

Le Retour Thérapeutique au Travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail: description et fondements théoriques

MARIE JOS DURAND ▶ PATRICK LOISEL ▶ PIERRE DURAND

KEY WORDS

Back injuries
Rehabilitation, vocational
Work-related occupational therapy
Work environment

MOTS CLEFS

Environnement de travail
Ergothérapie centrée sur le travail
Maux de dos
Réadaptation au travail

**Marie José Durand, Ph.D.,
erg(c)** Professeure-adjointe
Programme d'ergothérapie
Université Laval
Faculté de médecine
Pav. Ferdinand Vandry
Université Laval
Québec. G1K 7P4

Pierre Durand, Ph.D.
Professeur agrégé
École des relations indus-
trielles, Université de
Montréal, Montréal,
Québec

Patrick Loisel, M.D.
Professeur titulaire
Département de chirurgie
Université de Sherbrooke
Sherbrooke, Québec

ABSTRACT

Occupational therapists are becoming more and more involved in the treatment of work related musculoskeletal disorders. In this field of practice, an innovative intervention called Therapeutic Return to Work has been developed. This intervention includes, as part of the rehabilitation programme, a rapid return of the injured individual to his regular work station, while under the supervision of a therapist. Occupational therapists make use of the natural work environment as a basic element of the rehabilitation process. This article briefly describes the different steps and the theoretical foundations of this intervention. Moreover, the Therapeutic Return to Work fits perfectly into the new guidelines for the integration of occupational therapy practice into the community.

RÉSUMÉ

L'ergothérapeute est impliqué de façon de plus en plus importante dans l'intervention auprès des travailleurs présentant des lésions musculo-squelettiques d'origine professionnelle. Dans ce domaine, une intervention innovatrice appelée le Retour Thérapeutique au Travail a été développée. Celle-ci intègre rapidement au programme de réadaptation, le retour supervisé de l'individu blessé son poste de travail régulier. L'utilisation et l'exploitation de l'environnement naturel du travailleur par l'ergothérapeute devient un élément fondamental de ce processus de réadaptation au travail. Cet article décrit brièvement les différentes étapes de cette intervention et les fondements théoriques qui la supportent. Par ailleurs, le Retour Thérapeutique au Travail s'inscrit parfaitement dans les nouvelles orientations de l'ergothérapie axées sur une pratique intégrée dans le milieu communautaire.



COPYRIGHT

Copyright of articles which appear in the Canadian Journal of Occupational Therapy (CJOT) is held by the Canadian Association of Occupational Therapists. Permission must be obtained in writing from CAOT to photocopy, reproduce or reprint any material published in the Journal. There is a per page, per table or figure charge for commercial use.

l'âge adulte, le travail est une occupation majeure de l'individu. Or, chaque année, de nombreux travailleurs sont victimes d'accidents du travail qui provoquent des absences prolongées de leur emploi. Au Québec en 1995, 36 900 travailleurs se sont absentés de leur travail à cause d'une affection vertébrale d'origine professionnelle. Ces absences du travail ont entraîné des dépenses de 431 millions de dollars en coûts d'indemnisation (Commission de la santé et de la sécurité du travail, 1996). Face à l'importance de ce problème de santé et aux coûts sociaux considérables, divers programmes de réadaptation ont émergé depuis une vingtaine d'années pour les travailleurs présentant des maux de dos (Aronoff, McAlary, Witkower & Berdell, 1988; Bégin & Martel, 1991; Cutler et al., 1994; Mitchell & Carmen, 1994; Revel, 1995; Tollison & Kriegel, 1989). Cependant, les fondements théoriques, les professionnels impliqués, les modalités de traitement et les critères d'admission à ces programmes sont extrêmement variés. Plusieurs études sur leur efficacité ont été publiées (Ambrosius, Kremer, Herkner, Dekraker & Bartz, 1995; Cutler et al., 1994; Flor, Fydrich & Turk, 1992; Hazard et al., 1989; Lindström et al., 1992; Mayer, Gatchel, Kishino, Keeley & Mooney, 1987; Nicholas, Wilson & Goyen, 1991). Malheureusement ces études ont démontré des résultats divergents, ce qui ne permet pas de conclure sur leur efficacité. Ces programmes ont généralement été réalisés dans un milieu médical, c'est-à-dire soit à l'hôpital, soit dans une clinique médicale ou encore dans un centre de réadaptation. Le milieu de travail n'est jamais impliqué directement dans le processus de réadaptation. Parallèlement à ces programmes, le monde du travail a mis en place une toute autre stratégie pour favoriser le retour au travail des individus blessés. En effet, au Québec, la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles permet maintenant l'assignation temporaire (Baribeau, 1985). Elle consiste à concéder à l'employeur le droit de donner un autre travail à un employé blessé, mieux adapté à ses capacités, jusqu'à la reprise du travail régulier. Ainsi, les travailleurs accidentés retournent à un travail allégé plus rapidement qu'auparavant. Cependant, il n'existe pas actuellement d'étude scientifique sur l'efficacité et l'efficacité de l'assignation temporaire comme stratégie favorisant la reprise du travail au poste régulier.

Dans le domaine de la réadaptation au travail, il y a peu de lien ou de connexion structuré entre les deux approches ci-dessus mentionnées; réadaptation en milieu médical et retour au travail allégé (assignation temporaire). Or, dans le cadre d'une recherche étudiant la prise en charge précoce des personnes avec des maux de dos, une nouvelle intervention appelée le Retour Thérapeutique au Travail (RTT) a été développée (Durand, 1996; Loisel, Durand, Gosselin, Simard & Turcotte, 1996; Loisel et al., 1994). L'apport innovateur du RTT est justement la création d'une interface entre le milieu clinique traditionnel et l'environnement réel du travailleur. Cette intervention a été conçue à partir des réflexions de cliniciens

confrontés aux difficultés et aux échecs de la réintégration au travail de certains travailleurs blessés qui vivent des incapacités prolongées. Les objectifs du présent article sont d'abord de décrire brièvement l'intervention du RTT et de présenter les fondements théoriques qui la sous-tendent.

Définition et déroulement du RTT

Le RTT se caractérise par un retour progressif et supervisé d'un individu à son poste régulier de travail. Il se déroule en parallèle avec la poursuite d'un programme de réadaptation basé sur les travaux de Mayer et al. (1987) et appelé thérapie de récupération fonctionnelle. Celle-ci se caractérise par les éléments suivants: la reconnaissance du syndrome de déconditionnement chez le travailleur blessé, l'influence des facteurs psychosociaux et socio-économiques dans la problématique, la responsabilisation du client, l'intervention multidisciplinaire, l'approche cognitivo-comportementale et finalement l'évaluation répétée et systématique. Lorsque au cours de ce programme, les capacités du travailleur sont jugées suffisantes pour répondre partiellement aux exigences de son poste de travail habituel, l'équipe multidisciplinaire recommande le RTT. L'équipe est formée d'un ergothérapeute, d'un psychologue, d'un éducateur physique et d'un médecin spécialiste de l'appareil musculo-squelettique. L'ergothérapeute est coordonnateur du volet réadaptation dans le milieu de travail des clients. Avant d'effectuer le RTT, l'ergothérapeute effectue une visite au poste de travail du client afin de cerner ces tâches et les différentes contraintes ergonomiques. Pour mettre en route l'intervention, il doit obtenir l'accord du travailleur, celui de son médecin traitant, celui du responsable du service de santé et sécurité de l'établissement où il travaille et du responsable de l'organisme de prise en charge du travailleur (conseiller en réadaptation de la CSST). Une fois ces accords obtenus, les contraintes (tâches), les cadences et l'horaire de travail sont établis en collaboration (ergothérapeute, travailleur et superviseur immédiat du travailleur) et prennent la forme d'un contrat écrit. Le travailleur débute progressivement son retour au travail et répond au fil des semaines à des exigences de plus en plus élevées. Il poursuit parallèlement sa thérapie de récupération fonctionnelle le reste du temps. Par conséquent, le travailleur est en réadaptation à raison de 35 heures par semaine soit en milieu clinique ou de travail. En cours de programme, grâce à l'immersion au poste de travail, le client peut rapidement formuler aux membres de l'équipe les difficultés rencontrées tant sur le plan psychologique que physique. Ainsi les objectifs de la thérapie de récupération fonctionnelle seront adaptés spécifiquement aux besoins et à l'évolution du client. Lors de la réunion hebdomadaire de l'équipe, la progression de chaque client est réévaluée. Le RTT est alors ralenti ou augmenté selon le cas. À la dernière semaine du RTT, le travailleur est à temps complet à son travail et doit répondre à l'ensemble des tâches inhérentes à celui-ci. Si les capacités

du travailleur répondent à toutes les exigences du poste de travail, l'équipe pourra faire des recommandations au médecin traitant quant à la capacité du travailleur à retourner à son poste régulier. Ces recommandations seront ensuite acheminées à l'employeur afin de permettre au travailleur de retourner à son poste de travail régulier sans délai. Un rapport détaillé des capacités sera finalement envoyé au médecin traitant.

Dans la plupart des cas, le travailleur est en surnuméraire à son poste de travail lorsqu'il effectue son RTT. Ceci permet au travailleur blessé de réintégrer son travail en diminuant le stress lié à des exigences de rendement et en évitant d'ajouter une surcharge à ses collègues. Par conséquent, même si le rendement du travailleur est diminué cela n'affecte pas directement la production de l'entreprise. Pendant le RTT, le travailleur demeure sous la responsabilité de l'équipe multidisciplinaire et reçoit soit une indemnisation de l'organisme de compensation (CSST) ou son salaire de l'entreprise. Le tableau 1 résume les étapes de déroulement du RTT.

Fondements théoriques du RTT

Les fondements théoriques du RTT exposés dans cette partie établissent des ancrages qui permettront aux cliniciens et aux chercheurs de mieux comprendre et de légitimer les différentes composantes de cette intervention. D'abord, étant donné que la réadaptation au travail pour une clientèle présentant des lésions musculo-squelettiques d'origine professionnelle est contraint par la loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, nous établirons les relations entre le RTT et les limites d'ordre légal. Par la suite, un parallèle sera fait entre le modèle de l'occupation humaine et les différentes facettes du RTT. Finalement, des connaissances tirées du domaine éducatif seront exposées afin de supporter certaines actions de l'ergothérapeute pendant l'intervention. Le tableau 2 résume les différents aspects exposés dans les fondements théoriques.

Aspect légal

Nous établissons ici comment le RTT en plus de répondre aux exigences de la loi, tire partie de celle-ci pour intégrer au cœur même de la réadaptation le milieu de travail du client.

Le droit à la réadaptation

Au Québec, la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, s'applique au travailleur victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et dont l'employeur a un établissement au Québec lorsque l'accident survient ou la maladie est contractée (Arguin, Cloutier & Giard, 1992). En vertu de cette loi, la réadaptation est maintenant un droit clairement reconnu pour le travailleur. Elle peut comprendre trois parties: la réadaptation physique, sociale et professionnelle. L'assignation temporaire à un travail allégé est une des mesures visant la réadaptation du travailleur acciden-

té. Selon la loi, ce travail doit être favorable à la récupération de l'individu.

Parallèle avec le RTT

Le RTT, tel que défini ici, correspond aux objectifs de la réadaptation prévus par la loi en utilisant l'assignation temporaire. En effet, le RTT, parce qu'il est en chevauchement avec la thérapie de récupération fonctionnelle, et parce qu'il est réalisé au poste régulier de l'individu, favorise le développement des capacités résiduelles spécifiques à l'emploi de la personne. De plus, il permet au travailleur d'identifier lui-même, avec l'aide de l'ergothérapeute, et de façon très précise, les contraintes physiques de travail difficiles à rencontrer et de poursuivre son ajustement face à celles-ci (volet réadaptation physique). Le RTT permet également à l'individu de réaliser très tôt les conséquences personnelles et sociales de son accident de travail ainsi que les situations de handicap qu'il devra surmonter lors d'un retour au travail complet (volet réadaptation sociale). Finalement, la première étape de la réadaptation professionnelle vise à rendre le travailleur capable d'exercer son ancien emploi. Étant donné que le RTT se réalise au poste de travail régulier des accidentés, il s'inscrit exactement dans la démarche de réintégration du travailleur dans son emploi. De plus, il représente une modalité informative précieuse pour déterminer un emploi convenable, si l'ancien emploi ne peut être réintégré, ce qui constitue l'étape ultérieure de la réadaptation professionnelle.

L'assignation temporaire

Le RTT et l'assignation temporaire tel que prescrite par la loi comportent des éléments à la fois communs et divergents. Dans les deux cas, l'importance de réintégrer rapidement l'individu à une activité productive est le concept de base. En effet, plusieurs études ont démontré que plus le temps d'absence du travail depuis l'événement est prolongé, plus la probabilité que l'individu retourne au travail est petite (Cheadle et al., 1994; Frymoyer, 1991; Lancourt & Kettelhut, 1992; Lehman, Spratt & Lehmann, 1993). L'importance du temps d'absence du travail a été également décrite en termes de risque de perte de l'identité de travailleur et de bouleversements des références identitaires (Baril, Martin, Lapointe & Massicotte, 1994; Taylor, 1989). Ainsi, le retour au travail précoce tente de rompre le cercle vicieux qui aboutit fréquemment à des incapacités prolongées et à la chronicité.

Les contraintes du travail sont allégées dans les deux formes. Par contre, le travail exécuté dans l'assignation temporaire est dans la plupart des cas, différent de celui du poste original où l'accident de travail s'est produit (Arguin et al., 1992; Centre patronal de santé et sécurité du travail du Québec, 1993). Par exemple, un facteur qui réalise la livraison du courrier pourrait être affecté au classement de celui-ci. De plus, l'assignation temporaire prend souvent la forme du travail à temps partiel qui évolue vers un travail à temps complet.

Tableau 1

Étapes du déroulement du RTT

Étape 1

Le travailleur débute la thérapie de récupération fonctionnelle.

Étape 2

L'équipe multidisciplinaire recommande le RTT lorsque le travailleur a atteint les capacités suffisantes pour répondre partiellement aux exigences de son poste de travail.

Étape 3

L'ergothérapeute effectue une visite au poste de travail du client. Il détermine les tâches de travail ainsi que les contraintes ergonomiques du poste.

Étape 4

L'ergothérapeute demande l'autorisation du travailleur, du médecin traitant, du responsable du service de santé et sécurité de l'entreprise concernée et du responsable de l'organisme de prise en charge (CSST) pour débiter le RTT.

Étape 5

Établissement d'un contrat écrit contenant l'horaire, les contraintes, la cadence de travail. Contrat élaboré par le travailleur, l'ergothérapeute et le superviseur immédiat.

Étape 6

Début du RTT dans l'entreprise.

Étape 7

Progression en temps, en cadence, en contraintes du RTT dans l'entreprise avec réduction proportionnelle du temps en thérapie de récupération fonctionnelle.

Étape 8

Discussion entre le travailleur et l'équipe multidisciplinaire concernant les difficultés rencontrées et la réintégration à son poste de travail. Au besoin, ajustement.

Étape 9

Le travailleur est à temps plein en RTT dans son entreprise mais toujours sous la responsabilité de l'équipe multidisciplinaire.

Étape 10

Évaluation par l'équipe multidisciplinaire de la réintégration et de l'adéquation entre les capacités du travailleur et les exigences de son poste.

Étape 11

Recommandation de l'équipe au médecin traitant pour le retour permanent au poste de travail.

Étape 12

Après l'approbation du médecin traitant, recommandation à l'employeur pour la reprise du poste de travail régulier.

Étape 13

Rédaction d'un rapport détaillé sur les capacités du travailleur par les intervenants de l'équipe. Ce dernier est acheminé au médecin traitant.

Par opposition, le RTT vise le retour progressif du travailleur à son poste antérieur. La combinaison du RTT et de la thérapie de récupération fonctionnelle se présente pour le travailleur comme une occupation à temps complet où s'inverse progressivement l'importance de chacune des parties. Cette distinction est importante. En effet, certains indices et l'expérience en

réadaptation au travail nous portent à croire que retourner un individu à un autre poste de travail, ou à temps partiel, pourrait en réalité renforcer la personne à la fois dans son rôle de malade et dans la perception de son incapacité à reprendre son travail et à occuper une activité productive à temps complet. De plus, une interrogation demeure sur le développement

Tableau 2
Resumé des différents aspects traités dans les fondements théoriques

Aspect légal

- Droit à la réadaptation
- Parallèle avec le RTT
- L'assignation temporaire

Modèle de l'occupation humaine

- L'environnement
- Les sous-systèmes

Perspective éducative

- Contrat d'apprentissage
- Transfert d'apprentissage
- Similarité des problèmes
- Données structurelles des problèmes
- L'extraction des règles

des capacités résiduelles si, en fait, le poste réintégré ne correspond pas aux mêmes exigences que l'emploi antérieur. Actuellement, il n'existe pas d'étude sur l'efficacité de l'assignation temporaire et les hypothèses exposées reposent principalement sur le vécu clinique.

Un autre aspect qui différencie le RTT de l'assignation temporaire est l'intensité de la supervision. Dans le RTT, la supervision est extrêmement étroite de la part de l'ergothérapeute, et les contraintes de travail sont réévaluées à toutes les semaines. Cette supervision permet de passer progressivement des tâches allégées à celles régulières du poste. Dans le cas de l'assignation temporaire, la supervision est plus distante et elle est rarement réalisée par des intervenants compétents dans le domaine de la réadaptation au travail. Par conséquent, la progression des contraintes de travail et le passage du poste allégé au poste régulier pose fréquemment des difficultés. Le travailleur peut parfois demeurer pour une période très longue à un poste allégé ralentissant ainsi la reprise de son travail régulier.

En résumé, la thérapie de récupération fonctionnelle associée avec un RTT remplit d'une part les objectifs de la réadaptation prévus par la loi et, d'autre part, assure par le biais de l'assignation temporaire une réintégration du travailleur à son poste dans un contexte supervisé.

Modèle de l'occupation humaine

Dans cette partie, les composantes et le déroulement du RTT sont observés à partir du modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 1995). D'abord l'environnement est abordé, puisqu'il représente un élément majeur du RTT, suivi de l'étude des sous-systèmes du modèle.

L'environnement

La conception du comportement humain comme un système ouvert dans son environnement est une perspective maintenant largement répandue en ergothérapie (Kielhofner, 1995). Un système ouvert est défini comme un ensemble de structures et de fonctions reliées entre elles et organisées dans un ensemble cohérent qui interagit dans son environnement et qui est capable de se maintenir et de se changer lui-même. Dans cette perspective, la dysfonction chez un individu se manifeste lorsqu'il y a un arrêt ou un déséquilibre des extrants c'est-à-dire du comportement occupationnel. Cette perturbation révèle un problème de l'interface personne-environnement (Kielhofner, 1985). Or, la réadaptation des personnes avec maux de dos se déroule habituellement en centre spécialisé, c'est-à-dire dans un environnement protégé et loin du milieu naturel du travailleur. L'environnement de l'individu devient les intervenants en santé, les autres travailleurs blessés et le lieu physique de la thérapie. Ainsi les intrants, qui sont toutes les formes d'informations qui entrent dans le système pour être transformées, sont en bonne partie artificiels. Le RTT, en immergeant le client à son propre poste de travail et dans son milieu naturel, permet l'intégration d'intrants authentiques provenant du milieu réel. Cet aspect est un apport original de cette intervention. Dans le modèle de l'occupation humaine revu en 1995 par Kielhofner, l'environnement est divisé en deux dimensions: l'environnement physique et l'environnement social. Les deux dimensions sont fortement imprégnées par la culture. En mettant le travailleur dans son milieu naturel, celui-ci est confronté à son environnement construit de travail, c'est-à-dire à des espaces organisés et qui commandent des comportements spécifiques. Dans cet environnement construit de travail, le travailleur doit s'harmoniser avec les objets du milieu. Ces derniers influencent directement l'interface personne-environnement. Par exemple, l'occupation d'un poste de manutentionnaire ou d'infirmière-auxiliaire impose des environnements physiques fort différents. L'entrepôt, avec les boîtes, les remonte-charges, les diables, représentent l'environnement qui est planifié, organisé, structuré d'une certaine façon. Dans ce milieu, le manutentionnaire doit avoir des comportements propres à la demande, déplacer et transférer des boîtes, remplir et vérifier des bons de commande. Pour avoir ces comportements, il doit utiliser les objets qui finalement s'imposent entre lui et l'environnement. L'infirmière-auxiliaire, elle, vit dans un centre hospitalier où tout est structuré pour faciliter les soins aux bénéficiaires; les objets deviennent les fauteuils roulants, les lits, les tables. Les comportements spécifiques commandés par l'environnement sont très différents de ceux du manutentionnaire. Par conséquent, étant donné que l'environnement physique impose des comportements spécifiques et que ces derniers sont recherchés pour la réintégration au travail, le RTT par sa structure va utiliser exactement ces comportements et les introduire au coeur même de la réadaptation.

L'environnement social, qui dans le contexte de cette intervention est représenté par les individus dans le milieu de travail, a également un impact important. En effet, l'appartenance à un groupe social impose d'une part, un rôle occupationnel à l'individu et d'autre part, des formes occupationnelles. Ainsi l'individu qui se réinsère dans son milieu de travail doit se réapproprier son rôle, qui est celui d'être une partie active et intégrée d'une organisation qui comporte des fonctions, des valeurs, des obligations. Tel que nous l'avons mentionné précédemment, deux facteurs sont intimement associés à la chronicité pour cette clientèle: le temps d'absence au travail et les répercussions de celui-ci sur les pertes identitaires. Il est fréquent, qu'après l'accident, le travailleur vive des peurs de rechute, des sentiments de manque de contrôle sur sa douleur et sur sa vie (Baril et al., 1994; Klenerman et al., 1995; Waddell, Newton, Henderson, Somerville & Main, 1993). La résultante de ce processus se manifeste souvent par une perte d'estime de soi et par des sentiments de dépression atteignant finalement l'identité de l'individu en tant que travailleur (Baril et al., 1994; Waddell et al., 1993). Tout ce processus s'amplifie avec l'absence prolongée de l'individu de son travail. Par conséquent, la réinsertion rapide du travailleur à son poste favorise le maintien ou du moins la réappropriation rapide de son rôle dans son environnement social. Par ailleurs, la participation à des groupes sociaux détermine des formes occupationnelles. Kielhofner (1995) définit celles-ci comme des séquences d'actions régularisées qui sont cohérentes, orientées vers un but, basées sur un savoir collectif, culturellement reconnaissables et identifiées. Ainsi, les collègues de travail, les patrons imposent un espace limité où se retrouvent des façons de faire, des normes de performances et des règles. Par conséquent, les comportements d'un individu qui retourne travailler dans un certain environnement seront modulés par les formes occupationnelles émergentes de son propre milieu. Or la réadaptation des travailleurs vise exactement la reprise des formes occupationnelles qui ne sont nullement reproductibles en milieu clinique. Ceci souligne toute la richesse d'exposer progressivement l'individu à son milieu de travail naturel.

Les sous-systèmes

L'influence du milieu de travail réel dans le processus de réadaptation peut être étudiée en regard des différents sous-systèmes représentant l'homme tels que définis par Kielhofner (1995). Seuls les éléments-clés des trois sous-systèmes sont relevés ici. Chez le travailleur blessé au dos les déterminants personnels du sous-système de volition sont fréquemment perturbés. En effet, le travailleur qui vit un arrêt de travail prolongé a dans la plupart des cas, une perception appauvrie de ses capacités réelles et vit souvent une perte de son sens de l'efficacité (Baril et al., 1994; Durand, 1996; Taylor, 1989). Il se sent inapte au travail et plusieurs informations dans ce sens lui ont été fournies par les différents intervenants. En exposant le travailleur à ses propres tâches de travail, on tente de ren-

verser cette perception perturbée que l'individu a de ses propres capacités en diminuant ses craintes et en favorisant l'exploration de son potentiel. On intervient donc directement au niveau des déterminants personnels. Par l'introduction du travail réel dans le processus de réadaptation, on vise également la réintégration de patrons stables de travail qui ont été perturbés par la survenue de l'accident. On se situe alors dans le sous-système d'habitude. Tel que mentionné, le RTT est associé à la thérapie de récupération fonctionnelle ce qui demande au travailleur une participation 5 jours par semaine. Cette organisation temporelle, où l'individu est occupé à temps plein et ne vit pas de période d'arrêt entre la réadaptation et le retour au travail, est un facteur fondamental. En effet, elle favorise d'une part, la réappropriation par l'individu de ses habitudes de travail et d'autre part, permet d'éviter des pertes identitaires importantes (rôles). Finalement, le milieu de travail de l'individu exige du travailleur un ensemble d'habiletés spécifiques et parfaitement orchestrées pour produire un comportement adéquat en interaction avec l'environnement. Ces habiletés réfèrent au sous-système de production. Pendant la thérapie de récupération fonctionnelle, les interventions sont centrées sur les composantes de la performance de la personne reliées spécifiquement à son travail, et ce, en préparation au RTT. Ainsi, des éléments tels que la force musculaire, la posture, la résolution de problèmes sont abordés. De plus, l'influence des éléments entre eux est également touchée, telle l'influence d'une mauvaise posture sur l'apparition de la douleur. Bien que des simulations de tâche de travail soient proposées dans la thérapie de récupération fonctionnelle, l'harmonisation ou l'orchestration des habiletés devient optimale et beaucoup plus précise en utilisant les situations réelles telles qu'offertes dans le RTT.

En somme, l'apport complexe et considérable de l'environnement naturel du travailleur sur la reprise de comportements spécifiques reliés au travail et l'impact de celui-ci sur les sous-systèmes supportent l'application du RTT comme intervention de réadaptation. Ainsi, le RTT se traduit par une approche écologique de la réadaptation en agissant à la fois sur le travailleur, sur son milieu et finalement sur les interactions entre les deux.

Perspective éducative

Dans une perspective éducative, le RTT représente un contexte d'apprentissage innovateur. En effet, il a deux principales caractéristiques: il fournit au client un contexte d'apprentissage au poste de travail de l'individu et met en place plusieurs conditions proposées dans les études comme des éléments favorisant le transfert des apprentissages.

Contrat d'apprentissage

Le contexte d'apprentissage se définit comme les conditions dans lesquelles se trouve le sujet au moment de l'activité et qui peuvent influencer sa compréhension et sa production

(Legendre, 1993). Le contexte d'apprentissage du RTT présente deux particularités: il prend la forme d'un contrat d'apprentissage adapté et il se déroule dans le milieu naturel de travail de l'individu. En effet, avant que le RTT ne débute, l'ergothérapeute, en consensus avec le client et le responsable dans le milieu de travail, établiront sous la forme d'un engagement écrit les objectifs, les tâches à accomplir, la gradation des activités et l'échéancier. Cette procédure s'apparente à ce qui est décrit dans la littérature comme un contrat d'apprentissage. Ce dernier se définit comme les conditions selon lesquelles s'effectuent la formation et notamment les droits et responsabilités des parties (Legendre, 1993).

L'utilisation du milieu naturel comme contexte d'apprentissage est porteuse de sens. En effet, certains auteurs font une distinction entre les activités authentiques provenant du milieu réel et les activités apocryphes réalisées dans le milieu scolaire (Brown, Collins & Duguid, 1989). Les premières sont cohérentes avec les pratiques courantes d'une culture (croyances, valeurs, habitudes, comportements) tandis que les secondes sont dénuées de signification pour les individus (Brown et al., 1989; Kielhofner, 1995; Mosey, 1985). Il est pensable d'établir ici un parallèle entre les activités réalisées dans le milieu scolaire et celles effectuées dans un milieu clinique. Par exemple, une couturière dont la tâche consiste à confectionner des gants dans une manufacture représente en soi une culture. Cette même personne blessée au dos et intégrée dans un programme de réadaptation se verra proposer en milieu clinique des activités de couture similaires. En termes de tâches et de contraintes, les deux milieux peuvent se ressembler, ou du moins se rapprocher. Mais ces activités en milieu clinique demeurent apocryphes (non authentiques) car dépourvues à la fois de sens, des buts et des contraintes environnementales rattachés à la culture du travail. Ces activités sont en réalité hybrides; elles tentent de reproduire des activités authentiques mais dans une autre culture. Par conséquent, si la réadaptation se cantonne à un milieu protégé, toute la richesse de la contribution du milieu réel et de son contexte d'apprentissage n'est pas sollicitée. Le RTT, par l'immersion rapide dans le milieu de travail habituel, permet la réalisation d'activités authentiques qui au cours des semaines vont augmenter. Selon Brown et al. (1989), l'utilisation d'activités authentiques dans le milieu réel favorisent l'apprentissage.

Transfert d'apprentissage

Le transfert d'apprentissage est le but ultime de tout programme d'éducation ou de rééducation. Dans les écrits, le transfert d'apprentissage est défini selon plusieurs perspectives. Pour le propos actuel, les définitions de Gagné, Yekovich et Yekovich (1993) et de Perkins et Salomon (1988) sont retenues; elles s'inscrivent dans une approche cognitive de l'apprentissage. Selon ces auteurs, le transfert d'apprentissage est l'activation et l'application de connaissances antérieures

dans de nouvelles situations, et ces dernières font référence à la résolution de problèmes ou à la réalisation de tâches complexes. Le trait distinctif du transfert est le passage d'une situation à une autre, d'un contexte à un autre.

La formule de RTT met en place certaines des conditions identifiées comme favorisant le transfert d'apprentissage (Perkins & Salomon, 1989). Ce sont: 1) la similarité des problèmes 2) les données structurelles des problèmes présentés 3) l'extraction des règles à partir des problèmes présentés.

Similarité des problèmes

Cette condition implique que l'intervenant explique à l'apprenant en quoi les problèmes sont différents ou similaires. Les problèmes sont les apprentissages ou les tâches à réaliser. Par exemple, un client apprend les gestes à poser pour protéger son dos dans une situation de manutention avec un diable. Devant une nouvelle situation, telle que sortir les sacs d'épicerie du coffre de la voiture, l'intervenant doit expliciter en quoi ces deux situations sont semblables et distinctes. Donc, il y a une intervention sur la représentation mentale du problème. Dans le RTT, cette condition se présente en deux temps. D'abord, en préparation du RTT, l'ergothérapeute établira avec le client comment ce qui a été appris pendant la thérapie de récupération fonctionnelle s'applique aux tâches de travail incluses dans le contrat d'apprentissage. En second lieu, après l'immersion du client dans le milieu, celui-ci rapporte toutes les contradictions ou les incohérences qu'il perçoit entre ce qu'il a appris et la réalité. Ce matériel permettra à l'ergothérapeute de travailler à nouveau les liens de similarité et de dissemblance.

Données structurelles des problèmes

Cette condition s'applique à des problèmes ou situations faisant appel aux mêmes connaissances mais qui apparaissent différentes. Dans cette situation, l'intervenant doit rendre explicite à l'apprenant le fait que, bien que les surfaces des situations semblent différentes, les données structurelles réfèrent aux mêmes notions. Ainsi, par rapport à l'exemple ci-haut mentionné, l'ergothérapeute amène le travailleur à constater que dans les deux situations qui semblent a priori différentes les mêmes connaissances s'appliquent. Il s'agit ici des principes de protection du dos. Le RTT provoque des situations dans lesquelles le client se questionnera sur la réutilisation des connaissances. En ce cas, l'ergothérapeute identifie les données structurelles des situations. Par conséquent, le travailleur est amené à identifier la trame commune des situations et ceci lui permettra de mieux les comprendre une fois qu'il sera seul devant de nouveaux problèmes. La reconnaissance de ces données structurelles est un élément-clé dans le transfert d'apprentissage et elle représente un niveau plus complexe que la première condition.

Extraction des règles

Dans la littérature sur le transfert d'apprentissage, un bon nombre de recherches a porté sur l'importance de présenter à l'apprenant des exemples nombreux et variés (Butterfield & Nelson, 1989; Gick & Holyoak, 1987; Prawat, 1989). La variété des exemples est importante parce qu'elle favorise la décontextualisation des apprentissages. Celle-ci est identifiée par plusieurs chercheurs comme un facteur responsable du transfert. La décontextualisation des apprentissages ou des connaissances signifie que l'apprenant, à partir d'une exposition à un ensemble de situations, formule des règles qui sont détachées des contextes (Tardif, 1992). Donc, l'extraction des règles est fondamentale et l'intervenant doit accompagner l'apprenant afin de faciliter et de valider le processus. De plus, l'importance de l'ordre et de la structure des problèmes choisis par l'intervenant influence l'acquisition des connaissances. Gick et Holyoak (1987) suggèrent que dans la première phase d'acquisition, la présentation de quelques exemples similaires devrait être faite, suivie d'exemples de plus en plus variés et issus de contextes différents. Le RTT arrive pour le client après l'expérimentation de plusieurs situations en thérapie de récupération fonctionnelle et prend la valeur d'un exemple plus complexe provenant d'un autre contexte. Le milieu de travail représente de nouvelles informations pour poursuivre la décontextualisation de ces apprentissages. Par conséquent, le RTT, par son chevauchement avec la thérapie de récupération fonctionnelle, met en place les conditions pour la décontextualisation et donc pour le transfert d'apprentissage.

Le RTT, parce qu'il se déroule dans le milieu naturel du travail, crée donc une exposition à des activités "authentiques" de travail pour l'individu qui favorisent ces apprentissages et maintiennent son identité de travailleur. De plus, parce qu'il se situe comme une interface entre la réadaptation et la reprise du travail, il fournit un ensemble de situations qui s'intègrent directement dans le processus de représentations mentales. Par conséquent, cette intégration met en oeuvre des facteurs prédisposant aux transferts des apprentissages dans le travail de l'individu mais également dans les autres activités de la vie.

Conclusion

Le RTT est une intervention innovatrice qui réalise une interface entre le domaine clinique de la réadaptation et celui du milieu réel du travail, en favorisant la réintégration rapide des travailleurs qui présentent des situations de handicap au travail. Les fondements théoriques exposés justifient les différentes facettes du RTT en fournissant aux cliniciens des balises pour son application et son développement. Finalement, cette intervention s'inscrit parfaitement dans les nouvelles orientations de l'ergothérapie axées sur une pratique intégrée dans le milieu communautaire.

References

- Ambrosius, F.M., Kremer, A.M., Herkner, P.B., Dekraker, M., & Bartz, S. (1995). Outcome comparison of workers' compensation and non-compensation low back pain in a highly structured functional restoration program. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 21, 7-12.
- Arguin, P., Cloutier, M., & Giard, L. (1992). *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. La législation, jurisprudence et doctrine*. Montréal, QC: Wilson & Lafleur.
- Aronoff, G.M., McAlary, P.W., Witkower, A., & Berdell, M.S. (1988). Pain treatment programs: Do they return workers to the workplace? *Occupational Medicine*, 3, 123-136.
- Baribeau, P.L. (1985). *Guide du gestionnaire des accidents du travail et des maladies professionnelles*. Montréal, QC: Wilson & Lafleur.
- Baril, R., Martin, J.C., Lapointe, C., & Massicotte, P. (1994). *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. (Rapport R-082). Montréal, QC: Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Bégin, L., & Martel, G. (1991). Programme d'évaluation et de rééducation des travailleurs aux prises avec des maux de dos chroniques. *Le Clinicien*, juin, 111-124.
- Brown, J.S., Collins, A., & Duguid, P. (1989). Situated cognition and the culture of learning. *Educational Researcher*, Jan, 32-42.
- Butterfield, E.C., & Nelson, G.D. (1989). Theory and practice of teaching for transfer. *Educational Technology Research and Development*, 37, 5-38.
- Centre patronal de santé et sécurité du travail du Québec. (1993). L'assignation temporaire...il faut que cela roule! *Convergence*, 9, 2-15.
- Cheadle, A., Franklin, G., Wolhagen, C., Savarino, J., Liu, P.Y., Salley, O., & Weaver, M. (1994). Factors influencing the duration of work-related disability: A population-based study of Washington state workers' compensation. *American Journal of Public Health*, 84, 190-196.
- Commission de la santé et sécurité au travail. (1996). Statistiques des affections vertébrales 1993-1995. Document interne.
- Cutler, R.B., Fishbain, D.A., Rosomoff, H.L., Abdel-Moty, E., Khali, T.M., & Rosomoff, R.S. (1994). Does nonsurgical pain center treatment of chronic pain return patients to work? A review and meta-analysis of the literature. *Spine*, 18, 643-652.
- Durand, M.J. (1996). *Étude des effets du Retour Thérapeutique au Travail chez des travailleurs absents du travail suite à une lésion professionnelle au dos*. Thèse de doctorat non publiée, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec.
- Flor, H., Fydrich, T., & Turk, D. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta-analytic review. *Pain*, 49, 221-230.
- Frymoyer, J.M. (1991). Predicting disability from low back pain. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 279, 101-109.
- Gagné, E.D., Yekovich, C.W., & Yekovich, F.R. (1993). *The cognitive psychology of school learning* (2nd ed.). New York: Harper Collins.
- Gick, M.L., & Holyoak, K.J. (1987). The cognitive basis of knowledge transfer. Dans S.M. Cormier et J.D. Hagman (Eds.), *Transfer of learning: Contemporary research and applications* (pp.9-48). New York: Academic Press.

- Hazard, R.G., Fenwick, J.W., Kalisch, S.C., Redmond, J., Reeves, V., Reid, S., & Frymoyer, J.W. (1989). Functional restoration with behavioral support. A one year prospective study of patients with chronic low-back pain. *Spine*, 14, 157-161.
- Kielhofner, G. (1995). *A model of Human Occupation* (2nd ed.). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (1985). *A model of Human Occupation*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Klenerman, L., Slade, P.D., Stanley, M., Pennie, B., Reilly, J.P., Atchison, L.E., Troup, J.D.P., & Rose, M.J. (1995). The prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting. *Spine*, 20, 478-484.
- Lancourt, J., & Kettelhut, M. (1992). Predicting return to work for lower back pain patients receiving worker's compensation. *Spine*, 17, 629-638.
- Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l' éducation* (2e éd.). Montréal, Qc: Guérin.
- Lehman, T.R., Spratt, K.F., & Lehmann, K.K. (1993). Predicting long-term disability in low back injured workers presenting to a spine consultant. *Spine*, 18, 1103-1112.
- Lindström, I., Öhlund, C., Eek, C., Wallin, L., Peterson, L.E., Fordyce, W.E., & Nachemson, A. (1992). The effect of graded activity on patients with subacute low back pain: A randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach. *Physical Therapy*, 72, 279-293.
- Loisel, P., Durand, P., Gosselin, L., Simard, R., & Turcotte, J. (1996). *La clinique des maux de dos. Un modèle de prise en charge, en prévention de la chronicité*. Rapport de Recherche (R-140), Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Loisel, P., Durand, P., Abenhaim, L., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J., & Esdaile, J.M. (1994). Management of occupational back pain: The Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occupational and Environmental Medicine*, 51, 597-602.
- Mayer, T.G., Gatchel, R.J., Kishino, N.D., Keeley, J., & Mooney, V. (1987). A prospective two-year study of industrial restoration in industrial low back injury. An objective assessment procedure. *The Journal of the American Medical Association*, 258, 1763-1767.
- Mitchell, R.I., & Carmen, G.M. (1994). The functional restoration approach to treatment of chronic pain in patients with soft tissue and back injuries. *Spine*, 19, 663-642.
- Mosey, A.C. (1985). *Psychosocial components of occupational therapy*. New York: Raven Press.
- Nicholas, M.K., Wilson, P.H., & Goyen, J. (1991). Operant-behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic low back pain. *Behavioral Research Therapy*, 29, 225-238.
- Perkins, D.N., & Salomon, G. (1989). Are cognitive skills context-bound? *Educational Researcher*, 18, 16-23.
- Perkins, D.N., & Salomon, G. (1988). Teaching for transfer. *Educational Researcher*, 46, 22-32.
- Prawat, R.S. (1989). Promoting access to knowledge, strategy and distortion in students: A research synthesis. *Review of Educational Research*, 59, 1-41.
- Revel, M. (1995). La rééducation dans la lombalgie commune mise au point. *Revue du rhumatisme*, 62, 37-47.
- Tardif, J. (1992). *Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive*. Montréal, Qc: Les éditions Logiques.
- Taylor, M.E. (1989). Return to work following back surgery: A review. *American Journal of Industrial Medicine*, 16, 79-88.
- Tollison, C.D., & Kriegel, C.D. (1989). *Interdisciplinary rehabilitation of low back pain*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C.J. (1993). A fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52, 157-168.