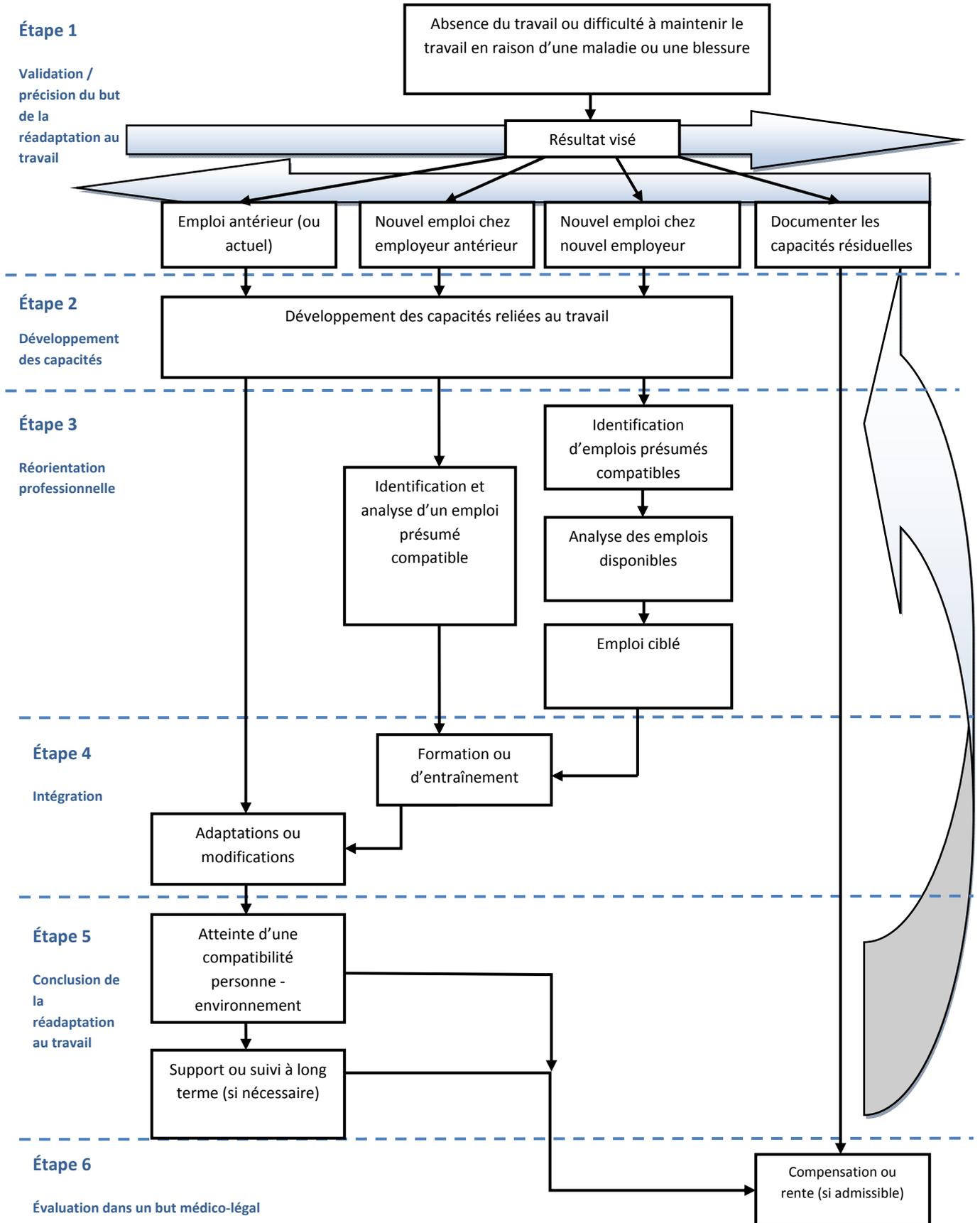


Figure 2 – Processus de réadaptation au travail (1; 29)

Objectifs des ÉCT

L'ÉCT est utilisée à diverses fins. L'ÉCT est un outil essentiel à la planification des interventions de réadaptation visant le retour au travail ou encore à l'adaptation du poste de travail. Les résultats de l'ÉCT peuvent aussi servir à déterminer l'admissibilité à des indemnités de remplacement de revenus. Le tableau 1 à la page suivante présente les différents objectifs de l'ÉCT selon les parcours dans le processus de réadaptation au travail (1; 29; 14; 17; 37; 38; 39; 11; 31; 3).

Catégories d'ÉCT

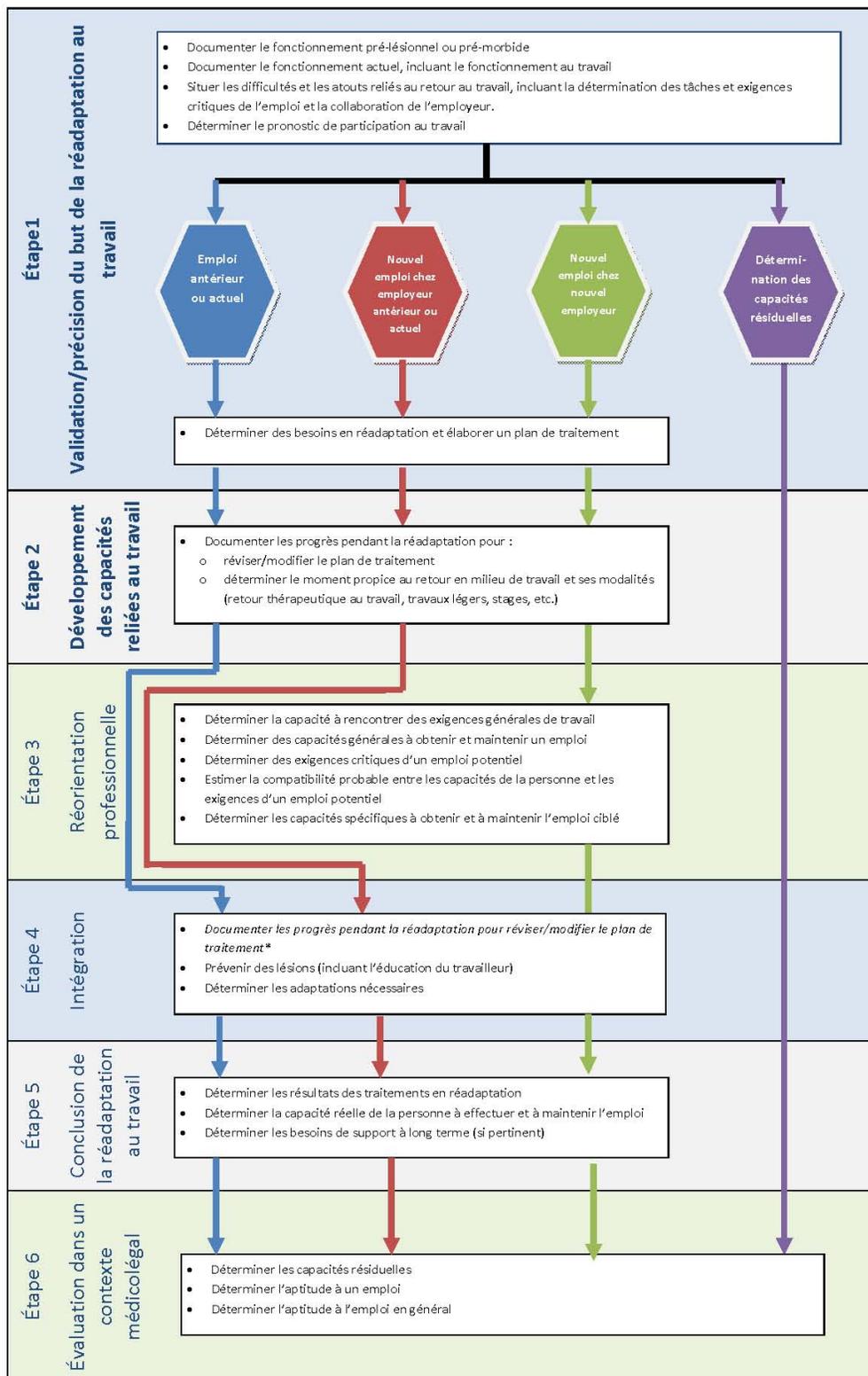
Innes et Straker (40) proposent de classer les ÉCT en deux grandes catégories : les évaluations des capacités fonctionnelles et les évaluations en milieu de travail.

Les évaluations des capacités fonctionnelles

Les évaluations des capacités fonctionnelles (ÉCF) consistent généralement en une batterie de tests qui mesure les capacités maximales du travailleur selon certaines exigences physiques de travail telles que la manutention de charges, la tolérance assise, debout et/ou à la marche, la dextérité manuelle, la capacité à maintenir des positions contraignantes (ex. : penché, accroupi), la capacité de grimper, de ramper, etc. (17; 9). Parfois des capacités cognitives sont également évaluées telles que la concentration, la capacité de s'organiser, la résolution de problème, etc. (41; 42). Ces évaluations se déroulent généralement dans un milieu clinique et peuvent durer quelques heures, quelques jours ou même quelques semaines (42; 40; 2; 17). Les ÉCF se composent de différentes méthodes de collecte de données comme par exemple des tests standardisés (ex : stations de travail VALPAR) et des mises en situation par simulation de tâches de travail. Il existe des ÉCF spécifiques à un emploi et des ÉCF générales (40). L'ÉCF spécifique à un emploi mesure les capacités de la personne en fonction des tâches et exigences particulières d'un emploi déterminé. Il en résulte une présomption sur la compatibilité entre les capacités de la personne et les exigences d'un emploi (1; 14; 36). Une ÉCF générale quant à elle, mesure les capacités de la personne selon des exigences générales de travail (40). La plupart du temps, il s'agit d'une batterie de tests se référant à la liste des exigences qui sont énumérées dans le *Dictionary of Occupational Titles* (43), la *Classification canadienne descriptive des professions* (44) ou de d'autres nomenclatures de même type (9). Les résultats de l'ÉCF générale sont donc en fonction de ces exigences générales comme par exemple : la personne peut maintenir la position debout et en marche, elle peut manutentionner des charges jusqu'à environ 20 livres de façon fréquente du sol jusqu'à la hauteur de la poitrine, elle peut effectuer des tâches simples qui sont répétitives ou qui demandent une résolution de problème simple et concrète. Cette pratique s'utilisera, par exemple, pour aiguiller un processus d'orientation professionnelle vers des emplois potentiellement compatibles.

Bien entendu, l'avis donné suite à une ÉCF est une **présomption** sur la compatibilité entre la personne et des tâches générales de travail. Un avis sur la compatibilité réelle ne peut être émis qu'à la suite d'une ÉCT en milieu de travail (1; 36).

Tableau 1 - Objectifs des ÉCT



* Cet objectif, présent lors du développement des capacités de travail, se poursuit lors de l'intégration en milieu de travail

Les évaluations en milieu de travail

Les évaluations en milieu de travail consistent en une mise en situation du travailleur dans ses tâches réelles dans son environnement de travail. Elles cherchent à documenter les interactions spécifiques entre un travailleur, son emploi et son environnement de travail (40). L'observation directe, les entrevues avec des personnes significatives (ex. : travailleur, employeur) et des questionnaires sont habituellement utilisés pour recueillir les données. Ces évaluations sont d'une durée variable selon les objectifs visés (1-2 heures à plusieurs semaines). À notre connaissance, il n'y a pas de méthode d'évaluation standardisée. Cependant, certaines grilles de contrôle listant les paramètres à documenter dans le milieu de travail peuvent être utilisées (41; 45). Également, certains cadres de référence ou modèles conceptuels peuvent guider l'ÉCT d'une clientèle bien spécifique tel que l'«*Approche idéale de l'évaluation en regard du travail*» pour les personnes ayant subi des blessures graves suite à un accident automobile (1) ou encore la «*Marge de manœuvre*» pour une clientèle qui souffrent de douleur persistante d'origine musculo-squelettique (36). Dans les évaluations en milieu de travail, le clinicien utilise habituellement de multiples sources et méthodes de collecte de données et fait une triangulation des informations afin d'obtenir une image juste de la compatibilité des capacités de la personne avec sa situation d'emploi (1; 41). Les paramètres évalués sont très variés et dépendent de la condition de la personne, de son type d'emploi et des objectifs de l'évaluation.

Innes et Straker (40) incluent l'analyse de l'emploi dans la catégorie évaluation en milieu de travail. L'analyse de l'emploi est partie prenante de l'ÉCT en milieu de travail mais elle peut aussi être une évaluation en soi. En effet, à certains moments il est possible qu'on ait besoin de documenter les tâches et les exigences d'un emploi, comme par exemple, lorsqu'on examine un emploi potentiel lors du processus de réorientation professionnelle (1). L'analyse de l'emploi consiste en une identification et une description des exigences de l'emploi d'un travailleur. Elle permet de vérifier les informations obtenues par le client lors de l'entrevue et par la description de tâche. Elle permet aussi de cibler les dimensions/exigences problématiques pour le retour au travail. Une analyse de l'emploi aide le clinicien à établir le pronostic de participation au travail et à planifier les interventions nécessaires. Il s'agit d'une étape essentielle du processus de réadaptation au travail (46; 47).

Note :

Dans le présent document, lorsque l'expression «ÉCT en milieu de travail» sera utilisée, elle inclura une analyse de l'emploi.

Cependant, si l'expression «analyse de l'emploi» est utilisée, elle désignera exclusivement celle-ci.

L'ÉCT en milieu de travail apporte des résultats très précis et spécifiques. Elle permet de répondre à des questions qui sont également très précises (48), comme par exemple : Après combien de temps la cadence de travail diminue significativement en raison de la fatigue? La rotation des tâches doit se faire à quelle fréquence? La hauteur du plan de travail doit être augmentée de combien de centimètres? Comment la personne gère-t-elle le stress lors de l'augmentation de l'achalandage? Quelles tâches peut-elle déléguer? Quelles sont les conditions

nécessaires au maintien à long terme de cet emploi? Dispose-t-elle d'une marge de manœuvre suffisante pour maintenir une productivité acceptable et préserver sa santé et sa qualité de vie? Si non, quels aménagements sont nécessaires? Évidemment, les résultats et les recommandations qui s'en suivent seront peu généralisables. Parce que les résultats sont intimement liés à une situation précise de travail, il sera difficile de conclure sur le fonctionnement au travail de la personne ou de l'applicabilité des recommandations dans des tâches ou un environnement différent. Ce constat implique également que lors de changements dans un emploi, les résultats de l'ÉCT doivent être à nouveau validés.

Innes et Straker (48) ont situé les types d'ÉCT sur un continuum qui s'étend du caractère général des résultats (capacités générales de la personne) au caractère spécifique des résultats (en lien avec une situation de travail précise). De façon générale, l'ÉCF générale se situe vers «résultats généraux» et l'ÉCT en milieu de travail vers «résultats spécifiques». L'ÉCF spécifique à un emploi se situe quelque part entre les deux.



Figure 3 - Continuum situant les ÉCT selon la spécificité des résultats

La prochaine section comprend les textes explicatifs provenant de la littérature scientifique et, issues de celle-ci, les recommandations pour la pratique clinique.

Section 2

***Recommandations
pour la pratique
clinique***

Recommandations pour la pratique clinique

Innes et Straker (48) ont identifié, à partir d'une démarche systématique et rigoureuse, une série de caractéristiques qui sont associées à l'excellence d'une ÉCT et donc à la qualité des résultats. Ils ont cerné un ensemble de caractéristiques qui sont communes à tous les types d'ÉCT. Une ÉCT de qualité est **sécuritaire, exacte, complète, crédible, flexible, pratique** et **utile**. Dutil et Vanier (1), ajoutent qu'elle doit également être faite de façon **précoce** et **continue** dans le processus de réadaptation. Dans cette section, les recommandations sont regroupées selon ces caractéristiques. De plus, chacune des 17 recommandations est précédée d'un résumé des données probantes sur lesquelles elle est appuyée, ainsi que la force de celles-ci.

L'ÉCT doit être sécuritaire

La sécurité est une condition sine qua non à l'ÉCT. Les procédures d'évaluation ne devraient pas entraîner des blessures, ni aggravation de la condition de la personne (17). Pour ce faire, une évaluation physique ou médicale doit être considérée avant de procéder. Des précautions particulières doivent être prises pendant l'ÉCT pour éviter d'aggraver une condition organique (17; 1; 49), telle qu'une tendinite de la coiffe des rotateurs ou encore une hernie discale.

Conséquemment, dans le cas où il est demandé à ce que l'évaluation dépasse les limitations fonctionnelles, que ce soit par la personne, son employeur ou par les assureurs, l'ergothérapeute doit s'assurer d'obtenir l'autorisation médicale avant de procéder. En effet, l'ergothérapeute n'a pas la compétence requise pour invalider une limitation fonctionnelle émise par un médecin.

Force des données probantes : XI et VII

- 1. L'ergothérapeute doit s'assurer de connaître les limitations fonctionnelles émises et modifier ou éliminer les tests qui ne les respectent pas ou, au besoin, remettre l'ÉCT à plus tard si la condition de la personne ne s'y prête pas.***

Il doit également être vigilant en ce qui a trait à la sécurité de la personne tout au long de l'ÉCT et être prêt à modifier ou cesser les procédures au besoin.

L'ÉCT doit être complète

Une ÉCT de qualité doit être complète (48). Elle doit contenir toutes les informations requises pour que le processus décisionnel soit efficace et judicieux. Ainsi, sept recommandations se regroupent sous cette caractéristique.

Que l'ÉCT soit faite dans un contexte de réadaptation ou un contexte médico-légal, elle doit évaluer les dimensions du fonctionnement et les facteurs pertinents pour documenter un portrait clair et juste du fonctionnement au travail de la personne. Les dimensions du fonctionnement et les facteurs l'influençant sont décrits à la section «Modèle du fonctionnement au travail» (p. 6).

Selon Sandqvist et Henricksson (32), la participation au travail est le but visé par la réadaptation au travail et l'ÉCT devrait par conséquent être centrée sur cette dimension du fonctionnement au travail. Cependant, selon Gibson et Strong (49) la performance au travail est visée également et ce, au même titre que la participation au travail. La dimension «capacités de la personne», quant à elle, est utile pour identifier les éléments qui affectent les deux autres dimensions du fonctionnement. Elle a pour but d'identifier des pistes de solution. L'identification des éléments problématiques au retour au travail doit donc être appuyée sur les données provenant des trois dimensions du fonctionnement et de leurs interactions (32; 49).

Force des données probantes : X et VII

2. L'ÉCT doit porter sur les différentes dimensions du fonctionnement au travail, à savoir :

- ***La participation au travail;***
- ***La performance au travail;***
- ***Les capacités de la personne.***

Rappel :

Les concepts du modèle du fonctionnement au travail sont expliqués aux pages 6, 7 et 8.

Aussi un glossaire est présenté à la page 55.

Les facteurs personnels, environnementaux et temporels peuvent être des obstacles ou des atouts au retour au travail (32). Aussi, un même facteur peut être un atout dans un contexte et être un obstacle dans un autre. Les facteurs doivent donc être évalués selon les contextes.

Exemple : *une jeune femme d'origine africaine souffrant d'une hémiparésie a vécu plusieurs échecs d'intégration en emploi en raison, entre autres, de préjugés en lien avec son origine et d'une maîtrise passable du français. Une intégration en emploi a été finalement réussie dans une garderie multiculturelle où son origine et sa connaissance de langues et de cultures africaines étaient des atouts pour satisfaire les exigences de l'emploi.*

Force des données probantes : VII

3. L'ÉCT doit porter sur les facteurs d'ordre personnels, environnementaux et temporels qui influencent le fonctionnement au travail de la personne.

Il est parfois difficile de déterminer avec assurance l'aptitude ou l'inaptitude au travail. Sandqvist et Henricksson (32) conceptualisent que le fonctionnement au travail est fluctuant et qu'il peut être mis sur un continuum entre la participation sociale et la situation d'handicap. En effet, la compatibilité entre la personne et son travail peut varier au cours du temps et selon les circonstances (32; 14; 36). Cette perspective implique que l'ergothérapeute doit préciser cette nature fluctuante de la compatibilité personne – environnement dans l'analyse et les conclusions de l'ÉCT. Cette précision est d'autant plus importante que les résultats de l'ÉCT peuvent être utilisés par des personnes qui sont moins familières avec le fonctionnement au travail et son caractère évolutif (employeur, agent d'indemnisation, etc.). Ainsi, tous les utilisateurs des résultats d'une ÉCT doivent être prudents lorsqu'ils utilisent ses résultats à des moments ultérieurs à l'évaluation (3; 50).

Force des données probantes : X et VII

4. L'ÉCT doit tenir compte de la nature dynamique et changeante de l'interaction entre la personne et de son environnement. Le résultat de l'ÉCT est une description momentanée du fonctionnement au travail et doit être considéré comme tel.

Dans l'évaluation des différentes dimensions du fonctionnement au travail, une approche dite «top-down», c'est-à-dire du général au spécifique, est en mesure de saisir la complexité de l'interaction personne – environnement. Cette approche préconise que l'évaluation commence par établir avec la personne quels sont les rôles et activités qu'elle désire accomplir. Elle précise également le niveau de participation et de performance souhaité (exemple : travailler à temps plein avec une productivité comparable à celle d'avant). Par la suite, il y a observation directe de l'accomplissement des rôles ou activités par la personne, et ce, dans leur contexte

environnemental habituel. Cette entrevue et cette observation permettent d'appréhender directement la compatibilité personne – environnement et de cibler les facteurs qui ont un impact significatif sur le fonctionnement qu'ils soient personnels (incluant les capacités de la personne) ou environnementaux. Par la suite, les facteurs problématiques sont évalués isolément plus en détail. Une telle approche permet de bien comprendre le phénomène complexe qu'est le fonctionnement et de là, cibler les interventions qui permettront d'établir ou de rétablir une compatibilité entre la personne et l'environnement (51; 52; 32).

Force des données probantes : XI et VII

5. Lors d'une ÉCT, l'ergothérapeute devrait utiliser une approche d'évaluation allant du général au spécifique, c'est-à-dire évaluer en premier lieu la participation et la performance au travail et par la suite, évaluer plus en détail les capacités de la personne et les facteurs identifiés comme problématiques au fonctionnement.

Les responsabilités et les rôles hors travail ont souvent un impact sur le fonctionnement au travail de la personne (1; 32; 53; 36). En effet, ces divers rôles sont liés dans la vie d'une personne et s'influencent mutuellement (1). Des difficultés dans des rôles et responsabilités hors travail peuvent aller jusqu'à empêcher une intégration ou le maintien au travail (53). L'inverse est également vrai. Des difficultés de fonctionnement au travail peuvent avoir des retentissements sur les rôles hors travail (par exemple : la personne se désengage des activités familiales en raison d'une fatigue importante). Par conséquent lors de l'ÉCT, il est nécessaire de tenir compte du fonctionnement dans les rôles hors travail et de le documenter (1; 50; 36; 53).

Force des données probantes : X et VII

6. Lors de l'évaluation, l'ergothérapeute doit avoir une vision de l'occupation plus large que seulement le travail. Il doit tenir compte également des autres rôles de la personne.

La littérature rapporte que les clientèles qui présentent une atteinte grave font face à de multiples et complexes situations d'handicap et ont besoin d'une équipe de professionnels présentant des expertises variées issues de disciplines différentes (1; 54).

Toutefois selon des ergothérapeutes experts dans le domaine, un dossier à priori complexe, si on considère la gravité de la déficience, peut parfois présenter une situation d'handicap qui soit relativement simple. À ce moment, l'ÉCT peut être faite exclusivement par l'ergothérapeute. À l'opposé, un client présentant une déficience légère (ex. : cervicalgie) peut présenter des facteurs psychosociaux qui entravent sérieusement son évolution et son retour au travail. Dans ce cas, il est nécessaire que l'ÉCT et la réadaptation se fassent par une équipe interdisciplinaire.

Force des données probantes : VII et XI

7. Lorsque la personne présente une situation de handicap complexe, l'ÉCT doit se faire par une équipe composée de professionnels provenant de disciplines complémentaires.

Afin de permettre une efficacité et une bonne qualité de l'ÉCT et de ses résultats, le membre de l'équipe qui a fait l'entrevue initiale doit communiquer aux autres toutes informations pertinentes liées aux résultats, à des besoins identifiés, à des problèmes ou encore à des restrictions à respecter avant la poursuite de l'évaluation (39). Les membres d'une équipe qui procèdent ensemble à une ÉCT doivent également s'assurer qu'il y ait une logique et une cohérence dans l'évaluation des différentes dimensions reliées au travail (1; 54).

Selon des ergothérapeutes experts, la communication seule ne garantit pas la collaboration entre les membres de l'équipe, d'autres éléments sont nécessaires à savoir : l'établissement de règles de fonctionnement, l'adoption d'un cadre de référence commun et d'un but commun. La prise de conscience des relations d'interdépendance entre les professionnels est un facteur important à la réussite de leur collaboration.

Force des données probantes : VII, X et XI

8. L'équipe qui procède à l'ÉCT doit se doter de mécanismes qui facilitent la collaboration interprofessionnelle, à savoir : l'établissement de règles de fonctionnement, l'adoption d'un cadre de référence commun et d'un but commun.

Précoce

L'ÉCT doit être précoce

Un des éléments clés du succès de la réadaptation au travail est sa précocité. Elle permet entre autres le maintien du rôle de travailleur pour la personne et réduit les conséquences négatives du retrait ou de l'exclusion du travail (1; 28). Cette précocité permet également d'agir rapidement sur la représentation mentale de la personne envers sa condition avant qu'elle ne se cristallise dans un schème erroné qui pourrait la conduire à une incapacité persistante (55; 56).

L'ÉCT amorcée précocement dans le processus de réadaptation donne des informations essentielles à l'équipe d'intervenants, notamment les facteurs pronostics du maintien ou du retour au travail (38), afin de leur permettre de déterminer correctement la cible de la réadaptation au travail (35; 1).

Force des données probantes : XI et VII

9. L'ÉCT doit être amorcée précocement dans un processus de réadaptation.

Continue

L'ÉCT doit être continue

L'ÉCT doit être continue pendant la réadaptation au travail (1; 36; 37; 41). L'ergothérapeute doit constamment poursuivre la cueillette de données tout au long de la réadaptation. Cette cueillette d'information en continu est nécessaire pour ajuster les interventions si le pronostic envers la participation au travail change pendant la réadaptation (retour au même emploi, vers un autre emploi, aucun emploi, etc.). Elle permet également d'approfondir la compréhension du fonctionnement et des facteurs qui l'influencent. Selon les interrogations qui émergent, certaines dimensions et facteurs feront l'objet d'une attention plus ciblée par l'évaluation. Une ÉCT réalisée de façon continue permet de réagir rapidement si des problèmes surviennent au cours du processus de réadaptation dans la compatibilité entre la personne et son environnement et favorise le maintien à long terme de l'emploi (1; 36; 45).

Force des données probantes : X et VII

10. L'ÉCT doit être continue tout au long du processus de réadaptation au travail.

L'ÉCT doit être utile

Cette caractéristique regroupe trois recommandations. D'abord, l'ÉCT doit rencontrer les besoins et les objectifs de la personne évaluée, du référent et de l'agent payeur (s'il y a lieu). Selon les utilisateurs des résultats des ECF, interrogés dans l'étude de Strong *et al.* (50), une ÉCT de qualité leur apporte les données nécessaires à la gestion de leur dossier. Le rapport doit donc être détaillé et fournir une interprétation des résultats qui permet d'orienter le dossier non seulement sur le plan clinique mais également sur le plan médico-légal (50). Les personnes évaluées, quant à elles, reconnaissent l'utilité de l'évaluation lorsque celle-ci permet l'élaboration d'un plan d'action concret (50). Conséquemment, l'ÉCT doit être planifiée de façon à conjuguer les objectifs des différents détenteurs d'enjeux. Advenant que l'ÉCT ne puisse répondre aux besoins exprimés, ceci doit être communiqué clairement à la personne évaluée, le référent et l'agent payeur (50; 39).

Le tableau 1 intitulé «Objectifs des ÉCT» situé à la page 13, peut être utilisé pour aider à clarifier les objectifs de la personne, du référent et de l'agent payeur.

Force des données probantes : X et VII

11. L'ergothérapeute doit s'assurer de bien connaître les objectifs motivant l'ÉCT avant de procéder.

L'ergothérapeute doit être vigilant dans le choix de ses outils d'évaluation. En effet, certains tests ou protocoles prétendent évaluer la participation au travail ou la performance au travail en utilisant des outils qui mesurent en fait les capacités de la personne (32; 49; 9). L'ergothérapeute doit donc être critique envers la validité de contenu des outils qu'il utilise.

Certains auteurs recommandent des méthodes d'évaluation spécifiques en lien avec les dimensions du fonctionnement. Pour l'évaluation de la participation et de la performance au travail, l'utilisation du milieu de travail avec les tâches réelles de l'emploi est à privilégier (1; 9; 14; 49; 50). En ce qui a trait à la performance au travail, si l'évaluation ne peut pas se réaliser en milieu de travail, une simulation des tâches avec des exigences le plus près possible de la réalité peut-être utilisée (32; 49). L'évaluation en contexte simulé est une source utile d'informations en l'absence de milieu naturel (1; 49).

Tableau 2 – Dimensions du fonctionnement au travail et ÉCT recommandées

Niveau de fonctionnement	ÉCT recommandées
Participation au travail	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation en milieu réel de travail, avec l'emploi réel (1; 32; 49; 50).
Performance au travail	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation en milieu réel de travail, avec l'emploi réel (9). Évaluation en milieu réel de travail avec l'emploi ou tâches modifié temporairement (ex. : retour thérapeutique au travail, stage) (9). ÉCF avec simulation de tâches de travail (49; 9).
Capacités de la personne	<ul style="list-style-type: none"> ÉCF sans simulation de tâches de travail (9). Instruments de mesures spécifiques à la capacité que l'on veut mesurer (ex. : utilisation d'un goniomètre pour mesurer l'amplitude articulaire) (49; 9).

Utile

Force des données probantes : VII

12. L'ergothérapeute doit identifier la ou les dimensions du fonctionnement au travail qu'il évalue afin de sélectionner le type d'ÉCT cohérent avec la ou les dimensions visées.

Des auteurs associent les objectifs de l'ÉCT à certaines modalités d'évaluation. Le texte suivant reprend les objectifs spécifiques de l'ÉCT selon les étapes du processus de réadaptation au travail (tels que décrit précédemment à la figure 2) et identifie les modalités qui sont recommandées.

De façon générale, une ÉCT en milieu de travail est privilégiée pour évaluer de façon complète le fonctionnement au travail. Cependant, des situations particulières orientent le choix vers une ÉCF générale ou spécifique à l'emploi. L'arbre décisionnel en page 29 guide ce choix en tenant compte de ces situations : il y a un emploi ciblé ou non, la personne est présente ou absente du travail, elle réalise ses tâches régulières ou non, les tâches régulières sont disponibles ou non, la réalisation des tâches régulières pose un problème de sécurité ou non (blessure, aggravation). L'utilisation de l'arbre décisionnel est suggérée ci-dessous à certaines étapes.

Validation/précision du but de la réadaptation au travail (étape 1)

Pour **documenter le fonctionnement pré-lésionnel ou pré-morbide**, des entrevues avec la personne et des personnes significatives (employeur, famille) sont recommandées (1; 41).

Cependant, pour **documenter le fonctionnement actuel, incluant le fonctionnement hors travail**, une ÉCT est indiquée selon la situation (40) (utiliser l'arbre décisionnel à la page 29).

Si la personne n'a pas un état de santé compatible avec une ÉCT complète, l'ÉCT se limitera alors à des entrevues, comme pour l'objectif précédent (*documenter le fonctionnement pré-lésionnel*) et à une analyse de l'emploi (40). Si possible, des tests et mesures de facteurs personnels et des capacités de la personne seront ajoutés. La mise en situation dans des activités de soins personnels et domestiques peut également être utilisée pour situer le fonctionnement global de la personne (1; 54).

Finalement, pour **situer les difficultés et les atouts reliés au retour au travail, incluant la détermination des tâches et exigences critiques de l'emploi et la collaboration de l'employeur**, pour **déterminer le pronostic de participation au travail** et pour **déterminer les besoins en réadaptation et élaborer le plan de traitement**, il convient de faire une analyse de l'ensemble des données recueillies au sujet des fonctionnements pré-lésionnel et actuel (35; 38; 36; 45). L'analyse doit tenir compte des différentes dimensions du fonctionnement et des facteurs personnels, environnementaux et temporels. Lorsque d'autres professionnels de la santé sont impliqués dans le processus de réadaptation, cette analyse devrait se faire en équipe, à la lumière de l'expertise de chacun (1; 31).

Développement des capacités de la personne (étape 2)

Pour **documenter les progrès pendant la réadaptation pour réviser/modifier le plan de traitement** et pour **déterminer le moment propice au retour en milieu de travail et de ses modalités**, les modalités d'évaluation sont les mêmes que pour la documentation du fonctionnement actuel (étape précédente), selon l'état de santé de la personne.

Réorientation professionnelle (étape 3)

Afin de **déterminer la capacité à rencontrer des exigences générales de travail** afin de faciliter la recherche d'emplois présumés compatibles, une ÉCF générale est suggérée (40).

Lorsqu'il s'agit d'analyser les emplois disponibles pour guider le choix de l'emploi ciblé en **déterminant les exigences critiques de l'emploi potentiel et en présumant d'une compatibilité entre la personne et l'emploi potentiel**, une ÉCF spécifique à l'emploi ou une ÉCT en milieu de travail peut être utilisée (utiliser l'arbre décisionnel en page 29) (1; 40).

En ce qui a trait à la **détermination de la capacité à obtenir et à maintenir l'emploi ciblé**, une ÉCT multidisciplinaire est nécessaire, avec entre autres un intervenant connaissant en profondeur le marché du travail et les programmes d'aide disponibles (ex. : un agent d'intégration) (1).

Intégration (étape 4)

Lorsque la réadaptation se fait en milieu de travail, la **documentation des progrès pour réviser/modifier le plan de traitement**, la **détermination des adaptations nécessaires** ainsi que la **prévention des lésions et l'éducation du travailleur** (ajustement du poste de travail, hygiène de posture, modulation des efforts, etc.), devrait se faire par une ÉCT en milieu de travail (1; 36).

Conclusion de la réadaptation au travail (étape 5)

Lors de la finalisation du processus de réadaptation au travail, il y a lieu de **déterminer la capacité réelle de la personne à effectuer l'emploi**, une ÉCT en milieu de travail est la seule option (1; 32; 36).

De façon plus générale, la **détermination des résultats des traitements en réadaptation** peut se faire selon les différents types d'ÉCT (utiliser l'arbre décisionnel en page 29) selon l'état de la personne et les possibilités offertes par un milieu de travail.

Évaluation dans un contexte médicolégal (étape 6)

Dans le cas où une ÉCT est menée pour des raisons médicolégales telles que **la détermination des incapacités persistantes**, **la détermination de l'aptitude à un emploi** ou **la détermination de l'aptitude à l'emploi en général** deux options se présentent. Si la personne vient de terminer sa réadaptation, la première option consiste en l'analyse de l'ensemble des données recueillies pendant la réadaptation (voir évaluation continue, p.35). Dans le cas d'une référence où la personne n'est plus en réadaptation depuis un certain temps et que les données au dossier ne sont plus d'actualité, il va de soi que les mêmes modalités que celles utilisées au début pour clarifier le but de la réadaptation au travail sont indiquées (40).

Force des données probantes : XI, X, et VII

13. Le choix d'un type d'ÉCT doit être basé sur l'objectif de l'ÉCT.

ÉCT en milieu de travail, ÉCF spécifique à un emploi ou ÉCF générale? Selon les situations l'un ou l'autre sera utilisé.

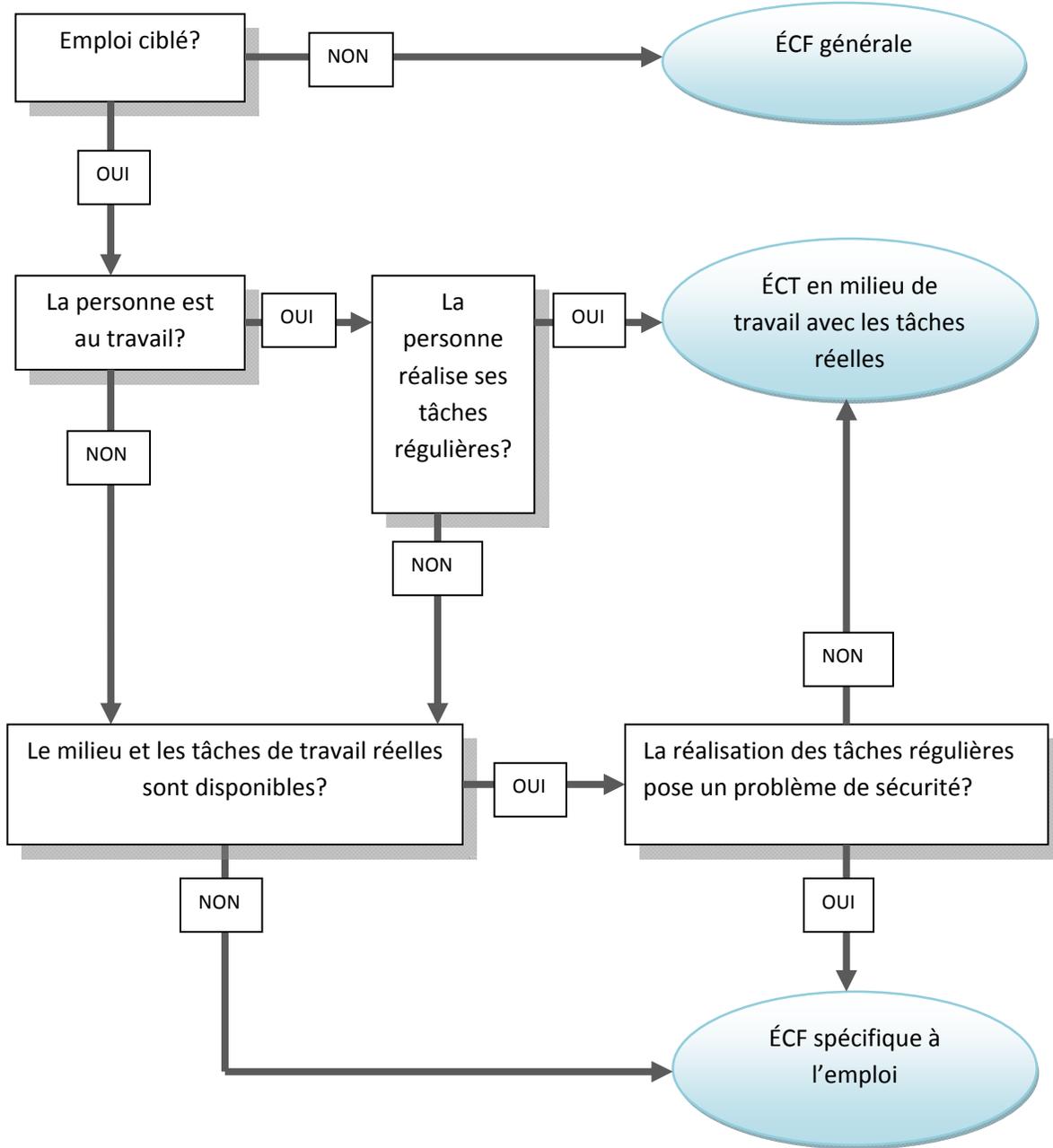


Figure 4 - Arbre décisionnel pour le choix du type d'ÉCT à utiliser

L'ÉCT doit être flexible

La flexibilité de l'ÉCT réfère à la possibilité de modifier ou d'adapter l'évaluation pour répondre adéquatement à la question spécifique du référent et bien sûr, pour rencontrer les besoins de la personne évaluée (48; 19). L'approche centrée sur le client est importante en ergothérapie (34). Une ÉCT centrée sur le client est une évaluation qui tient compte des besoins évolutifs de la personne, de même que ses intérêts. Elle reconnaît un pouvoir décisionnel à la personne en regard des objectifs poursuivis par l'ÉCT et sa réadaptation. Elle informe la personne tout au long du processus et lui permet de s'exprimer à l'égard des services donnés (1).

Lors d'une ÉCT en milieu de travail, la flexibilité se manifeste par l'adaptation de l'évaluation aux réalités des différentes tâches/responsabilités de travail et des différentes exigences et aux contraintes du milieu de travail, incluant le contexte économique. Lors d'une ÉCF, il s'agit de simuler des tâches spécifiques d'un emploi, de s'adapter aux besoins de la personne en cours d'évaluation, de modifier l'ordre de passation des tests ou des items en cours d'évaluation à lumière des nouvelles données. Ces modifications doivent être documentées par la suite dans le rapport (39).

L'ÉCT doit être flexible en permettant une période d'arrêt dans le cas où la situation personnelle ou de travail de la personne change afin de lui permettre de s'adapter si nécessaire ou de stabiliser sa situation (1).

Force des données probantes : XI, X, VII

14. L'ergothérapeute doit adapter l'ÉCT aux circonstances liées au milieu de travail, au contexte économique et à la situation de la personne.

L'ÉCT doit être pratique

Les coûts associés à une ÉCT sont généralement élevés (15) et les ressources du réseau de la santé sont limitées. Les agents payeurs ont également des préoccupations d'ordre économique lorsqu'ils requièrent cette intervention (10; 50). Il est donc important de s'assurer que les coûts associés aux procédures d'évaluation soient raisonnables (17). L'ergothérapeute doit donc choisir des modalités d'évaluations efficaces, c'est-à-dire qui permettent de répondre à l'objectif de l'ÉCT mais également des modalités qui soient efficaces, c'est-à-dire qu'elles répondent à l'objectif par des procédés qui soient raisonnables en termes d'efforts et de temps investis.

Force des données probantes : XI, X et VII

15. L'ergothérapeute doit veiller à l'efficacité lors du choix de l'ÉCT et de ses modalités.

L'ÉCT doit être exacte et crédible

Les ÉCT sont utilisées pour appuyer un processus décisionnel, que ce soit sur le plan thérapeutique ou médico-légal. Dans une recherche d'une efficacité thérapeutique ou encore d'une équité et d'une justice sociale, la validité des résultats est essentielle. L'ergothérapeute doit donc s'assurer que les résultats de l'ÉCT correspondent à la réalité.

Selon Innes et Straker (5), plusieurs sources de données sont utilisées par les cliniciens lors des ÉCT pour augmenter la validité de celle-ci. De façon générale, l'ÉCT en milieu de travail utilise un plus grand éventail de sources de données ainsi que de méthodes pour les recueillir comparativement aux ÉCF.

Le tableau suivant indique la fréquence des sources de données utilisées par des cliniciens selon les différents types d'évaluation (5). Le symbole (+++) indique que la source est utilisée fréquemment ou constamment pour assurer la qualité de l'ÉCT et de ses résultats. Le symbole (+) signifie que les sources sont utilisées occasionnellement ou rarement.

Tableau 3 – Sources de données

Sources	Évaluation en milieu de travail avec un emploi ciblé (incluant l'analyse de l'emploi)	ÉCF avec un emploi ciblé	ÉCF générale
Dossier de l'utilisateur (5; 41)	+++	+++	+++
Travailleur (5; 19; 41; 45)	+++	+++	+++
Autres professionnels de la santé (5; 41)	+++	+++	+++
Environnement de travail/ tâches (5; 19; 47; 45; 41)	+++	+++	+++
Contexte organisationnel (5)	+++	+++	+
Description de tâche (5; 45)	+++	+++	+
Collègues du travailleur (5; 41; 45)	+++	+	+
Famille du travailleur (5; 41; 54)	+	+	+

Pour réaliser une ÉCT de qualité, une attention particulière sera également portée aux méthodes de collecte de données.

Le tableau suivant indique la fréquence des méthodes de cueillette de données utilisées par des cliniciens selon les différents types d'évaluation (5). Le symbole (+++) indique que la méthode est utilisée fréquemment ou constamment pour assurer la qualité de l'ÉCT et de ses résultats. Le symbole (+) indique que les méthodes sont utilisées occasionnellement ou rarement (5).

Tableau 4 – Méthodes de collecte de données

Méthodes	Évaluation en milieu de travail avec un emploi ciblé (incluant l'analyse de l'emploi)	ÉCF avec un emploi ciblé	ÉCF générale
Entrevue (5; 47; 41; 45)	+++	+++	+++
Observation directe (5; 47; 41)	+++	+++	+++
Mesures standardisées (5; 41)	+	+++	+++
Simulations de tâches de travail (19; 41)	+	+++	+
Photographies / vidéo (5)	+	+	+
Consultation de documents (5; 45)	+	+	+
Journal de bord (5)	+	+	+
Expérimentation des tâches du travailleur par l'ergothérapeute (5)	+	+	+

Force des données probantes : X

16. Pour réaliser une ÉCT, l'ergothérapeute doit utiliser plusieurs sources de données et méthodes de cueillette de données.

Innes et Straker (5) ont répertorié les stratégies qui assurent la rigueur lors de la cueillette des données auprès des différentes sources. Ils les divisent en deux grands groupes : 1) les stratégies de mesures quantitatives et 2) les stratégies qualitatives.

Pour ce qui est des mesures quantitatives, elles doivent se faire de manière à limiter les biais c'est-à-dire d'éliminer ce qui pourrait perturber ou fausser la mesure. Les éléments suivants doivent être présents : 1) la standardisation du test (instructions, équipements utilisés, procédures d'administration, d'analyse et d'interprétation des résultats); 2) la qualification de la personne qui administre le test; 3) le souci de cohérence entre l'élément mesuré et le test. L'ergothérapeute va donc privilégier des **instruments de mesure** qui ont fait l'objet d'études de **fiabilité et de validité**.

Pour ce qui est des stratégies qualitatives, elles s'assurent que l'évaluation est crédible. Les stratégies suivantes sont utilisées :

- Une **description du processus de cueillette et d'analyse des données** qui permet à une personne externe de vérifier le processus, les données produites et d'évaluer leur justesse. La description fait état de comment et où les données ont été prises, de comment l'évaluation a été conduite et comment les conclusions et recommandations sont produites. Concrètement ceci veut dire que l'ergothérapeute précise dans le rapport d'évaluation où et quand il a procédé à l'évaluation et avec quelles méthodes. Il précise également s'il a modifié ou non les protocoles de test et pourquoi. Dans son analyse, il expliquera comment il arrive à sa conclusion sur le fonctionnement au travail de la personne évaluée.
- Des **descriptions détaillées** (par exemple : le contexte dans lequel où est observé le fonctionnement au travail), qui permettent au lecteur de juger de l'utilité des informations présentées pour ce qu'il veut en faire (ex. : se baser sur le rapport pour prendre une décision administrative). Concrètement, l'ergothérapeute précisera si l'ÉCT se déroule en milieu clinique, dans le milieu de travail de la personne ou un autre milieu de travail. Il décrira le milieu de travail tant sur le plan physique, organisationnel que social. Les enjeux présents seront également identifiés (ex. : litiges). L'ergothérapeute décrira de façon détaillée ce qu'il a observé du fonctionnement au travail de la personne.
- Une **vérification auprès des détenteurs d'enjeux** des interprétations et des conclusions. Par exemple, les résultats et les recommandations sont vérifiés auprès du travailleur et de son employeur afin de s'assurer qu'ils sont exacts et compréhensibles.
- Une **analyse négative de cas** qui consiste en une recherche active de preuves contraires, c'est-à-dire de données qui invalideraient les hypothèses élaborées lors du raisonnement clinique à propos du fonctionnement au travail de la personne. Les hypothèses de travail sont raffinées à la lumière des nouvelles informations afin que toutes les situations soient expliquées. Si des incohérences demeurent, une explication plausible est présentée. Concrètement ceci signifie que l'ergothérapeute vérifie ses hypothèses de travail en recueillant des données qui vont dans le sens de ses hypothèses mais également en cherchant activement des données qui peuvent les réfuter. Par exemple, lors d'un suivi téléphonique, un client se plaint d'une augmentation de la raideur au dos après quelques heures au travail. Les données recueillies jusqu'à maintenant portent à penser que ce client n'utilise pas les stratégies de régulation des symptômes en milieu de travail alors que celles-ci s'étaient avérées

- efficaces en clinique. Au lieu de conclure immédiatement que c'est le cas, l'ergothérapeute questionnera la personne, il ira faire une vérification en milieu de travail en observant le travailleur pendant l'exécution de ses tâches et questionnera également l'employeur sur l'utilisation des stratégies de régulation des symptômes. Advenant que les données indiquent que la personne utilise les stratégies de régulation des symptômes, l'ergothérapeute cherchera à comprendre pourquoi celles-ci sont moins efficaces maintenant que la personne est en milieu de travail.
- Une **discussion des recommandations avec les détenteurs d'enjeux** afin de s'assurer d'avoir une entente mutuelle. La nécessité et la faisabilité des recommandations sont discutées avec les personnes impliquées.
 - Une **révision par un pair et débriefing** sur le processus d'évaluation afin de vérifier la neutralité de l'évaluateur. Il s'agit de demander à un collègue impartial de réviser le processus d'évaluation et ses résultats, avec un point de vue neutre.
 - Une **observation persistante et des engagements prolongés** sur le terrain qui consiste en une vérification des informations et des interprétations dans plusieurs situations. Le contact long et intensif avec le travailleur et/ou le milieu de travail permet également l'établissement d'une relation de travail et de confiance et ainsi d'avoir accès à davantage d'informations.
 - Une recherche d'une **saturation des données** afin de s'assurer d'avoir une vision complète de la situation. Il s'agit de recueillir des données jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouvelles informations ou qu'elles ne permettent pas d'obtenir une meilleure compréhension du fonctionnement au travail. En résumé, «on a fait le tour».
 - Une vérification de la **cohérence structurale** c'est-à-dire de la plausibilité des liens entre les données. Il s'agit de vérifier qu'il n'y a pas d'inconsistances inexplicables entre les données, leur interprétation et les conclusions. Autrement dit, il y a une logique évidente entre les données, l'analyse et la conclusion du rapport d'évaluation.
 - Une **auto-réflexion** du clinicien à propos de ses performances, où il considère si d'autres connaissances, compétences ou expériences lui sont nécessaires pour les améliorer.
 - Une **triangulation** c'est-à-dire une utilisation combinée de différentes sources (ex. : travailleur, employeur) ou de différentes méthodes (ex. : entrevue, observation) pour recueillir des données concernant une même capacité ou facteur. Ceci permet de réduire l'influence de la source ou de la méthode de cueillette des données en comparant les résultats entre eux. Elle permet de corroborer les résultats pour s'assurer de leur justesse. Par exemple, pour connaître les impacts de la fatigue lors du retour au travail, l'ergothérapeute peut trianguler les sources en questionnant la personne (source no. 1), son employeur (source no. 2) et le conjoint de la personne (source no. 3). L'ergothérapeute peut aussi utiliser une combinaison d'entrevues et d'observations en milieu de travail (triangulation des méthodes).

Bien qu'il y ait un ensemble de caractéristiques associées à la rigueur qui sont communes à toutes les ÉCT, leur importance sera pondérée différemment selon les types d'ÉCT (48; 5). Le choix des stratégies de rigueur reflète cette pondération. L'ÉCT en milieu de travail tend à préférer des critères de qualité et des stratégies évaluatives de nature qualitative. Selon les auteurs, ceci reflète très probablement la sensibilité du fonctionnement au travail aux interactions complexes entre la personne, les tâches et l'environnement. Une approche qualitative est plus à même de saisir le phénomène qui est complexe, multidimensionnel et

évolutif. L'ÉCF globale tend à préférer des critères de qualité et des stratégies évaluatives de nature quantitative. Elle cherche à quantifier et mesurer objectivement les capacités de la personne en dehors de l'influence de l'environnement. Encore ici l'ÉCF spécifique à un emploi tient une place plus mitoyenne entre les deux approches, recherchant à la fois des résultats utiles et sensés pour les détenteurs d'enjeux (approche qualitative) et des résultats objectifs et fiables (approche quantitative) (48).

Le tableau suivant indique la fréquence des stratégies utilisées par des cliniciens selon les différents types d'évaluation **(5)**. Le symbole (+++) indique que la stratégie est utilisée fréquemment à constamment pour assurer la qualité de l'ÉCT et de ses résultats. Le symbole (+) indique les stratégies occasionnellement ou rarement.

Tableau 5 – Stratégies visant la rigueur de l'ÉCT

Stratégies	Évaluation en milieu de travail (incluant l'analyse de l'emploi)	ÉCF avec un emploi ciblé	ÉCF générale
Instruments de mesure fiables et valides (5; 39; 41)	+	+++	+++
Description du processus de cueillette et d'analyse des données (5)	+++	+++	+++
Descriptions détaillées du fonctionnement au travail et de son contexte (5)	+++	+++	+++
Vérification des résultats et des recommandations auprès du travailleur et de son employeur (5)	+++	+++	+++
Discussion des recommandations avec les détenteurs d'enjeux (5)	+++	+++	+++
Analyse négative de cas (5; 41)	+	+++	+++
Révision par un pair (5; 57)	+	+	+
Engagement prolongé sur le terrain ou observation persistante et développement d'une relation de travail et de confiance (5; 41)	+++	+++	+++
Saturation des données (5)	+	+	+
Cohérence structurale (5)	+++	+++	+++
Auto-réflexion (5)	+++	+++	+++
Triangulation (5; 7; 41)	+++	+++	+++

Outre les stratégies, l'expérience et les compétences du clinicien contribuent également à la rigueur des ÉCT (19). La qualité des interactions entre l'évaluateur et la personne évaluée joue également un rôle dans la réussite de l'évaluation. L'évaluateur doit donc être capable d'établir une relation de collaboration et de confiance et intervenir de façon à ce que la personne évaluée se sente confortable et en mesure de donner des performances qui reflètent son fonctionnement réel (50).

Force des données probantes : X et VII

17. L'ergothérapeute doit utiliser des stratégies rigoureuses pour s'assurer de la justesse des données recueillies, de leur analyse et des conclusions qu'il en tire.

Section 3

Vignette clinique

Vignette clinique

Cette vignette clinique illustre de façon concrète l'application des recommandations présentées dans ce GP. Les recommandations suivies sont indiquées entre parenthèses tout au long du texte.

Dans la marge de gauche, les étapes du processus de réadaptation au travail sont indiquées pour y situer les éléments de la vignette (voir la figure 2, en page 17, pour visualiser l'ensemble du processus et le tableau 1, en page 18, pour un rappel des objectifs de l'ÉCT à chacune des étapes du processus). Il est à noter que dans cette vignette, l'étape de réorientation professionnelle est absente. D'autre part, certaines étapes chevauchent comme par exemple les étapes de développement des capacités et d'intégration.

Après la vignette, l'utilisation de l'arbre décisionnel, pour le choix du type d'ÉCT fait par l'ergothérapeute de la vignette est présentée (voir la figure 4, en page 34, pour visualiser l'arbre décisionnel).

Étape 1 – Validation / précision du but de la réadaptation au travail

Chantal est une coiffeuse de 32 ans qui a subi de multiples fractures (membres inférieurs, bassin, membre supérieur gauche), une atteinte du nerf radial gauche et un traumatisme crânien léger lors d'un accident automobile. Elle est référée en réadaptation suite à son congé de l'hôpital. L'évaluation initiale est menée par une équipe multidisciplinaire. Chantal peut effectuer une mise en charge complète sur ses membres inférieurs depuis peu, sa force, ses amplitudes articulaires et son endurance sont limités. Elle éprouve diverses douleurs et présente un léger œdème au genou droit et au pied gauche. Elle éprouve également de la fatigue et des maux de tête.

Lors de l'entrevue initiale, Chantal exprime les attentes suivantes : retrouver sa dextérité manuelle, pouvoir marcher rapidement et rester debout longtemps, pouvoir conduire sa voiture, faire son entretien domestique quotidien, reprendre ses loisirs et retourner au travail le plus rapidement possible (**recommandation 11**).

Lors de l'entrevue, il est également question de son fonctionnement pré-accidentel et actuel (**recommandation 5**). Bien que pour l'instant Chantal ne soit pas en état pour effectuer son emploi, l'ergothérapeute s'informe sur son emploi et ils explorent ensemble les difficultés et les atouts probables face au retour au travail (**recommandations 2, 3, 4 et 9**). Étant donné qu'à ce stade, les capacités de Chantal sont très réduites, il est impossible d'effectuer une ÉCT en milieu de travail. L'ergothérapeute opte donc pour une visite en milieu de travail afin d'analyser l'emploi (**recommandation 1, 13, 14**). D'autre part, comme Chantal a rapporté des difficultés en lien avec des activités domestiques (AVD), l'ergothérapeute se rend chez

Étape 1 (suite)

elle pour effectuer des mises en situation qui permettent d'analyser le fonctionnement dans des tâches domestiques (**recommandation 6**) et cibler des stratégies pour les faciliter. L'évaluation est complétée avec la mesure de certaines capacités et de facteurs personnels problématiques pour le fonctionnement et ce, avec des instruments de mesure fiables et valides (**recommandations 3, 5, 12, 13, 16, 17**). Tout au long du processus d'évaluation, l'ergothérapeute choisit des modalités qui permettent saisir rapidement l'essentiel du tableau clinique tout en respectant la fatigue de Chantal (**recommandations 1 et 15**). L'ergothérapeute est conscient qu'à ce stade, son jugement à l'égard du fonctionnement au travail de Chantal est seulement une présomption et qu'une marge d'erreur est présente. Ce jugement sera validé en cours de réadaptation lorsque les mises en situation de travail seront réalisées (**recommandations 9 et 10**).

Au fur et à mesure du recueil des données via l'entrevue, l'analyse de l'emploi et les mises en situation dans des AVD, l'ergothérapeute effectue une analyse du fonctionnement. Il discute des données recueillies avec les autres membres de l'équipe multidisciplinaire et ensemble ils coordonnent la poursuite des évaluations dans chacune des disciplines (**recommandations 4, 7 et 8**).

Un premier pronostic de participation au travail est posé en équipe. À la lumière d'un pronostic de participation au travail favorable à l'emploi pré-accidentel, ce dernier sera la cible du processus de réadaptation. Un plan d'intervention est élaboré à partir des données concernant le fonctionnement actuel et celui visé, de même que de l'évolution attendue¹. Le pronostic de participation au travail et le plan d'intervention seront réévalués périodiquement pendant tout le processus de réadaptation au travail (**recommandations 4, 7 et 8**).

«-- Étape 2 – Développement des capacités

Un premier développement des capacités de Chantal est débuté en milieu clinique. Les mesures prises périodiquement et l'observation directe pendant la réalisation des activités thérapeutiques permettent de documenter les progrès et ajuster les traitements (**recommandations 10, 16 et 17**). Les traitements comprennent, dès que la dextérité de Chantal est suffisante, des simulations de tâches de travail. Ces simulations de tâches permettent également d'évaluer certains éléments de la performance au travail (**recommandations 2, 9, 10**). Après un certain temps, Chantal présente une tolérance debout de deux heures en intégrant de courtes pauses. Elle présente également un retour de sa sensibilité à sa main gauche et une amélioration significative de sa dextérité. Comme son employeur est ouvert à retour thérapeutique au travail (37), celui-ci sera débuté en parallèle à la poursuite des traitements en clinique. Madame est légèrement anxieuse de retourner en milieu de travail en raison de changements liés à l'organisation des tâches depuis son accident. Suite à une mise

¹ Des interventions sont prévues en lien avec les activités hors travail mais celles-ci ne font pas l'objet d'une description dans cette vignette.

Étape 4 – Intégration «----»

à jour de l'analyse de son emploi et des résultats de quelques mises en situation choisies, une identification des tâches compatibles avec les capacités actuelles de Chantal est faite (**recommandation 10**). À partir de cette base, le plan de retour au travail est mis en place en collaboration avec son employeur et le conseiller en réadaptation de la SAAQ (**recommandation 14**). Par une évaluation périodique en milieu de travail et à la vérification du fonctionnement hors travail, l'ergothérapeute ajuste la progression des tâches et de l'horaire (**recommandation 6**). Avec la participation de Chantal, elle procède également à l'identification de certains ajustements du poste de travail (ex. : tapis anti-fatigue) et de façons de travailler (ex. : prise régulière de micropauses) qui facilitent le fonctionnement au travail de Chantal. Certains de ces ajustements seront temporaires, d'autres seront adoptés de façon permanente (**recommandations 2, 3 et 4**).

Étape 6 – Évaluation dans un but médico-légal«----Étape 5 – Conclusion de la réadaptation au

À la fin de la réadaptation, un avis sur le fonctionnement au travail de Chantal dans son emploi de coiffeuse est donné à la lumière des données recueillies en milieu de travail lors des dernières semaines du retour thérapeutique au travail (**recommandation 13**). Le rapport de fin des interventions fera état, non seulement de la productivité de Chantal au travail, mais également des aménagements et adaptations qui sont nécessaires suite à l'accident pour permettre un fonctionnement au travail optimal (ex. : peut travailler à temps plein mais ne peut plus faire 12 heures de travail dans une même journée). Le fonctionnement dans les autres rôles et responsabilités sera également rapporté de même que l'équilibre entre ces rôles et le travail (**recommandation 6**). À la demande du conseiller en réadaptation, les résultats du fonctionnement au travail et dans les autres rôles et responsabilités sont communiqués à la SAAQ, via le rapport de fin d'interventions, afin de répondre aux besoins médicolégaux du dossier.

Utilisation de l'arbre décisionnel

À deux reprises dans la vignette, l'ergothérapeute a utilisé l'arbre décisionnel pour choisir le type d'ÉCT.

La première fois, c'est au cours de la première étape du processus de réadaptation. Comme il y a la présence d'un emploi ciblé (coiffeuse), une absence de Chantal du travail et que la réalisation des tâches de travail est non sécuritaire, une ÉCF spécifique à l'emploi est indiquée. Cependant, les capacités très réduites de Chantal amène l'ergothérapeute à éliminer les tests et mises en situation de l'ÉCF qui ne sont pas sécuritaires. Il reste donc l'entrevue, la visite en milieu de travail pour analyser les tâches, certains tests et mises en situations fonctionnelles.

La seconde fois, c'est lors du développement des capacités et de l'intégration. Cette fois, toutes les conditions requises étaient présentes pour effectuer une ÉCT en milieu de travail.

Section 4

Élaboration du GP

***Sommaire des
recommandations***

Élaboration du GP

Les recommandations sont basées sur une recension systématique des écrits de 1993 à juin 2008. La recension s'est faite à partir de nombreuses bases de données, de sites WEB pertinents, et par la fouille manuelle de la Revue Québécoise d'Ergothérapie.

Les données probantes pertinentes ont été classées selon des niveaux de preuve scientifique proposée par Burns et Grove (58) présentés au tableau 6. Essentiellement, les niveaux de preuve scientifique consistent en une hiérarchisation de la valeur scientifique des résultats des études. Les résultats de niveau I sont considérés comme les évidences les plus fortes. Ceux du niveau XI sont considérés les plus faibles.

Tableau 6 – Niveaux de preuve des données probantes (58)

I	Recension systématique d'études expérimentales (essais randomisés de bonne qualité)
II	Méta-analyse d'études expérimentales (essais randomisés) et quasi-expérimentales
III	Recension intégrative d'études expérimentales et quasi-expérimentales
IV	Une seule étude expérimentale (essai randomisé)
V	Une seule étude quasi-expérimentale
VI	Méta-analyse d'études corrélationnelles
VII	Recension intégrative d'études corrélationnelles et d'études descriptives
VIII	Métasynthèse et métasommaire d'études qualitatives
IX	Une seule étude corrélacionnelle
X	Une seule étude qualitative ou descriptive
XI	Rapport d'un comité d'experts, opinion d'une autorité respectée

Note : Dans le cadre de ce GP les recensions des écrits qui comprennent à la fois des études corrélacionnelles, descriptives, qualitatives et des opinions d'experts ont été classées au niveau VII. Les écrits présentant un cadre de référence ou un modèle conceptuel ont été classés au niveau VII.

La liste des articles classés selon les niveaux de preuve est présentée en annexe.

Suite à la recension systématique des écrits, la première version du guide de pratique a été élaborée en tenant compte des niveaux de preuve scientifique. Cette première version a fait l'objet d'une consultation auprès de 24 ergothérapeutes experts du domaine via quatre groupes de discussion focalisée et deux entrevues individuelles. Les participants ont donné leur avis sur le format et la clarté du guide, sur la pertinence de chacune des recommandations et si elles couvraient bien le domaine. Les verbatim ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Des modifications ont été apportées au guide de pratique suite aux résultats de la consultation.

Sommaire des recommandations

<i>Recommandations</i>	<i>Niveau de preuve des données probantes sur laquelle est appuyée la recommandation</i>
<i>L'ÉCT doit être sécuritaire</i>	
<p>1. L'ergothérapeute doit s'assurer de connaître les limitations fonctionnelles émises et modifier ou éliminer les tests qui ne les respectent pas ou, au besoin, remettre l'ÉCT à plus tard si la condition de la personne ne s'y prête pas.</p> <p>Il doit également être vigilant en ce qui a trait à la sécurité de la personne tout au long de l'ÉCT et être prêt à modifier ou cesser les procédures au besoin.</p>	<i>XI et VII</i>
<i>L'ÉCT doit être complète</i>	
<p>2. L'ÉCT doit porter sur les différentes dimensions du fonctionnement au travail, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La participation au travail; • La performance au travail; • Les capacités de la personne. 	<i>X et VII</i>
<p>3. L'ÉCT doit porter sur les facteurs d'ordre personnels, environnementaux et temporels qui influencent le fonctionnement au travail de la personne.</p>	<i>VII</i>
<p>4. L'ÉCT doit tenir compte de la nature dynamique et changeante de l'interaction entre la personne et de son environnement. Le résultat de l'ÉCT est une description momentanée du fonctionnement au travail et doit être considéré comme tel.</p>	<i>X et VII</i>

<p>5. Lors d'une ÉCT, l'ergothérapeute devrait utiliser une approche d'évaluation allant du général au spécifique, c'est-à-dire évaluer en premier lieu la participation et la performance au travail et par la suite, évaluer plus en détail les capacités de la personne et les facteurs identifiés comme problématiques pour le fonctionnement.</p>	<p><i>XI et VII</i></p>
<p>6. Lors de l'évaluation, l'ergothérapeute doit avoir une vision de l'occupation plus large que seulement le travail. Il doit tenir compte également de l'impact des incapacités sur les autres rôles de la personne.</p>	<p><i>X et VII</i></p>
<p>7. Lorsque la personne présente une situation de handicap complexe, l'ÉCT doit se faire par une équipe composée de professionnels provenant de disciplines complémentaires.</p>	<p><i>VII</i></p>
<p>8. L'équipe qui procède à l'ÉCT doit se doter de mécanismes qui facilitent la collaboration interprofessionnelle, à savoir : l'établissement de règles de fonctionnement, l'adoption d'un cadre de référence commun et d'un but commun.</p>	<p><i>VII</i></p>
<p><i>L'ÉCT doit être précoce</i></p>	
<p>9. L'ÉCT doit être amorcée précocement dans un processus de réadaptation.</p>	<p><i>XI et VII</i></p>
<p><i>L'ÉCT doit être continue</i></p>	
<p>10. L'ÉCT doit être continue tout au long du processus de réadaptation au travail.</p>	<p><i>X et VII</i></p>
<p><i>L'ÉCT doit être utile</i></p>	
<p>11. L'ergothérapeute doit s'assurer de bien connaître les objectifs motivant l'ÉCT avant de procéder.</p>	<p><i>X et VII</i></p>

<p>12. L'ergothérapeute doit identifier la ou les dimensions du fonctionnement au travail qu'il évalue afin de sélectionner le type d'ÉCT cohérent avec la ou les dimensions visées.</p>	<p>VII</p>
<p>13. Le choix d'un type d'ÉCT doit être basé sur l'objectif de l'ÉCT.</p>	<p>XI, X et VII</p>
<p><i>L'ÉCT doit être flexible</i></p>	
<p>14. L'ergothérapeute doit adapter l'ÉCT aux circonstances liées au milieu de travail, au contexte économique et à la situation de la personne.</p>	<p>XI, X et VII</p>
<p><i>L'ÉCT doit être pratique</i></p>	
<p>15. L'ergothérapeute doit veiller à l'efficacité lors du choix de l'ÉCT et de ses modalités.</p>	<p>XI, X et VII</p>
<p><i>L'ÉCT doit être exacte et crédible</i></p>	
<p>16. Pour réaliser une ÉCT, l'ergothérapeute doit utiliser plusieurs sources de données et méthodes de cueillette de données.</p>	<p>X</p>
<p>17. L'ergothérapeute doit utiliser des stratégies rigoureuses pour s'assurer de la justesse des données recueillies, de leur analyse et des conclusions qu'il en tire.</p>	<p>X et VII</p>

Glossaire

Glossaire

Analyse de l'emploi – C'est la documentation des tâches et exigences d'un emploi. Elle permet de cibler les dimensions et les exigences problématiques pour le maintien ou le retour au travail.

Capacités de la personne – Ce sont les aptitudes de la personne qui permettent l'exécution des activités de travail. C'est l'une des dimensions du fonctionnement au travail.

Compatibilité – C'est lorsqu'il y a une bonne adaptation ou concordance entre la personne et son travail.

Évaluation des capacités reliées au travail (ÉCT) – C'est l'appréciation des capacités d'une personne à réaliser un travail. C'est également un terme générique pour désigner l'ensemble des types d'ÉCT.

Évaluation des capacités fonctionnelles (ÉCF) – C'est une évaluation qui consiste habituellement d'une batterie de tests qui mesure les capacités maximales d'une personne en lien avec le travail. Cette évaluation se passe généralement en milieu clinique et peut durer quelques heures, quelques jours ou quelques semaines.

Évaluation des capacités fonctionnelles générales – C'est une évaluation des capacités fonctionnelles qui mesure les capacités de la personne selon des exigences générales de travail, telles que se maintenir debout ou en marche, manutentionner des charges, être capable de maintenir son attention, etc.

Évaluation des capacités fonctionnelles spécifiques à un emploi – C'est une évaluation des capacités fonctionnelles qui mesure les capacités de la personne en fonction des tâches et exigences particulières d'un emploi déterminé. Il en résulte une présomption sur la compatibilité entre les capacités de la personne et les exigences de cet emploi.

Évaluation en milieu de travail ou ÉCT en milieu de travail – C'est une évaluation qui met la personne en situation dans des tâches réelles de travail. Elle cherche à documenter les interactions spécifiques entre un travailleur, son emploi et son environnement de travail.

Exigences critiques – Ce sont les exigences d'un emploi spécifique qui peuvent être problématiques pour le retour ou le maintien au travail d'une personne.

Participation au travail – C'est la capacité d'une personne à acquérir et maintenir un emploi et ainsi occuper un rôle de travailleur dans la société. C'est l'une des dimensions du fonctionnement au travail.

Performance au travail – C'est la capacité d'une personne à effectuer de façon satisfaisante les tâches et responsabilités reliées à son emploi. C'est l'une des dimensions du fonctionnement au travail.

Références

Références

1. **Dutil, E. et Vanier, M.** *Évaluation fonctionnelle des capacités de travail: rapport final. Équipe trauma.* s.l. : Société de l'assurance automobile du Québec et Fond de la recherche en santé du Québec, 1998.
2. **Mercier, S.** *L'approche d'évaluation des ergothérapeutes québécois en regard de l'habitude de vie travail.* s.l. : Université de Montréal, 1998.
3. **Strong, S.** Les évaluations de la capacité fonctionnelle - aspects positifs, aspects négatifs et écueils. *Actualités Ergothérapeutiques.* Janvier/Février 2002, pp. 5-9.
4. **Innes, E. et Straker, L.** A clinician's guide to work-related assessment: 3- Administration and interpretation problems. *Work.* 1998c, Vol. 11, 2, pp. 207-219.
5. **Innes, E et Straker, L.** Strategies used when conducting work-related assessments. *Work.* 2002b, Vol. 19, pp. 149-165.
6. **Innes, E. et Straker, L.** Workplace assessments and functional capacity evaluations: Current beliefs of therapists in Australia. *Work.* 2003a, Vol. 20, pp. 225-236.
7. **Lysaght, R.** Job Analysis in Occupational Therapy: Stepping Into the Complex World of Business and Industry. *The American Journal of Occupational Therapy.* 1997, Vol. 51, 7, pp. 569-575.
8. **Veloza, C.A.** Work Evaluations: Critique of the State of the Art of Functional Assessment of Work. *The American Journal of Occupational Therapy.* 1993, Vol. 47, 3, pp. 203-209.
9. **Innes, E. et Straker, L.** A clinician's guide to work-related assessment: 2- Design problems. *Work.* 1998b, Vol. 11, 2, pp. 191-206.
10. **Cotton, A., Schonstein, E. et Adams, R.** Use of functional Capacity Evaluations by rehabilitation providers in NSW. *Work.* 2006, Vol. 26, 3, pp. 287-295.
11. **King, P.M., Tuckwell, N et Barrett, T.** A Critical Review of Functional Capacity Evaluations. *Physical Therapy.* 1998, Vol. 78, 8.
12. **Innes, E. et Staker, L.** Reliability of work-related assessments. *Work.* 1999a, Vol. 13, pp. 107-124.
13. **Innes, E. et Straker, L.** Validity of work-related assessments. *Work.* 1999b, Vol. 13, pp. 125-152.

14. **Pransky, G.S. et Dempsey, P.G.** Practical aspects of functional capacity evaluations. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2004, Vol. 19, 3, pp. 217-229.
15. **Gross, D.P.** Measurement Properties of Performance-Based Assessment of Functional Capacity. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2004, Vol. 14, 3, pp. 165-174.
16. **Wind, H, et al.** Assessment of Functional Capacity of the Musculoskeletal System in the Context of Work, Daily Living, and Sport: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005, Vol. 15, 2, pp. 253-272.
17. **Hart, D.L., Isernhagen, S.J. et Matheson, L.N.** Guidelines for Functional Capacity Evaluation of People With Medical Conditions. *JOSP*. 1993, Vol. 18, 6, pp. 682-686.
18. **Travis, J.** Cross-disciplinary competency standards for work-related assessments: Communicating the requirements for effective professional practice. *Work*. 2002, Vol. 19, pp. 269-280.
19. **Strong, S., et al.** Functional assessment of injured workers: A profile of assessor practices. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. February 2004b, Vol. 71, 1, pp. 13-23.
20. **Davis, Dave, Goldman, Joanne et Palma, Valerie A.** *Handbook on Clinical Practice Guidelines*. Ottawa : Association médicale canadienne, 2007.
21. **The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).** SIGN. *site Web SIGN*. [En ligne] 1 mai 2004. [Citation : 1 août 2007.] <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>.
22. **National Health and Medical Research Council (NHMRC).** [En ligne] 1 janvier 1999. [Citation : 29 juillet 2007.] <http://nhmrc.gov.au/publications/synopses/cp30syn.htm>.
23. *Le Petit Larousse illustré*. Paris : Larousse, 2005.
24. **Dion-Hubert, C. et Therriault, P.-I.** Le travail a-t-il toujours sa place en ergothérapie. *Revue Québécoise d'Ergothérapie*. Septembre 1992, Vol. 1, 1, pp. 25-31.
25. **Kielhofner, G.** *Model of human occupation. Theory and application*. Baltimore : Lippincott, Williams & Wilkins, 2008.
26. **Law, M, et al.** The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1996, Vol. 63, 1, pp. 9-23.
27. **Limoges, J, Lemaire, R et Dodier, F.** *Trouver son travail*. St-Laurent : Fides, 1987.
28. **Baker, N et Jacobs, K.** The nature of working in the United States: An occupational therapy perspective. *Work*. 2003, Vol. 20, pp. 53-61.
29. **Innes, E. et Straker, L.** A clinician's guide to work-related assessment: 1- Purposes and problems. *Work*. 1998a, Vol. 11, 2, pp. 183-189.

30. **Serra, C., et al.** Criteria and methods used for the assessment of fitness for work: a systematic review. *Occup Environ Med.* 2007, Vol. 64, pp. 304-312.
31. **Lacerte, M et Wright, G.R.** Return to work determination. *Physical Medicine and Rehabilitation: State of the Art Reviews.* 1992, Vol. 6, 2, pp. 283-302.
32. **Sandqvist, J.L. et Henricksson, C.M.** Work functioning: A conceptual framework. *Work.* 2004, Vol. 23, pp. 147-157.
33. **Organisation mondiale de la santé.** *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).* Genève : Organisation mondiale de la santé, 2001.
34. **Canadian Association of Occupational Therapists.** *Enabling Occupation. An Occupational Therapy Perspective.* Ottawa : CAOT Publications, 2002.
35. *Le pronostic de participation sociale.* **Lambert, J, et al.** Québec : Institut de réadaptation en déficience physique de Québec - Formation réseau, 2006.
36. **Durand, M.-J., et al.** *La marge de manoeuvre de travailleurs pendant et après un programme de retour progressif au travail. Définition et relations avec le retour à l'emploi.* Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2008. Rapport R-566.
37. **Durand, M.-J., Loisel, P et Durand, P.** Le Retour Thérapeutique au Travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail: description et fondements théoriques. *Canadian Journal of Occupational Therapy.* 1998, Vol. 65, 1, pp. 72-80.
38. **Durand, M.-J., et al.** Helping clinicians in work disability prevention: the Work Disability Diagnosis Interview. *Journal of Occupational Rehabilitation.* 2002, Vol. 12, 3, pp. 191-204.
39. **Abdel-Moty, E, et al.** Process analysis of functional capacity assessment. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation.* 6, 1996, pp. 223-236.
40. **Innes, E. et Straker, L.** Workplace assessments and functional capacity evaluations: Current practices of therapists in Australia. *Work.* 2002a, Vol. 18, pp. 51-66.
41. **Bootes, K. et Chapparo, C.J.** Cognitive and behavioural assessment of people with traumatic brain injury in the work place: Occupational therapists' perceptions. *Work.* 2002, Vol. 19, pp. 255-268.
42. **Chappell, I, Higham, J et McLean, A M.** An occupational therapy work skills assessment for individuals with head injury. *Canadian Journal of Occupational Therapy.* June 2003, Vol. 70, 3, pp. 163-169.
43. **U.S. Departement of Labor.** *Dictionary of Occupational Titles.* Indianapolis : JIST Works inc, 1991.

44. **Ministère de la Main d'oeuvre et de l'Immigration.** *Classification canadienne descriptive des professions.* Ottawa : Information Canada, 1971.
45. **Costa-Black, K, et al.** Interdisciplinary team discussion on work environment issues related to low back disability: A multiple case study. *Work.* 2007, Vol. 28, pp. 249-265.
46. **Canelon, M.F.** Job Site Analysis Facilitates Work Reintegration. *The American Journal Of Occupational Therapy.* 1995, Vol. 49, 5, pp. 461-467.
47. **Joss, M.** The Importance of Job Analysis in Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy.* 2007, Vol. 70, 7, pp. 3001-303.
48. **Innes, E et Staker, L.** Attributes of excellence in work-related assessments. *Work.* 2003, Vol. 20, pp. 63-76.
49. **Gibson, L. et Strong, J.** A conceptual framework of functional capacity evaluation for occupational therapy in work rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal.* 2003, Vol. 50, pp. 64-71.
50. **Strong, S., et al.** Use of functional capacity evaluations in workplaces and the compensation system: A report on worker's and report users' perceptions. *Work.* 2004a, Vol. 23.
51. **Fisher, A G et Short-DeGraff, M.** Improving Functional Assessment in Occupational Therapy: Recommendations and Philosophy for Change. *American Journal of Occupational Therapy.* 1993, Vol. 47, 3, pp. 199-201.
52. **Trombly, C A.** Theoretical Foundations for Practice. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction.* Baltimore : Williams & Wilkins, 1995.
53. **Angelo, J.** A model for helping persons with physical disabilities return to work. *Occupational Therapy Practice.* 1993, Vol. 4, 3, pp. 67-73.
54. **Brollier, C, Shepherd, J et Markley, F.** Transition from school to community living. *American Journal of Occupational Therapy.* 1994, Vol. 48, 45, pp. 346-353.
55. **Vlaeyen, J W.S. et Linton, S J.** Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain.* 2000, Vol. 85, pp. 317-332.
56. **Sullivan, M.J.L., et al.** Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain.* 2000, Vol. 17, pp. 52-64.
57. **Allen, S, et al.** A framework for systematically improving occupational therapy expert opinions on work capacity. *Australian Occupational Therapy Journal.* 2006, Vol. 53, pp. 293-301.
58. **Burns, N et Grove, S K.** *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence.* St-Louis : Saunders Elsevier, 2009.

Annexe

*Classement des
références retenues
par niveaux de
preuve scientifique*

Annexe - Classement des références retenues par niveaux de preuve scientifique

Tableau 7 - Description des documents retenus pour la rédaction du GP en fonction des niveaux de preuve.

Niveaux de preuve	Type d'études	Documents
I, II, III, IV, V, VI	<ul style="list-style-type: none"> Recensions systématiques et méta-analyses d'études expérimentales; Recensions intégratives d'études expérimentales et quasi-expérimentales; Études expérimentale et quasi-expérimentale; Méta-analyses d'études corrélationnelles. 	Aucun
VII	<ul style="list-style-type: none"> Recensions intégratives des écrits; 	Abdel-Moty <i>et al.</i> (1996) Baker et Jacob (2003) Dion-Hubert et Therriault (1992) Gross (2004) Innes et Staker (1999a) Innes et Staker (1999b) Innes et Straker (1998a) Innes et Straker (1998b) Innes et Straker (1998c) King <i>et al.</i> (1998) Lysaght (1997) Pransky et Dempsey (2004) Serra <i>et al.</i> (2007) Strong (2002) Sullivan <i>et al.</i> (2006) Vlaeyen et Linton (2000) Veloza (1993) Wind <i>et al.</i> (2005)
	<ul style="list-style-type: none"> Articles proposant un cadre de référence ou un modèle conceptuel 	Dutil et Vanier (1998) Gibson et Strong (2003) Kielhofner (2008) Law <i>et al.</i> (1996) Sandqvist et Henricksson (2004)
VIII	<ul style="list-style-type: none"> Métasynthèses et métasommaires d'études qualitatives 	Aucun

IX	<ul style="list-style-type: none"> Études corrélationnelles 	Aucun	
X	<ul style="list-style-type: none"> Études descriptives longitudinales 	Aucun	
	<ul style="list-style-type: none"> Études descriptives transversales 	Cotton <i>et al.</i> (2006) Innes et Staker (2003) Innes et Straker (2002b) Lysaght et Wright (2005)	
	<ul style="list-style-type: none"> Études qualitatives 	Allen <i>et al.</i> (2006) Bootes et Chapparo (2002) Costa-Black <i>et al.</i> (2007) Durand <i>et al.</i> (2008) Innes et Straker (2003a) Innes et Straker (2002a) Mercier (1998)	
	<ul style="list-style-type: none"> Études mixtes (descriptive et qualitative) 	Strong <i>et al.</i> (2004a) Strong <i>et al.</i> (2004b)	
	XI	<ul style="list-style-type: none"> Opinions d'experts 	Angelo (1993)
		<ul style="list-style-type: none"> Articles cliniques décrivant des interventions et des programmes cliniques 	ACE (2002)
			Brollier <i>et al.</i> (1994)
			Canelon (1995)
			Chappell <i>et al.</i> (2003)
			Durand <i>et al.</i> (1998)
		Fisher et Short-DeGraft (1993)	
		Hart <i>et al.</i> (1993)	
		Joss (2007)	
		Lacerte et Wright (1992)	
	Lambert <i>et al.</i> (2006)		
	Travis (2002)		
	Trombly (1995)		
Niveau de preuve non spécifié	<ul style="list-style-type: none"> Développement d'outils 	Durand <i>et al.</i> (2002)	