



Les meilleures pratiques de réadaptation au travail pour la clientèle AVC ambulatoire

Revue rapide

Une production de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UETMI) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) et du Pôle universitaire en réadaptation (PUR)

Isabelle Linteau, conseillère scientifique, UETMI, DEUR, CCSMTL

Akram Djouini, conseiller scientifique, UETMI, DEUR, CCSMTL

Fannie Tremblay-Racine, bibliothécaire et responsable des Bibliothèques en déficience physique, IURDPM, DEUR, CCSMTL

Novembre 2023

Auteurs

Isabelle Linteau, Ph. D., conseillère scientifique, UETMI, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche (DEUR), CCSMTL

Akram Djouini, M.D., M. Sc., conseiller scientifique, UETMI, DEUR, CCSMTL

Fannie Tremblay-Racine, B.A., M.S.I., bibliothécaire et responsable des Bibliothèques en déficience physique, Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM), DEUR, CCSMTL

Soutien à la recherche documentaire

Zoé Montpetit, technicienne en documentation, Bibliothèques en déficience physique, IURDPM, DEUR, CCSMTL

Gestionnaire du mandat

Catherine Safianyk, chef de service des Bibliothèques et de l'UETMI, DEUR, CCSMTL

Frédérique Laurier, directrice adjointe – Enseignement, UETMI et diffusion des connaissances, DEUR, CCSMTL

Demandeur

Véronique Lavoie, directrice adjointe continuum en déficience physique, Direction des programmes en DI, TSA et DP, CCSMTL

Représentant du demandeur

Sébastien Pelletier, chef par intérim, Programme AVC et autres lésions cérébrales acquises non-traumatiques (SARCA/RAIS), Programme de réadaptation au travail, Direction des programmes en DI, TSA et DP, CCSMTL

Collaborateur au contenu clinique

Gilbert de Foenbrune, ergothérapeute, Programme de réadaptation au travail, Direction des programmes en DI, TSA et DP, CCSMTL

Comité PUR-UETMI

Représentants des établissements membres et partenaires du PUR

Manon Parisien, cheffe de service, IURDPM, DEUR, CCSMTL

Chantal Robillard, coordonnatrice de recherche clinique – Site MAB-Mackay, Direction des Affaires académiques, Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Stéphanie Laurin, coordonnatrice, Soins, services et programmes de 2^e ligne en déficience physique, Direction DI-TSA et DP, CISSS de Laval, Hôpital juif de réadaptation

Cloé Rodrigue, directrice de la recherche, CISSS de la Montérégie-Centre

Renée Rancourt, cheffe en réadaptation en déficience auditive et en déficience visuelle, Direction des programmes DI-TSA-DP, CISSS de Lanaudière

Lynda Cloutier, APPR, Direction des services multidisciplinaires de l'enseignement et de la recherche, CISSS des Laurentides

Représentantes de l'UETMI

Isabelle Linteau, conseillère scientifique, UETMI, DEUR, CCSMTL

Frédérique Laurier, directrice adjointe – Enseignement, UETMI et diffusion des connaissances, DEUR, CCSMTL

Conception graphique

Équipe Diffusion des connaissances, DEUR, CCSMTL

Révision linguistique

Natasha Dugal, conseillère scientifique, UETMI, DEUR, CCSMTL

Responsabilité

L'UETMI du CCSMTL assume la responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et constats formulés ne reflètent pas nécessairement les opinions du CCSMTL, du Pôle universitaire en réadaptation (PUR) ou des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

Pour citer ce document

Linteau, I., Djouini, A. et Tremblay-Racine, F. (2023). *Les meilleures pratiques de réadaptation au travail pour la clientèle AVC ambulatoire*. Revue rapide. Montréal, Qc : UETMI, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et Pôle universitaire en réadaptation (PUR), 97 p.

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible à ccsmtl-mission-universitaire.ca/fr/etmi

Correspondance

Toutes correspondances doivent être adressées à uetmi.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

©CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et Pôle universitaire en réadaptation (PUR), 2023

ISBN (En ligne) 978-2-550-96242-7

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

Bibliothèque et Archives Canada, 2023

La réalisation de cette revue rapide découle d'un partenariat entre l'UETMI du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et le Pôle universitaire en réadaptation (PUR).

Assurant la gouvernance collaborative du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), le PUR est une association de quatre établissements :

- le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, qui comprend l'Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM) ;
- le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, qui comprend le Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay ;
- le CISSS de Laval, qui comprend l'Hôpital juif de réadaptation ;
- le CISSS de la Montérégie-Centre, qui comprend l'Institut Nazareth et Louis-Braille.

Le PUR compte également deux établissements partenaires : le CISSS de Lanaudière et le CISSS des Laurentides.

Ensemble, ces établissements desservent des services pour tous les types de déficience physique (motrice, auditive, visuelle, du langage et de la communication) auprès de personnes de tous âges.

Pour plus de détails sur le PUR et le CRIR : <https://crir.ca/>

PRINCIPAUX CONSTATS

Au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, le Programme de Réadaptation au Travail (PRT) dessert la majorité des clientèles en déficience physique. Celle ayant subi un AVC est toutefois la plus importante (entre 40% et 45% de l'ensemble des usagers desservis). Consciente des spécificités de la clientèle AVC, l'Équipe du PRT souhaite s'assurer que les services qui lui sont offerts s'appuient sur les données probantes. À ce jour, il ne semble exister aucune recension sur les meilleures pratiques en réadaptation au travail post-AVC, ni sur le vécu des parties prenantes (usagers, professionnels, employeurs) les ayant expérimentées. La Direction des programmes en DI, TSA et DP du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal a donc mandaté l'UETMI – dans le cadre d'un partenariat avec le Pôle universitaire en réadaptation (PUR) – afin qu'elle réalise une revue rapide sur le sujet. Voici les principaux constats qui ressortent de la revue.

Programmes et interventions en réadaptation au travail post-AVC

Au total, 10 programmes ou interventions ont été recensés dans la littérature scientifique. Ces programmes/interventions se regroupent en deux grandes catégories.

- ***Programmes de réadaptation au travail***
 - Huit programmes adoptent une approche globale pour favoriser le retour au travail.
 - Ces programmes sont principalement donnés par des ergothérapeutes en collaboration avec d'autres professionnels (physiothérapeutes, orthophonistes, etc.).
 - Certains programmes débutent plus tôt que d'autres (de quelques semaines post-AVC à quelques mois, voire plus d'une année).
 - La durée des programmes varie également (entre six semaines et deux ans).
 - Les programmes incluent fréquemment les composantes suivantes : évaluation initiale ; formulation d'objectifs / élaboration d'un plan d'intervention ; préparation au travail ; planification du retour (impliquant discussions, recommandations, voire négociations des conditions de travail avec l'employeur) ; suivi de l'utilisateur à la suite de son retour au travail.
- ***Interventions ciblant spécifiquement les incapacités physiques***
 - Deux interventions ciblent spécifiquement les incapacités physiques pouvant affecter le retour au travail.
 - Elles ont pour objectif ultime le retour au travail, mais adoptent une approche plus ciblée (ex. neuro-réadaptation).
 - Ces deux interventions débutent à des moments différents (moins d'un mois à plus de deux ans post-AVC) et sont de durée variable (moins d'un mois à plus de deux ans).
 - Ne ciblant pas les mêmes incapacités, toutes deux ont des composantes très différentes.

Efficacité des programmes et interventions

- ***Effets des programmes de réadaptation au travail***
 - Des effets prometteurs sur le retour au travail :
 - Taux de retour au travail de 70% et plus dans une majorité d'études ;
 - Taux de retour au travail deux à trois fois plus élevé dans le groupe intervention que dans le groupe témoin ;
 - Pourcentage de patients bénéficiant d'accommodements au travail (ex. avoir plus de pauses, pouvoir faire du télétravail) nettement plus élevé dans le groupe intervention que dans le groupe témoin ;
 - Pertes de revenu nettement inférieures dans le groupe intervention ;
 - Taux de satisfaction quant à la situation d'emploi deux fois plus élevé dans le groupe intervention.
 - Effets sur d'autres variables d'intérêts : meilleur équilibre, meilleure mobilité, meilleure intégration dans la communauté.
- ***Effets des interventions ciblant spécifiquement les incapacités physiques***
 - Seulement une des deux interventions semble produire des effets bénéfiques.
- ***Comparaison de l'efficacité des programmes/interventions***
 - Les données collectées ne permettent pas de comparer l'efficacité des programmes/interventions.

Perceptions et expériences des principaux acteurs impliqués

- ***Rôles du professionnel***

Les trois rôles suivants apparaissent importants :

 - Coordonner les étapes et les services ;
 - Créer une alliance avec l'utilisateur / former une équipe avec l'employeur ;
 - Offrir un soutien direct à l'utilisateur, à l'employeur et aux collègues.
- ***Caractéristiques des programmes ayant suscité des commentaires positifs***
 - Début hâtif (≤ 8 semaines post-AVC) ;
 - Visites sur le lieu de travail ;
 - Formulation d'objectifs à atteindre consignés dans un plan ;
 - Transmission d'informations sur l'AVC et ses conséquences ;
 - Retour progressif (en termes d'heures, de jours de travail, de tâches et responsabilités) ;
 - Suivi auprès de l'utilisateur incluant une rétroaction continue sur les progrès réalisés.

- **Caractéristiques des programmes ayant suscité des commentaires négatifs**
 - Utilisation d'outils standardisés plutôt qu'une évaluation structurée basée sur l'expérience de travail sur le terrain lors de l'évaluation initiale ;
 - Suivi de seulement trois mois après le retour au travail.
- **Caractéristiques des programmes pour lesquelles des défis ou barrières sont rapportés :**
 - Malgré les commentaires positifs, le début hâtif (≤ 8 semaines post-AVC) est perçu comme un défi en raison du manque de personnel et du manque d'appui de la part du gestionnaire du thérapeute.
 - L'intensité et la durée du programme peuvent également être affectées par le manque de personnel et d'appui du gestionnaire.
 - La planification du retour au travail est complexe. Le thérapeute doit concilier les souhaits et les points de vue variés des différentes parties prenantes.

Limites méthodologiques des études

- **Pour les études sur l'efficacité des programmes et interventions :**
 - Les temps de suivi sont relativement courts (six mois ou moins dans la majorité des études). Les effets des programmes à moyen et à long terme sont inconnus.
 - Plusieurs facteurs liés à l'employeur, connus pour faciliter ou nuire au retour au travail, n'ont pas été pris en compte dans les analyses (ex. relation pré-AVC entre l'employeur et l'employé, soutien des collègues de travail).
 - La majorité des études sur les effets des programmes/interventions rapportent des résultats purement descriptifs, sans effectuer de comparaison entre un groupe intervention et un groupe témoin, ni réaliser des tests statistiques.
 - Le concept de travail est défini de manière différente d'une étude à l'autre : certains auteurs adoptent une définition plus inclusive et incluent le travail bénévole, d'autres se limitent au travail rémunéré.
 - Aucune des études et aucun des programmes recensés ne provient de l'Amérique du Nord. Or, les systèmes d'assurance, les lois et les règlements sur les normes du travail et les régimes d'invalidité sont différents d'un pays à l'autre.
- **Pour les études sur les perceptions et les expériences des principaux acteurs clés :**
 - En raison des devis utilisés (qualitatifs) et de la taille des échantillons, les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la population cible.
 - Les expériences ou défis rencontrés pourraient s'appliquer uniquement aux contextes des participants à l'étude. D'autres expériences et défis – existants dans d'autres milieux – pourraient ne pas être ressortis dans les études consultées.

TABLE DES MATIÈRES

PRINCIPAUX CONSTATS.....	5
ABRÉVIATIONS	10
GLOSSAIRE	11
INTRODUCTION.....	13
MANDAT	13
MÉTHODOLOGIE	14
Question décisionnelle et questions d'évaluation.....	14
PICOTS et critères d'inclusion et d'exclusion	14
Recherche documentaire.....	16
Sélection des documents	16
Évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus.....	16
Extraction et synthèse des données	17
RÉSULTATS	18
Q1. Programmes et interventions en réadaptation au travail pour la clientèle AVC ambulatoire ...	18
1) <i>Programmes de réadaptation au travail</i>	18
2) <i>Interventions ciblant spécifiquement les incapacités physiques</i>	23
Q2. Efficacité des programmes et interventions en réadaptation au travail.....	26
1) <i>Effets des programmes de réadaptation au travail</i>	28
2) <i>Effets des interventions ciblant spécifiquement les incapacités physiques</i>	35
Q3. Perceptions et expériences des principaux acteurs impliqués	39
1) <i>Professionnel en charge du programme (principaux rôles)</i>	41
2) <i>Début de l'intervention</i>	43
3) <i>Milieu d'intervention (setting)</i>	44
4) <i>Intensité et durée du programme</i>	44
5) <i>Composantes du programme</i>	45
CONCLUSION.....	48
LIMITES DE LA REVUE.....	50
RÉFÉRENCES	51
ANNEXE 1. Recherche documentaire	54

Bases de données scientifiques consultées.....	54
Stratégies de recherche dans les bases de données.....	55
Résultats de la recherche documentaire	66
ANNEXE 2. Diagramme de sélection.....	67
ANNEXE 3. Évaluation de la qualité méthodologique des études scientifiques (MMAT).....	68
ANNEXE 4. Informations complémentaires sur les études retenues	70
ANNEXE 5. Caractéristiques des programmes et interventions recensés	77
Programmes de réadaptation au travail	77
Interventions qui ciblent les incapacités physiques de l’usager pouvant affecter le retour au travail ..	93

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Critères de sélection des documents basés sur le modèle PICOTS et autres critères	15
Tableau 2 – Description sommaire des programmes de réadaptation au travail.....	19
Tableau 3 – Description sommaire des interventions qui ciblent spécifiquement les incapacités physiques pouvant affecter le retour au travail	24
Tableau 4 – Caractéristiques des échantillons dans les études retenues pour répondre à la Q2.....	27
Tableau 5 – Résultats des études sur les programmes de réadaptation au travail.....	29
Tableau 6 – Résultats des études sur les interventions qui ciblent spécifiquement les incapacités physiques	36
Tableau 7 – Caractéristiques des échantillons dans les études retenues pour répondre à la Q3.....	40

ABRÉVIATIONS

CCSMTL	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
CISSS	Centres intégrés de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
CRIR	Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain
DEUR	Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche
ECR	Essai contrôlé randomisé
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)
ISQ	Institut de la statistique du Québec
IURDPM	Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal
PUR	Pôle universitaire en réadaptation
S.O.	Sans objet
UETMI	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention

GLOSSAIRE¹

Biofeedback	Le terme biofeedback [ou rétroaction biologique] fait référence à un feedback extrinsèque, où des informations sur les performances motrices sont collectées et communiquées à l'individu. En pratique, le biofeedback peut représenter n'importe quelle variable biologique, par exemple : l'orientation du bras, les modèles d'activité musculaire pendant la marche ou les changements du centre de masse pendant la course. Ces informations peuvent améliorer les activités motrices en ajoutant des stimuli sensoriels qui peuvent être déficitaires ou en augmentant les stratégies nécessaires pour surmonter les limitations fonctionnelles (MacIntosh et al., 2019, p. 2369, traduction libre).
Extinction	Incapacité à identifier un stimulus d'un côté lorsque les deux parties du corps sont testées simultanément. Le stimulus peut toutefois être identifié lorsqu'une partie du corps est testée à la fois. Par exemple, un patient rapportera une sensation de toucher d'un seul côté quand il est touché simultanément des deux côtés, mais aura une sensation des deux côtés lorsqu'un côté est testé à la fois (Newman, 2022).
Hémiplégie	Paralysie affectant la moitié (gauche ou droite) du corps (Larousse Médical, s. d.).
Négligence spatiale unilatérale	Incapacité à prendre en compte des stimuli venant de l'hémi-espace opposé à la lésion cérébrale. En clinique, la présence d'une NSU [négligence spatiale unilatérale] sévère apparaît lorsqu'un patient entre en collision avec son environnement, ignore les aliments qui se trouvent d'un côté de son assiette et ne s'occupe que d'un seul côté de son corps (Menon et al., 2015).
Perception visuo-spatiale	Fonction mentale impliquée dans la distinction, par la vue, de la position relative des objets dans l'environnement ou par rapport à soi-même (OMS, 2001).
PICOTS	(P) Population, (I) Intervention, (C) Comparateur, (O) Outcomes (résultats d'intérêt), (T) Temporalité, (S) Setting (milieu d'intervention)

¹ Les définitions suivantes sont tirées partiellement ou intégralement des sources citées en référence.

	PICOTS : critères utilisés pour formuler les questions d'évaluation, orienter la recherche documentaire et préciser les critères de sélection lors d'une revue de littérature (revue systématique, revue rapide ou autre).
Réadaptation au travail	La réadaptation au travail est un « ensemble d'actions posées pour permettre à un individu de « rétablir » la congruence entre ses capacités et les exigences de son environnement de travail » (IRSSST, s. d.).
Recherche visuelle saccadique	<p>Dans le cadre de la présente revue, la recherche visuelle saccadique est un exercice réalisé à l'aide d'un logiciel (<i>EyeMove</i>) au cours duquel le patient doit effectuer des mouvements oculaires saccadés rapides et larges vers des cibles visuelles qui lui sont brièvement présentées (Kerkhoff, 2021).</p> <p>Les saccades oculaires sont des déplacements rapides et conjugués des deux yeux d'un point de fixation à un autre. Ce sont des mouvements de faible amplitude (1 à 25 minutes d'arc), de très courte durée (0,01 à 0,05 seconde) et de fréquence variant entre 0,1 et 1 Hertz. Leur vitesse peut atteindre 500 m/s de telle sorte que la vision n'est pas altérée par ce déplacement (Wardak et Duhamel, 2004, p. 90).</p>
Stabilométrie	Une plateforme de stabilométrie est un outil qui permet de mesurer différents paramètres de l'équilibre postural. Elle permet d'évaluer la stabilité du patient en position debout.
Troubles neurovisuels	Trouble de l'analyse visuelle consécutif à une lésion cérébrale, comme celles attribuables à un AVC.

INTRODUCTION

Au Québec, environ 20 000 personnes par année subissent un AVC. De ce nombre, près de 30% ont moins de 65 ans². Sachant que le taux d'activité³ des personnes âgées de 55 ans et plus est en hausse constante depuis les deux dernières décennies (ISQ, 2022), le retour au travail devient pour plusieurs survivants d'AVC un objectif de réadaptation.

Retourner au travail à la suite d'un AVC peut toutefois poser de grands défis en raison de certaines séquelles qui persistent dans le temps (ex. troubles moteurs, troubles de la communication, troubles cognitifs, fatigue neurologique). Il n'est donc pas étonnant que les taux de retour au travail rapportés dans la littérature soient relativement bas. Selon les résultats d'une méta-analyse – combinant les résultats de 55 études – seulement 55,7% des survivants d'un AVC en âge de travailler retourneraient au travail après 1 an; 67,4%, après 2 ans (Duong et al., 2019).

En vue de faciliter le retour et le maintien au travail des personnes ayant subi un AVC, différents programmes et interventions spécialisés ont vu le jour. Récemment, de telles pratiques ont été présentées dans le cadre de deux examens de la portée (*scoping reviews*) des écrits sur le retour au travail post-AVC (Coutts et Cooper, 2023; Green et al., 2021). Poursuivant des objectifs plus larges, la description de ces programmes/interventions y est très limitée. De plus, ni la qualité des études citées, ni les résultats d'efficacité ne sont rapportés. À ce jour, il ne semble exister aucune recension sur les meilleures pratiques en réadaptation au travail post-AVC, ni sur le vécu des parties prenantes (usagers, professionnels, employeurs) les ayant expérimentées.

MANDAT

Au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, le Programme de Réadaptation au Travail (PRT) dessert la majorité des clientèles en déficience physique. Les références proviennent de ses propres installations en déficience physique, mais aussi d'autres établissements (ex. cliniques médicales du territoire Est de Montréal). Annuellement, cela correspond à environ 250 références. La clientèle ayant subi un AVC est toutefois la plus importante (entre 40% et 45% de l'ensemble des usagers desservis). Consciente des spécificités de la clientèle AVC et soucieuse d'offrir des services qui s'appuient sur les données probantes, l'Équipe du PRT souhaite avoir un éclairage sur les meilleures pratiques en réadaptation au travail pour cette clientèle.

² Estimations basées sur les données des années 2017-2018 à 2019-2020 du [Système canadien de surveillance des maladies chroniques \(SCSMC\)](#).

³ Le taux d'activité comprend les personnes en emploi et au chômage.

C'est dans ce contexte que la Direction des programmes en DI, TSA et DP du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal a mandaté l'UETMI – dans le cadre d'un partenariat avec le Pôle universitaire en réadaptation (PUR) – afin qu'elle réalise une revue rapide sur le sujet.

MÉTHODOLOGIE

La revue rapide est une méthode scientifique transparente pour synthétiser des connaissances provenant de la littérature et qui se veut un compromis à la revue systématique en ajustant certains aspects sur le plan méthodologique (Hamel et al., 2021; Tricco et al., 2020). Les recommandations émergentes dans le domaine de cette méthode ont été respectées, notamment en réduisant les biais potentiels de sélection des études (tri interjuge) et en faisant l'analyse de la qualité méthodologique des travaux inclus (Garritty et al., 2021; Hamel et al., 2020; Tricco et al., 2016).

Question décisionnelle et questions d'évaluation

Dans le cadre de cette revue rapide, la question décisionnelle est la suivante :

Quelles sont les meilleures pratiques de réadaptation au travail pour la clientèle AVC ambulatoire ?

Partant de cette grande question, trois questions d'évaluation ont été formulées :

- Q1.** Quels programmes (interventions, modèles ou approches) en réadaptation au travail pour la clientèle AVC ambulatoire recense-t-on dans la littérature scientifique ?
- Q2.** Quelle est l'efficacité de ces programmes ?
- Q3.** Comment ces programmes sont-ils perçus et vécus par les principaux acteurs impliqués (usagers, professionnels, employeurs, etc.) ?

Pour y répondre, un examen de la littérature scientifique a été réalisé.

PICOTS et critères d'inclusion et d'exclusion

Le modèle PICOTS (Population – Intervention – Comparateur – *Outcomes* – Temporalité – *Setting*) a été utilisé pour formuler les questions d'évaluation ci-dessus, orienter la recherche documentaire et préciser les critères de sélection des documents. D'autres critères de sélection concernant les devis des études, les types de publications, les langues, les pays et les années de publication ont été ajoutés (voir Tableau 1).

Tableau 1 – Critères de sélection des documents basés sur le modèle PICOTS et autres critères

CRITÈRES	INCLUSION	EXCLUSION
Population	<ul style="list-style-type: none"> • Adultes en âge de travailler ayant subi un AVC 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes autres clientèles
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes interventions de réadaptation dont l'objectif premier est le retour au travail ou la performance au travail (programmes, interventions, modèles ou approches) 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes interventions de réadaptation dont l'objectif premier est d'améliorer la condition physique, mentale ou cognitive
Comparateur	S.O.	S.O.
Outcomes (résultats d'intérêt)	<ul style="list-style-type: none"> • Description du programme / intervention <ul style="list-style-type: none"> – Professionnels en charge – Début de l'intervention – Milieu de l'intervention – Intensité/durée – Principales composantes • Efficacité <ul style="list-style-type: none"> – Retour au travail, maintien du travail, performance au travail, etc. – Cognition / fatigue neurologique – Qualité de vie / bien-être – Coûts-bénéfices • Perceptions et expériences des parties prenantes : <ul style="list-style-type: none"> – Utilité / acceptabilité de l'intervention – Barrières et facilitateurs à l'implantation, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autres catégories de résultats (ex. sécurité, innocuité) • Prédicteurs du retour au travail
Temporalité	S.O.	S.O.
Setting (milieu)	Réadaptation ambulatoire (<i>outpatient</i>), clinique externe, domicile, lieu de travail, etc.	Réadaptation se déroulant exclusivement à l'interne (<i>inpatient</i>)
AUTRES CRITÈRES DE SÉLECTION		
Devis	Aucune restriction	---
Types de publication	Articles de revue scientifique, chapitres de livre, mémoires de maîtrise et thèses de doctorat Protocoles de recherche si utiles à la description d'une intervention	Éditoriaux, commentaires, résumés d'article ou de conférence, présentations PowerPoint
Langues	Anglais et français	Autres langues
Pays	Aucune restriction	---
Années	2012-2023	Avant 2012

S.O. : sans objet

Recherche documentaire

La recherche documentaire a été menée en juin 2023, en collaboration avec une bibliothécaire spécialisée en déficience physique. Quatre bases de données scientifiques – Medline (Ovid), All EBM Reviews (Ovid), Embase (Ovid), PsycINFO (Ovid) – ont été interrogées par la bibliothécaire en combinant le vocabulaire libre et contrôlé des concepts « AVC », « retour au travail », « travail » et « réadaptation ». Les résultats ont été limités aux documents publiés en anglais et en français, aux publications autres que celles sur les animaux et celles faisant la mention de certains termes dans le titre et le nom de la revue (*brain injuries, pediatric, cardiac, surgery, etc.*). Également, compte tenu du volume élevé de références repérées dans les bases de données, du temps et des ressources disponibles, la recherche documentaire s’est limitée aux publications des dix dernières années (2012-2023). Les titres et les résumés de l’ensemble des références ont été importés dans le logiciel EndNote X9. La liste détaillée des mots-clés et des équations de recherche utilisés est présentée à l’[Annexe 1](#). Enfin, les bibliographies des articles retenus ont été vérifiées manuellement par l’un des auteurs (IL) au cas où d’autres références pertinentes puissent s’y trouver.

Sélection des documents

L’ensemble des documents repérés lors de la recherche documentaire ont été examinés en tenant compte des critères d’inclusion et d’exclusion décrits plus haut (Tableau 1).

La sélection des documents s’est déroulée en deux étapes. D’abord, un premier tri des documents a été effectué sur la base des titres et des résumés. Pour ce faire, 20% des documents repérés ont été évalués à l’aveugle par deux des auteurs (IL et AD). Le reste des documents ont été évalués par un seul auteur (IL). Par la suite, les documents retenus à la première étape ont été lus en entier. Encore une fois, 20% des documents ont été évalués à l’aveugle, et ce, par les mêmes auteurs (IL et AD). Le reste de la sélection a été réalisée par un seul auteur (IL). Pour les deux étapes, les désaccords ont été réglés par discussion, jusqu’à l’obtention d’un consensus. Le diagramme détaillé de la sélection des documents est présenté à l’[Annexe 2](#).

À noter qu’aucune des recensions systématiques repérées ne respectait l’entièreté des critères d’inclusion au Tableau 1. Par conséquent, elles ont été consultées pour vérifier leurs études primaires. Et, le cas échéant, celles qui répondaient aux critères d’inclusion ont été ajoutées à la liste des documents retenus.

Évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus

La qualité méthodologique des études scientifiques retenues a été évaluée par l’un des auteurs (AD) à l’aide du *Mixed-Method Appraisal Tool* (MMAT). Le MMAT est un outil reconnu et validé pour évaluer la qualité méthodologique des études quantitatives, qualitatives et mixtes (Hong et al., 2018). Les résultats de l’analyse de la qualité des études sont présentés en détail à l’[Annexe 3](#).

Extraction et synthèse des données

L'extraction des documents a été réalisée par l'un des auteurs (IL) à l'aide d'une grille standardisée. La grille prévoyait notamment l'extraction des éléments suivants : auteur, année de publication, pays, objectif de l'étude, description de l'intervention, échantillon, devis, tests statistiques réalisés et principaux résultats. La validation de 20% des articles extraits a été réalisée par un autre auteur (AD).

Par la suite, une synthèse narrative de l'ensemble des données recueillies a été réalisée. Cette synthèse se divise en trois grands blocs, correspondant respectivement aux trois questions d'évaluation. Dans le premier bloc, les programmes et interventions recensés sont regroupés en deux catégories reflétant l'approche sous-jacente (approche globale ou centrée sur les déficiences physiques). Puis, dans chaque catégorie, les programmes/interventions sont décrits selon un ensemble de paramètres préétablis, à savoir le ou les professionnels en charge de l'intervention, le moment où débute l'intervention, le milieu de l'intervention, l'intensité/durée et les principales composantes. À cet effet, des fiches descriptives détaillées de chaque programme/intervention sont présentées à l'[Annexe 5](#).

Dans le deuxième bloc, les caractéristiques des participants (sociodémographiques et cliniques) et les devis des études retenues – sur les effets des programmes/interventions – sont d'abord présentés. Ensuite, les résultats des études sur le retour au travail sont regroupés par catégorie de programmes/interventions. Puis, pour chaque catégorie, les résultats sur le retour au travail (ex. taux de retour, rôles et responsabilités, performance) sont présentés, suivis d'autres résultats d'intérêt en rapport avec le retour au travail (ex. condition physique, autonomie, santé mentale).

Dans le troisième et dernier bloc, les résultats des études sur les perceptions des parties prenantes sont présentés en reprenant les mêmes paramètres utilisés pour décrire les programmes dans le bloc 1 (professionnels, début l'intervention, milieu de l'intervention, intensité/durée et principales composantes). De cette façon, l'analyse permet de dégager les caractéristiques – communes ou non à plusieurs programmes – considérées par les parties prenantes comme étant « utiles » ou « appréciables », et celles qui le sont moins. Le cas échéant, des barrières et des facilitateurs à leur implantation sont présentés, si rapportés.

Enfin, les constats issus de la présente synthèse tiennent compte à la fois des données disponibles, mais aussi des limites méthodologiques observées dans les études.

RÉSULTATS

Au total, la recherche documentaire a permis de repérer 1 502 références après le retrait des doublons. De ce nombre, 1 495 proviennent des bases de données scientifiques et 7 de bibliographies de documents consultés. Sur les 1 502 références repérées, 96 ont été retenues pour lecture complète. Au terme du processus de sélection, 19 publications respectaient les critères de sélection et ont été retenues pour la présente revue rapide (pour plus de détails sur le nombre de documents inclus et exclus aux différentes étapes, voir le diagramme de sélection à l'[Annexe 2](#)).

Les résultats de la présente revue sont subdivisés en trois parties, chacune dédiée à une question d'évaluation. D'abord, les programmes et interventions de réadaptation au travail recensés dans les 19 publications retenues sont présentés (Q1). Ensuite, les données sur l'efficacité de ces programmes/interventions – tirées de neuf publications – sont rapportées (Q2). Enfin, les données sur les perceptions et les expériences des parties prenantes (patients, thérapeutes, employeurs, collègues) – rapportées dans sept publications – sont exposées (Q3). Chacune de ces trois parties se conclut par une série de constats.

Q1. Programmes et interventions en réadaptation au travail pour la clientèle AVC ambulatoire

La première question d'évaluation est la suivante : quels programmes (interventions, modèles ou approches) en réadaptation au travail pour la clientèle AVC ambulatoire recense-t-on dans la littérature scientifique ?

Au total, 10 programmes ou interventions ont été recensés dans les 19 publications retenues. Ces programmes/interventions se regroupent en deux grandes catégories :

- 1) Les programmes de réadaptation au travail qui adoptent une approche globale pour favoriser le retour au travail (huit programmes abordés dans 17 publications) ;
- 2) Les interventions qui ciblent spécifiquement les incapacités physiques pouvant affecter le retour au travail (deux interventions ou ensemble d'interventions abordées dans deux publications).

1) Programmes de réadaptation au travail

Les caractéristiques des huit programmes de réadaptation au travail sont présentées sommairement au Tableau 2, puis décrites plus en détail à l'[Annexe 5](#), sous forme de fiches synthèses. Parmi ces programmes, deux proviennent de l'Australie, un du Royaume-Uni, un de Suède, un du Japon, un de Singapour, un d'Afrique du Sud et un regroupe des représentants de sept pays, dont le Canada. Hormis cette représentation, aucun des programmes recensés ne provient de l'Amérique du Nord.

Tableau 2 – Description sommaire des programmes de réadaptation au travail

Programme Pays (sources)	Professionnels	Début de l'intervention	Milieu d'intervention	Intensité / durée	Description
Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation (ESSVR) Royaume-Uni (Craven et al., 2021; Grant, 2016; Radford et al., 2020; Radford et al., 2022)	Ergothérapeute Collaborateurs : professionnels de la santé, médecin praticien, service d'aide à l'emploi, etc.)	≤ 8 semaines post-AVC	En communauté : domicile et lieu de travail principalement	≈ 1h/séance Fréquence : au besoin Durée totale : 12 mois max	Trois phases : 1) intervention précoce et préparation au travail; 2) retour au travail; 3) maintien du retour au travail Composantes : évaluation individuelle, formulation d'objectifs, intervention individualisée, informations sur l'AVC, soutien psychologique, liaison avec d'autres services /agences, préparation du retour au travail, examen et suivi du retour au travail, accompagnement continu, etc.
Fukuoka Occupational Health Support Center (services en ergothérapie) Japon (Tani et al., 2021)	Personnel du centre (non précisé)	15 mois post- AVC chez le seul patient à l'étude	Hôpital et lieu de travail	Intensité non rapportée Durée totale : 17 mois	Centre offrant gratuitement du soutien et des conseils pour le retour au travail, tant auprès des entreprises qu'auprès des travailleurs. Combine ergonomie et réadaptation. Évaluation du lieu de travail, recommandations faites à l'employeur (heures de travail, environnement de travail, etc.), suivi sur le lieu de travail (analyse des tâches effectuées), confection d'outils sur mesure pour faciliter l'exécution des tâches, etc.
Intervention de réadaptation professionnelle (sans nom précis) Australie (Moore et al., 2023; O'Keefe et al., 2022)	Ergothérapeute Collaborateurs : professionnels de la santé, employeur, services communautaires	≤ 4 mois post- AVC	En communauté (peut débuter en réadaptation interne)	1h/séance 1 fois/semaine Durée totale : 12 semaines	Intervention individuelle adaptée aux objectifs de l'utilisateur pour le retour au travail Composantes : évaluation (travail de l'utilisateur vs conséquences de l'AVC), identification des capacités/limites au travail, références vers d'autres professionnels de la santé, employeurs et services communautaires, ajustements du lieu de travail, suivi du retour au travail et, le cas échéant, examen d'emplois alternatifs
ReWork-Stroke rehabilitation programme Suède (Johansson, Hellman, et al., 2021; Johansson, Nilsson, et al., 2021; Öst Nilsson, 2019; Öst Nilsson, Eriksson, et al., 2020; Öst Nilsson et al., 2017;	Ergothérapeute Collaborateurs : autres professionnels au besoin	Flexible 4,5 mois à 19 mois post- AVC, selon le participant	En communauté, principalement sur le lieu de travail	Durée des séances : non rapportée Fréquence : au besoin Durée totale : entre 12 et 68 semaines, selon le participant	Deux phases : 1) Préparation (évaluation de la situation de l'utilisateur, évaluation du travail (rôle et lieu de travail), informations sur le retour au travail post-AVC, collaboration avec autres parties prenantes); 2) Phase d'essai du retour au travail (élaboration d'un plan, évaluation de la performance au travail, suivis sur le lieu de travail, conclusion/finalisation)

Programme Pays (sources)	Professionnels	Début de l'intervention	Milieu d'intervention	Intensité / durée	Description
Öst Nilsson, Johansson, et al., 2020)					
Stay at Work Intervention (SAWI) Australie (Turner et al., 2022)	Deux coordonnateurs, l'un diplômé en réadaptation, l'autre en enseignement	3 mois post-AVC	En communauté (lieu non précisé)	Durée des séances : non rapportée Nombre de séances : variable (moins de 5 à plus de 20) Durée totale : jusqu'à 12 mois	Trois phases : 1) rencontre initiale (évaluation de l'état de santé, des finances et de la situation d'emploi, identification des barrières et facilitateurs au retour au travail, etc.); 2) élaboration d'un plan d'action (incluant la référence vers d'autres services au besoin); 3) Rencontres subséquentes (liaisons avec d'autres parties prenantes si requis, assistance pour naviguer dans les différents services et remplir des formulaires, créer un CV et identifier des opportunités de formation, etc.)
Stroke Return to Work Intervention Programme (SReTWIP) Représentants de sept pays : Royaume-Uni, Canada, Australie, Suède, Afrique du Sud, Nigéria, Ouganda (Olaoye et al., 2020)	Équipe interdisciplinaire Membres-clés: ergothérapeutes et physiothérapeutes	Période de réadaptation ambulatoire, après que le client soit devenu indépendant dans ses AVQ	En clinique et sur le lieu de travail	Intensité variable selon la phase du programme Durée totale : 12 semaines	Quatre phases : 1) évaluation de l'utilisateur (habileté de travail, ergonomie du lieu de travail, établissement d'objectifs); 2) interventions spécifiques au travail et hors travail (compétences fonctionnelles, orientation professionnelle, planification de carrière, compétences préprofessionnelles, etc.); 3) test d'un retour au travail; 4) pleine participation de l'utilisateur dans son rôle de travailleur
Transition to Employment (TTE) program Singapour (Mohamad et al., 2020)	Ergothérapeute Collaborateurs: physiothérapeute, travailleur social, spécialiste d'aide à l'emploi, etc.)	Médiane : 2 mois post-AVC	En communauté : domicile, lieu de travail ou autres	Fréquence/durée des séances : non rapportée Durée totale : 2 ans max (médiane : 10 mois)	Services individualisés : réadaptation physique, soutien psychosocial, aide à l'emploi (placement / soutien), etc. Évaluation du domicile et du lieu de travail, exploration de technologies d'assistance, simulation de tâches de travail, recommandations pour des aménagements/modifications du travail, etc.
Workplace intervention programme Afrique du Sud (Ntsiea et al., 2015)	Physiothérapeute et ergothérapeute Collaborateurs : travailleur social, psychologue, orthophoniste, audiologiste, si requis	< 8 semaines post-AVC	Lieu de travail, à l'exception de la période d'évaluation	1h/séance 1 fois/semaine Durée totale : 6 semaines	Semaine 1 (évaluation de l'utilisateur); Semaine 2 (identification des barrières et facilitateurs du retour au travail, développement d'un plan pour surmonter les barrières et renforcer les facilitateurs); Semaine 3 (travail fait sur les barrières identifiées à la semaine 2); Semaines 4, 5 et 6 (continuation de l'intervention, évaluation des progrès, ajustements au besoin).

L'ensemble des programmes est destiné à des patients qui occupaient un emploi avant de subir un AVC et qui souhaitent retourner travailler. La majorité de ces programmes sont donnés par des ergothérapeutes en communauté, en collaboration avec d'autres professionnels selon les besoins spécifiques du patient (physiothérapeutes, médecins, spécialistes d'aide à l'emploi, psychologues, orthophonistes, etc.).

Le moment où débutent les services est variable d'un programme à l'autre. Trois des huit programmes débutent de manière assez hâtive, soit dans les deux premiers mois post-AVC :

- *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation* (Craven et al., 2021; Grant, 2016; Radford et al., 2020; Radford et al., 2022);
- *Transition to Employment program* (Mohamad et al., 2020);
- *Workplace intervention programme* (Ntsiea et al., 2015);

Deux programmes débutent à l'intérieur de trois à quatre mois à la suite de l'AVC :

- *Stay at Work Intervention* (Turner et al., 2022);
- Intervention de réadaptation professionnelle (sans nom précis) (Moore et al., 2023; O'Keefe et al., 2022).

Dans un autre programme (*Fukuoka Occupational Health Support Center*), le seul patient à l'étude a commencé à recevoir des services 15 mois post-AVC (Tani et al., 2021). Pour un autre (*ReWork-Stroke rehabilitation programme*), l'entrée varie selon la situation et les besoins du patient : entre 4,5 mois et 19 mois post-AVC chez les participants de l'étude (Johansson, Nilsson, et al., 2021; Öst Nilsson, Johansson, et al., 2020). Puis, un autre programme (*Stroke Return to Work Intervention Programme*) débute après que le patient soit devenu indépendant dans ses AVQ, sans donner toutefois de temps précis post-AVC (Olaoye et al., 2020).

La durée et la fréquence des séances ne sont pas systématiquement rapportées dans les publications, rendant toutes comparaisons hasardeuses entre les programmes. Pour trois d'entre eux, la durée des séances est de 1 heure. Pour les autres, l'information est manquante. La fréquence des séances peut, quant à elle, être de 1 fois par semaine, ou encore être adaptée aux besoins de l'utilisateur, voire à la phase du traitement selon le programme. La durée totale des programmes est pour sa part très variable. Le programme le plus court est de six semaines (*Workplace intervention programme*) (Ntsiea et al., 2015). Deux programmes ont une durée de 12 semaines :

- Intervention de réadaptation professionnelle (sans nom précis) (Moore et al., 2023; O'Keefe et al., 2022);
- *Stroke Return to Work Intervention Programme* (Olaoye et al., 2020).

Deux autres peuvent durer jusqu'à 12 mois :

- *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation* (Craven et al., 2021; Grant, 2016; Radford et al., 2020; Radford et al., 2022);

- *Stay at Work Intervention* (Turner et al., 2022).

Pour sa part, les services du *Fukuoka Occupational Health Support Center* se sont écoulés sur une période de 17 mois chez le seul participant à l'étude (Tani et al., 2021). Le *Transition to Employment program* a une durée maximale de deux ans, mais tend en pratique à prendre moins de 12 mois (Mohamad et al., 2020). Quant au *ReWork-Stroke rehabilitation programme*, sa durée s'adapte aux besoins de l'utilisateur (en pratique de quelques semaines à plus d'un an) (Johansson, Hellman, et al., 2021; Johansson, Nilsson, et al., 2021; Öst Nilsson, 2019; Öst Nilsson, Eriksson, et al., 2020; Öst Nilsson et al., 2017; Öst Nilsson, Johansson, et al., 2020).

Quant au contenu, la quasi-totalité des programmes (7 sur 8) partage les deux composantes suivantes :

- **Évaluation initiale** de l'utilisateur (mobilité, cognition, langage, etc.) et de son travail pré-AVC (rôle, responsabilités, environnement) en vue d'identifier les barrières et les facilitateurs au retour au travail;
- **Planification du retour** impliquant discussions, recommandations, voire négociations des conditions de travail avec l'employeur (ex. date du retour, adaptation du lieu de travail, dispositions transitoires quant aux tâches et à l'horaire de travail).

D'autres composantes sont partagées dans la majorité des programmes (5 sur 8) :

- **Formulation d'objectifs / élaboration d'un plan d'intervention** pour surmonter les barrières et renforcer les facilitateurs au retour au travail;
- **Préparation au travail** : interventions diverses visant le développement ou l'amélioration des compétences/aptitudes fonctionnelles (mobilité, cognition, langage, etc.) et professionnelles (par la simulation de tâches) requises pour l'emploi;
- **Suivi de l'utilisateur à la suite du retour au travail** (peut inclure des visites de suivi sur le lieu de travail) (composante explicite dans cinq programmes).

Enfin, dans une minorité de programmes (3 sur 8), on rapporte fournir de l'**information sur l'AVC et ses conséquences** aux usagers, aux proches, à l'employeur, voire aux collègues de travail ⁴.

⁴ À noter que la quantité d'informations disponibles sur les programmes et leur niveau de précision sont très variables. Certaines composantes d'un programme pourraient ne pas avoir été repérées faute d'informations dans les références consultées.

2) Interventions ciblant spécifiquement les incapacités physiques

Contrairement aux programmes de réadaptation au travail présentés précédemment, qui adoptent une approche plus globale pour favoriser le retour au travail, deux autres interventions (ou ensemble d'interventions) ciblent spécifiquement les incapacités physiques pouvant affecter le retour au travail. Les caractéristiques de ces deux interventions sont présentées sommairement au Tableau 3, puis décrites plus en détail à l'[Annexe 5](#), sous forme de fiches synthèses.

La première intervention provient de l'Italie ; la seconde, de l'Allemagne. Toutes deux se déroulent en clinique externe et adoptent une approche en neuro-réadaptation. Cependant, le début de l'intervention est plus tardif dans la première (27 mois post-AVC en moyenne) que dans la seconde (de quelques jours à quelques mois selon le patient). De plus, la première est donnée sur une plus courte période (un mois, environ 7h au total) que la seconde (entre 251 et 482 jours, 72,5 à 116 heures au total).

Dans la première intervention, les déficits moteurs des usagers – pouvant nuire au retour au travail – sont travaillés à l'aide de deux appareils qui fournissent un biofeedback. Le premier (SonicHand) est utilisé chez les patients qui présentent des déficits de la main et nécessitant une rééducation des fonctions motrices fines des membres supérieurs et de la dextérité de la main. Ce dispositif comprend une interface personne-machine capable de capturer les mouvements de la main et des doigts. En fonction des mouvements détectés, un logiciel génère des séquences musicales. L'exécution adéquate du mouvement permet la production d'une progression harmonique d'arpèges. Le deuxième appareil est le Riablo™. Ce dernier est utilisé chez les patients qui présentent des déficits liés à l'équilibre postural et aux fonctions motrices globales des membres. Il s'agit d'un système composé de plusieurs capteurs portables et d'une plateforme de stabilométrie connectée sans fil à un logiciel, pour fournir un biofeedback via une interface vidéo. Ce dispositif vise à améliorer la rééducation standard de l'équilibre et des fonctions motrices globales en guidant les performances de l'utilisateur grâce à l'utilisation d'une thérapie basée sur les jeux vidéo. Quel que soit l'appareil utilisé, l'intervention comprend l'exécution d'au moins six exercices.

La seconde intervention est une thérapie neuropsychologique qui cible plus particulièrement les patients présentant une négligence spatiale unilatérale du côté gauche à la suite d'un AVC de l'hémisphère droit. Trois grands types d'entraînement sont inclus : 1) l'entraînement des mouvements oculaires, 2) l'entraînement anti-extinction, et 3) l'entraînement au feedback spatial-perceptuel. Sans être une cible centrale de l'intervention, un entraînement aux activités liées au travail est également réalisé avant de réintégrer progressivement le travail.

Tableau 3 – Description sommaire des interventions qui ciblent spécifiquement les incapacités physiques pouvant affecter le retour au travail

Intervention Pays (sources)	Professionnels	Début de l'intervention	Milieu d'intervention	Intensité / durée	Description
<p>SonicHand ou Riablo™ (selon le participant)</p> <p>Italie</p> <p>(Ghanbari Ghoshchi et al., 2020)</p>	Non rapporté	Moyenne : 27 mois post-AVC	Clinique externe de trois hôpitaux spécialisés en neuro-réadaptation	<p>SonicHand : 20 séances de 20 minutes</p> <p>Riablo : 10 séances de 40 minutes</p> <p>Durée totale : 1 mois</p>	<p>Neuro-réadaptation motrice à l'aide du SonicHand <u>ou</u> du Riablo™, selon les objectifs individuels de réadaptation établis par l'équipe clinique en accord avec les attentes du patient</p> <p>Ces deux appareils fournissent un biofeedback technologique lié aux mouvements du patient</p> <p>SonicHand : administré aux patients présentant des déficits de la main et nécessitant une rééducation des fonctions motrices fines des membres supérieurs et de la dextérité de la main</p> <p>Riablo : administré aux patients présentant des déficits liés à l'équilibre postural et aux fonctions motrices globales des membres</p>
<p>Thérapie spécifique en neuropsychologie</p> <p>Allemagne</p> <p>(Kerkhoff, 2021)</p>	Neuropsychologue	Selon le patient : 24 jrs, 48 jrs ou 155 jrs post-AVC	Clinique ambulatoire en neuropsychologie	<p>Intensité non rapportée</p> <p>Durée totale : entre 251 jrs (72,5h) et 482 jrs (116h)</p>	Thérapie neuropsychologique se déroulant en 5 phases: 1) entraînement des mouvements oculaires; 2) entraînement anti-extinction; 3) entraînement au feedback spatial-perceptuel; 4) entraînement aux activités liées travail (ex. lire, écrire, courriel, téléphone, etc.); 5) réintégration professionnelle

CONSTATS

Quels programmes (interventions, modèles ou approches) en réadaptation au travail pour la clientèle AVC ambulatoire recense-t-on dans la littérature scientifique ?

- 10 programmes/interventions pour favoriser le retour au travail de la clientèle AVC ambulatoire ont été recensés. Plus précisément :
 - Huit programmes en réadaptation au travail qui adoptent une approche globale ;
 - Deux interventions ciblant spécifiquement les incapacités physiques de l'utilisateur pouvant affecter son retour au travail.
- Les programmes de réadaptation au travail :
 - Sont majoritairement donnés par des ergothérapeutes en collaboration avec d'autres professionnels selon les besoins spécifiques du patient ;
 - Débutent à différents moments à la suite de l'AVC, certains ayant un début plus hâtif (quelques semaines post-AVC) que d'autres (quelques mois, voire plus d'une année post-AVC) ;
 - Sont de durée variable (entre six semaines et deux ans selon le programme) ;
 - Incluent fréquemment les composantes suivantes : évaluation initiale ; formulation d'objectifs / élaboration d'un plan d'intervention ; préparation au travail ; planification du retour (impliquant discussions, recommandations, voire négociations des conditions de travail avec l'employeur) ; suivi de l'utilisateur à la suite de son retour au travail.
- Les interventions centrées sur les incapacités physiques de l'utilisateur :
 - Ont pour objectif ultime le retour au travail, mais adoptent une approche plus ciblée (ex. neuro-réadaptation) ;
 - Débutent à différents moments à la suite de l'AVC (moins d'un mois à plus de deux ans) ;
 - Sont de durée variable (un mois à plus d'un an) ;
 - Diffèrent en termes de composantes selon l'incapacité ciblée (ex. déficits de la main, problèmes d'équilibre, troubles neurovisuels).

Q2. Efficacité des programmes et interventions en réadaptation au travail

La deuxième question d'évaluation est la suivante : quelle est l'efficacité des programmes et interventions en réadaptation au travail pour la clientèle AVC ambulatoire ? Pour y répondre, huit études ayant fait l'objet de neuf publications ont été retenues.

Conformément aux critères de sélection du Tableau 1, l'ensemble des études ont été menées auprès d'adultes qui occupaient un emploi au moment de subir un AVC. Dans la majorité des cas, les participants à l'étude sont des hommes et sont âgés dans la quarantaine ou la cinquantaine. Le temps écoulé depuis l'AVC est très variable d'une étude à l'autre, allant de quelques semaines à 24 mois. Sur les huit études, seulement deux précisent la sévérité de l'AVC des participants. Dans la première, la majorité (70%) a subi un AVC léger. Dans la seconde, 35% ont subi un AVC léger, 28% modéré, 9% modéré-sévère et, pour 28% des participants, l'information est manquante. Enfin, sept des huit études rapportent certaines conséquences de l'AVC. Notamment, dans trois études, une majorité de participants présentent une hémiplégie gauche ou droite (Mohamad et al., 2020; Ntsiea et al., 2015; Tani et al., 2021). Également, trois études rapportent la présence de troubles du langage (de 30% à 60% des participants selon l'étude). Dans une autre étude, les participants présentent tous une négligence spatiale unilatérale du côté gauche à la suite d'un AVC de l'hémisphère droit (clientèle cible) (Kerkhoff, 2021). Il est cependant impossible de comparer les échantillons des études selon leur profil clinique puisque toutes n'ont pas accordé leur attention aux mêmes conséquences de l'AVC. Par exemple, seule une étude rapporte des problèmes de fatigue, et ce, chez 70% de ses participants (Öst Nilsson, Johansson, et al., 2020) ; dans les autres études, cette conséquence de l'AVC n'est pas documentée. Plus de détails sur les caractéristiques des échantillons des études se trouvent au Tableau 4.

Au total, huit des 10 programmes ou interventions recensés dans la littérature ont été évalués (une étude par programme ou intervention). Les deux programmes suivants n'ont pas été évalués :

- Intervention de réadaptation professionnelle (sans nom précis) (Moore et al., 2023; O'Keefe et al., 2022);
- *Stroke Return to Work Intervention Programme* (SRetWIP) (Olaoye et al., 2020).

Il est à noter cependant que seulement trois études adoptent un devis méthodologique qui permet réellement de mesurer l'efficacité d'un programme sur le retour au travail, soit un essai contrôlé randomisé dans les trois cas (Ghanbari Ghoshchi et al., 2020; Ntsiea et al., 2015; Radford et al., 2020). Dans les autres, les résultats sur le retour au travail sont présentés de manière descriptive, sans effectuer de comparaison entre un groupe intervention et un groupe témoin (voir l'[Annexe 4](#) pour plus de détails sur les caractéristiques méthodologiques des études).

Les résultats des études seront présentés selon les deux grandes catégories de programmes/interventions : 1) les programmes de réadaptation au travail (six études), 2) les interventions ciblant spécifiquement les incapacités physiques pouvant affecter le retour au travail (deux études).

Tableau 4 – Caractéristiques des échantillons dans les études retenues pour répondre à la Q2

Auteurs Pays	Nombre de participants	Genre	Âge	Temps depuis AVC	Sévérité AVC	Conséquences AVC ^a
Ghanbari Ghoshchi et al. (2020) Italie	N = 48 survivants d'AVC • Gr. Intervention (réadaptation technologique) : n = 23 (10 avec Riablo, 13 avec SonicHand) • Gr. Témoin (services usuels) : n = 25	35% femmes 65% hommes	Moyenne : 52 ans	Moyenne : 24 mois	Non rapporté	Non rapporté
Kerckhoff (2021) Allemagne	N = 3 personnes présentant une négligence spatiale unilatérale du côté gauche à la suite d'un AVC de l'hémisphère droit	0 femme 3 hommes	51-55 ans	24 jrs, 48 jrs et 155 jrs	Non rapporté	Hémianopsie homonyme gauche, hémiparésie, hypoesthésie, déséquilibre postural
Mohamad et al. (2020) Singapour	N = 50 survivants d'AVC	26% femmes 74% hommes	Médiane : 44 ans	Médiane : 2 mois	Non rapporté	Hémiplégie gauche (62%), droite (36%), bilatérale (2%)
Ntsiea (2015) Afrique du Sud	N = 80 survivants d'AVC • Gr. Intervention (réadaptation professionnelle + services usuels) : n = 40 • Gr. Témoin (services usuels) : n = 40	49% femmes 51% hommes	Moyenne : 45 ans (26-60)	Moyenne : 5 semaines	Non rapporté	Hémiplégie gauche (49%) et droite (51%), troubles de langage (39%)
Öst Nilsson, Johansson, et al. (2020) Suède	N = 10 survivants d'AVC	4 femmes 6 hommes	Moyenne : 49 ans (40-57)	Moyenne : 9 mois (4,5-19)	Léger (n = 7) Modéré (n = 3)	Fatigue (n = 7), vision (n = 4), aphasie (n = 3), mémoire (n = 3), attention (n = 3), équilibre (n = 2), vertiges (n = 1), faiblesse musculaire (n = 3)
Radford et al. (2020) Grant (2016) Royaume-Uni	N = 46 survivants d'AVC • Gr. Intervention (réadaptation professionnelle + services usuels) : n = 23 • Gr. Témoin (services usuels) : n = 23	22% femmes 78% hommes	Moyenne : 56 ans (18-78)	Moyenne : 21 jrs	35% léger, 28% modéré, 9% modéré à sévère, 28% manquant	Troubles de langage (60%), visuels (50%), cognitifs (13%)
Tani et al. (2021) Japon	N = 1 pharmacien survivant d'un AVC	1 homme	45 ans	15 mois	Non rapporté	Hémiplégie gauche
Turner et al. (2022) Australie	N = 41 survivants d'AVC	27% femmes 73% hommes	Moyenne : 55,5 ans	Non rapporté	Non rapporté	Dépression / anxiété : légère Fonctionnement (emploi, maison, loisirs, relations) : légères incapacités

^a Conséquences rapportées dans la description des échantillons de chaque article. Le niveau de détails varie grandement d'une étude à l'autre. Une conséquence non rapportée ne signifie pas qu'elle est absente, mais plutôt qu'elle n'a pas été documentée dans l'article.

1) Effets des programmes de réadaptation au travail

Les résultats des six programmes de réadaptation au travail sont présentés au Tableau 5. Dans le cadre de la présente synthèse, ces résultats ont été regroupés en deux catégories : a) les effets sur le retour au travail ; b) les autres types d'effets (ex. condition physique, AVQ, santé mentale).

a) Retour au travail

Taux de retour au travail

Le taux de retour au travail est évalué dans cinq études. De ce nombre, seulement deux font une comparaison entre un groupe intervention (participant au programme) et un groupe témoin (Ntsiea et al., 2015; Radford et al., 2020). Les trois autres études se contentent de suivre et de rapporter les taux de retour après le programme sans avoir de comparateur. Dans l'ensemble, les résultats s'avèrent très variables d'un programme à l'autre. En ordre croissant, les taux rapportés sont :

- **Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation (ESSVR)** : 52% (6 mois post-AVC) et 48% (12 mois post-AVC);
- **Workplace intervention programme** : 60% (6 mois post-AVC);
- **ReWork-Stroke rehabilitation programme** : 70% (9 mois après le début de la phase d'essai, 22 mois post-AVC en moyenne);
- **Stay at Work Intervention (SAWI)** : 71% (6 mois post-AVC);
- **Transition to Employment (TTE) program** : 88% (à la fin du programme, ± 12 mois post-AVC).

Du côté du *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation*, les taux de retour au travail à 6 mois sont comparables entre le groupe intervention et le groupe témoin (52% et 57% respectivement). Or, après 12 mois, le taux de retour demeure relativement stable dans le groupe intervention (48%), alors qu'il diminue de plus de la moitié dans le groupe témoin (26%) (Radford et al., 2020). Ainsi, bien qu'à 12 mois le taux de retour au travail soit modeste dans le groupe intervention, il est tout de même près du double de celui du groupe témoin. Aucun test n'a toutefois été utilisé pour vérifier si la différence observée était statistiquement significative entre les deux groupes.

Du côté du *Workplace intervention programme*, le taux de retour au travail à 6 mois est trois fois plus élevé dans le groupe intervention (60%) comparativement au groupe témoin (20%), et cette différence est statistiquement significative ($p < 0,001$). De plus, la probabilité de retourner au travail est 5,2 fois plus grande chez participants du groupe intervention que chez ceux du groupe témoin ($p = 0,002$; IC95% : 1,8 – 15) (Ntsiea et al., 2015). L'intervalle de confiance étant très grand, ce dernier résultat doit toutefois être interprété avec prudence.

Les taux des trois autres programmes sont encourageants (70% à 88%). Toutefois, sans comparaison avec un groupe témoin, ils ne sont pas suffisants pour confirmer un effet positif.

Tableau 5 – Résultats des études sur les programmes de réadaptation au travail

Auteurs / Pays	Programmes	Retour au travail	Autres résultats
Mohamad et al. (2020) Singapour	Transition to Employment (TTE) program	<p align="center"><u>À la fin du programme</u></p> <p>Retour au travail 88% des participants</p>	<p align="center"><u>À la fin du programme</u></p> <p>Équilibre (BBS) et Autonomie dans les AVQ (MBI) Même chose</p> <p>Marche – endurance et vitesse (6MWT et 10mWT) Amélioration significative uniquement chez les participants retournés au travail ($p < 0,001$)</p> <p>Réintégration dans la communauté – score total (CIQ) Amélioration significative, tant chez les participants retournés au travail ($p < 0,001$) que chez ceux qui n’y sont pas retournés ($p < 0,05$)</p>
Ntsiea (2015) Afrique du Sud	Workplace intervention programme	<p>Retour au travail</p> <p>À 3 mois : différence non significative entre Gr. Intervention et Gr. Témoin (27% vs 12%)</p> <p>À 6 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux significativement plus élevé dans le Gr. Intervention (60%) comparativement au Gr. Témoin (20%) ($p < 0,001$) • Probabilité de retourner au travail 5,2 fois plus grande chez participants du Gr. Intervention que chez ceux du Gr. Témoin ($p = 0,002$; IC95% : 1,8 – 15) 	<p align="center"><u>Au suivi de 6 mois</u></p> <p>Autonomie dans les AVQ (BI) Score significativement plus élevé dans Gr. Intervention ($p \leq 0,001$)</p> <p>Mobilité (MRMI) Score significativement plus élevé dans Gr. Intervention ($p \leq 0,001$)</p> <p>Cognition globale (MoCA) Différence non significative entre les deux groupes</p> <p>Qualité de vie (SSQoL) Différence non significative entre les deux groupes</p>
Öst Nilsson, Johansson, et al. (2020) Suède	ReWork-Stroke rehabilitation programme	<p>Potentiel de retour au travail (WRI)</p> <p>7 participants sur 10 ont 13-14 items sur une possibilité de 16 qui étaient déjà favorables à un retour au travail – avant de débiter le programme – et qui le sont demeurés au suivi de 3 mois.</p> <p>Performance au travail (AWP)</p> <p>Pour 7 des 10 compétences mesurées, la majorité des participants appelés à s’améliorer (56% à 100%) se sont effectivement améliorés.</p>	---

Auteurs / Pays	Programmes	Retour au travail	Autres résultats
		<p>Pour les 3 autres compétences, la moitié des participants appelés à s'améliorer (50%) se sont effectivement améliorés</p> <p>Niveau de réintégration au travail Au suivi de 9 mois, 7 participants sont retournés dans une certaine mesure au travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 participants ont réintégré leur travail à 25% • 3 participants l'ont réintégré à 50% • 2 participants l'ont réintégré à 75% 	
<p>Radford et al. (2020) Grant (2016) Royaume-Uni</p>	<p>Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation (ESSVR)</p>	<p>Retour au travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • À 3 mois : Gr. Intervention (39%) = Gr. Témoin (39%) • À 6 mois : Gr. Intervention (52%) < Gr. Témoin (57%) • À 12 mois : Gr. Intervention (48%) > Gr. Témoin (26%) <p style="text-align: center;"><u>Résultats à 12 mois pour la suite</u></p> <p>Heures travaillées par semaine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moins qu'avant l'AVC : Gr. Intervention (36%) < Gr. Témoin (50%) • Pareil : Gr. Intervention (55%) > Gr. Témoin (33%) <p>Employeur, rôles et responsabilités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Même employeur / même travail : Gr. Intervention (64%) > Gr. Témoin (57%) • Même employeur / travail modifié : Gr. Intervention (18%) < Gr. Témoin (29%) • Même employeur / travail différent : Gr. Intervention (18%) > Gr. Témoin (14%) <p>Accommodements au travail Gr. Intervention (82%) > Gr. Témoin (50%)</p> <p>Perte de revenu Gr. Intervention (-25%) < Gr. Témoin (-64%)</p> <p>Satisfait quant à sa situation d'emploi À 12 mois : Gr. Intervention (52%) < Gr. Témoin (26%)</p>	<p style="text-align: center;"><u>Au suivi de 12 mois</u></p> <p>Anxiété (HADS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Début de l'étude : Gr. Intervention (Me = 4) < Gr. Témoin (Me = 5) • À 12 mois : Gr. Intervention (Me = 4,5) > Gr. Témoin (Me = 4) <p>Dépression (HADS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Début de l'étude : Gr. Intervention (Me = 5) = Gr. Témoin (Me = 5) • À 12 mois : Gr. Intervention (Me = 3) < Gr. Témoin (Me = 4) <p>Autonomie dans les AVQ (NEADL)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Début de l'étude : Gr. Intervention (Me = 29) > Gr. Témoin (Me = 17) • À 12 mois : Gr. Intervention (Me = 55) < Gr. Témoin (Me = 58,5)

Auteurs / Pays	Programmes	Retour au travail	Autres résultats
Tani et al. (2021) Japon	Fukuoka Occupational Health Support Center (services en ergothérapie)	Temps pour exécuter une tâche cruciale liée à l'emploi (préparation des médicaments) Diminution du nombre moyen de secondes requises, passant de 32,8 à 10 secondes (réduction de 69,5%), après l'introduction d'un support fait sur mesure pour assister des micro-mouvements spécifiques	---
Turner et al. (2022) Australie	Stay at Work Intervention (SAWI)	<p style="text-align: center;"><u>Au suivi de 6 mois</u></p> <p>Retour au travail 71% des participants sont retournés dans une certaine mesure au travail</p> <p>Heures travaillées Déclin significatif du nombre moyen d'heures travaillées par semaine (p = 0,003)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pré-AVC : 48 heures/semaine • Au suivi de 6 mois : 30 heures/semaine <p>Rôle au travail Chez ceux étant retournés au travail, 75% rapportent un changement de rôle (ex. modification des tâches, changement de position, etc.)</p> <p>Niveau de fonctionnement (WSAS) Amélioration significative du niveau de fonctionnement au travail (p = 0,019). Taille d'effet moyenne : r = 0,40</p>	<p style="text-align: center;"><u>Au suivi de 6 mois</u></p> <p>Fatigue (NFI-Stroke)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fatigue physique : changement non significatif • Fatigue cognitive : diminution significative (p = 0,025). Taille d'effet moyenne : r = 0,36 • Fatigue (score total) : diminution significative (p = 0,038). Taille d'effet moyenne : r = 0,34 <p>Dépression (PHQ-9) Changement non significatif</p> <p>Anxiété (GAD-7) Changement non significatif</p> <p>Auto-efficacité (GSE) Changement non significatif</p> <p>Niveau de fonctionnement (WSAS) Gestion de la maison, activités de loisir (sociales ou privées), relations étroites, score total) : changement non significatif</p>

AWP = Assessment of Work Performance; BBS = Berg Balance Scale; BI = Barthel Index; CIQ = Community Integration Questionnaire; GAD-7 = General Anxiety Disorder-7; GSE = General Self-Efficacy Scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; M = Moyenne; MBI = Modified Barthel Index; Me = Médiane; MoCA = Montreal cognitive assessment; MRMI = Modified Rivermead Mobility Index; NEADL = Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale; NFI-Stroke = Neurological Fatigue Index – Stroke; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; SSQoL = Stroke Specific Quality of Life Scale; WRI = Worker Role Interview; WSAS = Work and Social Adjustment Scale; 6MWT = 6-minute walk test; 10mWT = 10-meter walk test.

Niveau de réintégration au travail

Trois études nous renseignent sur le niveau de réintégration au travail en cours de programme ou à la suite du programme. Dans l'ensemble, plusieurs survivants d'AVC retournant au travail ne le réintègrent pas à 100%. Du côté du *ReWork-Stroke rehabilitation programme*, sur les 10 participants suivis dans le cadre de leur retour, deux estiment avoir réintégré leur travail à 25%, trois estiment l'avoir réintégré à 50% et deux estiment l'avoir réintégré à 75%, et ce, 9 mois après le début de la phase d'essai (Öst Nilsson, Johansson, et al., 2020).

Du côté du *Stay at Work Intervention (SAWI)*, un déclin significatif du nombre moyen d'heures travaillées par semaine est observé ($p = 0,003$), ce dernier étant de 48 heures par semaine avant l'AVC et de 30 heures par semaine six mois après l'AVC (Turner et al., 2022).

Enfin, pour le *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation (ESSVR)*, le pourcentage de participants affirmant travailler le même nombre d'heures par semaine qu'auparavant est plus élevé dans le groupe intervention (55%) que dans le groupe témoin (33%), 12 mois après l'AVC. De la même façon, le pourcentage de participants affirmant travailler moins qu'avant est moins élevé dans le groupe intervention (36%) que dans le groupe témoin (50%) (Grant, 2016; Radford et al., 2020).

Employeur, rôles et responsabilités

Deux études documentent les changements possibles en termes d'employeur, de rôles et de responsabilités au travail. Les résultats sont partagés. Du côté du *Stay at Work Intervention (SAWI)*, la majorité (75%) de ceux qui sont retournés au travail rapportent un changement de rôle (ex. modification des tâches, changement de position, etc.), 6 mois après l'AVC (Turner et al., 2022).

À 12 mois, le scénario inverse est observé dans l'étude sur le *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation (ESSVR)*. Une minorité de participants rapportent avoir un travail *modifié*, et ce, tant dans le groupe intervention (18%) que dans le groupe témoin (29%). De même, une minorité de participants rapportent avoir un travail *différent* dans les deux groupes (18% et 14% respectivement) (Grant, 2016; Radford et al., 2020). Le temps de mesure (6 mois vs 12 mois post-AVC) pourrait expliquer l'écart entre les deux études. Par ailleurs, aucun changement d'employeur n'est rapporté dans les deux groupes de la deuxième étude (Grant, 2016; Radford et al., 2020).

Accommodements au travail

Seule l'étude sur le *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation (ESSVR)* s'est penchée sur les accommodements au travail dont peuvent bénéficier les personnes qui réintègrent leur travail à la suite d'un AVC (ex. avoir plus de pauses, pouvoir faire du télétravail, avoir davantage de supervision) (Grant, 2016; Radford et al., 2020). Le pourcentage de participants qui bénéficient d'accommodements est nettement supérieur dans le groupe intervention (82%) comparativement au groupe témoin (50%).

Perte de revenu

Seule l'étude sur le *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation* (ESSVR) s'est penchée sur les pertes de revenu pouvant survenir à la suite d'un AVC. Les résultats montrent une différence considérable entre les groupes, les participants au programme rapportant des pertes nettement inférieures (-25%) que celles du groupe témoin (-64%) (Grant, 2016; Radford et al., 2020).

Performance au travail

Deux études documentent le niveau de performance au travail en cours de programme ou à la suite du programme. Toutes deux rapportent des résultats dans la bonne direction. D'abord, dans une étude de cas, les auteurs ont suivi les progrès d'un pharmacien dans le cadre des services reçus par le *Fukuoka Occupational Health Support Center*. Notamment, dans le cadre d'une visite sur le lieu de travail, les thérapeutes ont évalué la fonction motrice résiduelle du participant et analysé certaines tâches de travail (par échantillonnage de travail, étude des temps et des mouvements et échanges avec le participant). À la suite de cette évaluation, les thérapeutes ont notamment recommandé l'utilisation d'un support fait sur mesure pour assister des micro-mouvements spécifiques lors de l'exécution d'une tâche importante du pharmacien (la préparation des médicaments). L'adoption de cet outil a permis au pharmacien de diminuer le nombre moyen de secondes requises pour l'exécution d'un mouvement, passant de 32,8 à 10 secondes (réduction de 69,5%) (Tani et al., 2021).

Une autre étude, sur le *ReWork-Stroke rehabilitation programme*, a examiné le rendement au travail (Öst Nilsson, Johansson, et al., 2020). Pour ce faire, les auteurs ont utilisé l'outil *Assessment of Work Performance* (AWP), et ont comparé les résultats avant la participation au programme et 3 mois après le début de la phase d'essai de retour au travail. L'AWP vise à évaluer les compétences professionnelles des usagers en observant jusqu'à quel point ils peuvent exécuter une tâche de travail de manière efficace et appropriée. Globalement, des améliorations sont observées pour l'ensemble des « compétences » mesurées. Plus précisément, pour cinq des 10 compétences (posture, mobilité, coordination, force, énergie mentale), la majorité des participants appelés à s'améliorer (56% à 100%) se sont effectivement améliorés, et ce, suffisamment pour être considérés compétents. Pour la compétence « adaptation », la majorité des participants appelés à s'améliorer (75%) se sont effectivement améliorés, dont la moitié (50%) se sont suffisamment améliorés pour être considérés comme compétents. Pour la compétence « organisation de l'espace et des objets », la majorité des participants appelés à s'améliorer (62,5%) se sont effectivement améliorés, mais seule une minorité (37,5%) s'est suffisamment améliorée pour être considérée comme compétente. Enfin, pour les trois autres compétences (énergie physique, connaissance, organisation temporelle), la moitié des participants appelés à s'améliorer (50%) se sont effectivement améliorés.

Bien que l'outil AWP soit intéressant pour mesurer l'efficacité et l'adéquation dans l'exécution de certaines tâches de travail, une limite importante est le fait que l'évaluation se déroule dans un environnement contrôlé, où tous les participants exécutent les mêmes tâches de travail. Il aurait été beaucoup plus pertinent de mesurer la performance des participants sur leur lieu de travail, et ce, à partir de tâches qu'ils doivent réaliser dans le cadre de leurs fonctions.

Satisfaction quant à sa situation d'emploi

Un dernier élément évalué – en lien avec le retour au travail – est le degré de satisfaction. Seule l'étude sur le *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation* (ESSVR) s'est penchée sur la question (Grant, 2016; Radford et al., 2020). Les analyses montrent que le pourcentage de participants se disant satisfaits quant à sa situation d'emploi est deux fois plus élevé dans le groupe intervention que dans le groupe témoin (52% et 26% respectivement).

b) Autres types d'effets

Les autres types d'effets évalués dans les études sont, pour la plupart, des conséquences potentielles de l'AVC pouvant affecter le niveau de fonctionnement du patient. Au total, quatre études mesurent l'un ou l'autre des effets suivants (Grant, 2016; Mohamad et al., 2020; Ntsiea et al., 2015; Turner et al., 2022).

Équilibre et mobilité

Deux études évaluent les effets de leur programme sur l'équilibre ou la mobilité. Toutes deux rapportent des effets positifs. D'abord, l'étude sur le *Transition to Employment (TTE) program* compare l'équilibre des participants avant le début du programme et à la fin de ce dernier (± 12 mois post-AVC), à l'aide du *Berg Balance Scale* (BBS). Une amélioration significative de l'équilibre est observée, tant chez les participants retournés au travail ($p < 0,001$) que chez ceux qui n'y sont pas retournés ($p < 0,05$) (Mohamad et al., 2020).

Du côté de la mobilité, l'étude sur le *Workplace intervention programme* rapportent un score significativement plus élevé au *Modified Rivermead Mobility Index* (MRMI) dans le groupe intervention comparativement au groupe témoin ($p \leq 0,001$), six mois après l'AVC (Ntsiea et al., 2015). Ensuite, dans l'étude sur le *Transition to Employment (TTE) program*, les auteurs évaluent la marche des participants, tant sur le plan de l'endurance que de la vitesse (*6-minute walk test* et *10-meter walk test*), avant le début du programme et à la fin de ce dernier (± 12 mois post-AVC). Une amélioration significative est observée, mais ce uniquement chez les participants qui sont retournés au travail ($p < 0,001$) (Mohamad et al., 2020).

Cognition globale

L'étude sur le *Workplace intervention programme* observe une différence non significative entre le groupe intervention et le groupe témoin au *Montreal cognitive assessment* (MoCA), six mois après l'AVC (Ntsiea et al., 2015). Aucune autre étude n'a évalué les effets de leur programme sur les cognitions.

Autonomie dans les AVQ

Trois études évaluent les effets de leur programme sur le degré d'autonomie des participants dans les activités de la vie quotidienne (AVQ). Deux d'entre elles rapportent des effets positifs. D'abord, dans l'étude sur le *Workplace intervention programme*, le score au *Barthel Index* (BI) est significativement plus élevé dans le groupe intervention comparativement au groupe témoin ($p \leq 0,001$), six mois après l'AVC (Ntsiea et al., 2015). Ensuite, l'étude sur le *Transition to Employment (TTE) program* observe à la fin du programme (± 12 mois post-AVC) une amélioration significative au *Modified Barthel Index* (MBI), tant chez

les participants retournés au travail ($p < 0,001$) que chez ceux qui n'y sont pas retournés ($p < 0,05$) (Mohamad et al., 2020). Toutefois, dans l'étude sur le *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation* (ESSVR), le score médian au *Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale* (NEADL) est similaire entre le groupe intervention (Me = 55) et le groupe témoin (M = 58,5), 12 mois après l'AVC (Grant, 2016).

Santé mentale

L'étude sur le *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation* (ESSVR) évalue également les symptômes d'anxiété et de dépression à l'aide du *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Tant pour l'échelle anxiété que pour celle sur la dépression, les scores médians sont considérés normaux (< 7) au début de l'étude ainsi qu'au suivi de 12 mois (Grant, 2016). Puisque les participants tendent à ne pas avoir de difficultés à ce niveau, il est normal de ne pas observer de changements importants. Aucune autre étude n'a évalué les effets de son programme sur la santé mentale des participants.

Réintégration dans la communauté

Dans l'étude sur le *Transition to Employment* (TTE) program, les auteurs observent à la fin du programme (± 12 mois post-AVC) une amélioration significative du score total au *Community Integration Questionnaire* (CIQ), et ce, tant chez les participants retournés au travail ($p < 0,001$) que chez ceux qui n'y sont pas retournés ($p < 0,05$) (Mohamad et al., 2020). Aucune autre étude n'a évalué les effets de son programme sur la réintégration des participants dans la communauté.

Qualité de vie

Seule l'étude sur le *Workplace intervention programme* évalue l'effet du programme sur la qualité de vie. Aucune différence significative n'a été observée entre le groupe intervention et le groupe témoin au suivi de six mois post-AVC (Ntsiea et al., 2015).

2) Effets des interventions ciblant spécifiquement les incapacités physiques

Les résultats des deux interventions ciblant spécifiquement les incapacités physiques pouvant affecter le retour au travail sont présentés au Tableau 6. Ces résultats ont été regroupés en utilisant les mêmes catégories que précédemment : a) les effets sur le retour au travail ; b) les autres types d'effets (ex. condition physique, AVQ, santé mentale).

a) Retour au travail

Dans la première étude, sur le SonicHand et Riablo™, le taux de retour au travail du groupe intervention (48%) est plus élevé que celui du groupe témoin (36%) au suivi de six mois, mais la différence observée n'est pas statistiquement significative. Il en est de même pour le nombre d'heures travaillées par semaine (34 heures et 31 heures respectivement) (Ghanbari Ghoshchi et al., 2020).

Tableau 6 – Résultats des études sur les interventions qui ciblent spécifiquement les incapacités physiques

Auteurs / Pays	Intervention	Retour au travail	Autres résultats
<p>Ghanbari Ghoshchi et al. (2020)</p> <p>Italie</p>	<p>SonicHand ou Riablo™</p>	<p><u>Au suivi de 6 mois</u></p> <p>Retour au travail Différence non significative entre Gr. Intervention (48%) et Gr. Témoin (36%)</p> <p>Heures travaillées (nombre moyen d'heures/semaine) Différence non significative entre Gr. Intervention (34h/sem) et Gr. Témoin (31h/sem)</p>	<p>Autonomie dans les AVQ (MBI)</p> <ul style="list-style-type: none"> Après l'intervention : différence non significative entre Gr. Intervention et Gr. Témoin Au suivi de 6 mois : différence non significative entre Gr. Intervention et Gr. Témoin <p><u>Au suivi de 6 mois</u></p> <p>Santé globale (SF-12) Santé physique / santé mentale / score total : différence non significative entre Gr. Intervention et Gr. Témoin</p>
<p>Kerkhoff (2021)</p> <p>Allemagne</p>	<p>Thérapie spécifique en neuropsychologie</p>	<p>Retour au travail Les 3 participants sont retournés dans une certaine mesure au travail</p> <p>Nombre d'heures/semaine 1 participant travaille à temps plein (40h/sem) Les 2 autres travaillent à temps partiel (4h/jour, 20h/sem), principalement en raison de la fatigue et d'une perte de concentration</p>	<p>Recherche visuelle saccadique</p> <ul style="list-style-type: none"> Comparaison avant – après l'intervention : diminution significative du temps de recherche visuelle pour le quadrant supérieur gauche et le quadrant inférieur gauche, pour les trois participants ($p < 0,01$) Comparaison après l'intervention – suivi de 2 mois : aucun changement significatif (progrès maintenu) <p>Convergence fusionnelle horizontale (pour un patient)</p> <ul style="list-style-type: none"> Comparaison avant – après l'intervention : amélioration significative de l'amplitude de fusion ($p < 0,05$), atteignant une valeur dite « normale » Comparaison après l'intervention – suivi de 2 mois : aucun changement significatif (progrès maintenu) <p>Extinction visuelle</p> <ul style="list-style-type: none"> Comparaison avant – après l'intervention : diminution significative des erreurs d'extinction du côté gauche chez les trois participants ($p < 0,05$), niveau normal Comparaison après l'intervention – suivi de 2 mois : aucun changement significatif (progrès maintenu) <p>Perception visuo-spatiale</p> <ul style="list-style-type: none"> Comparaison avant – après l'intervention : amélioration significative des trois participants ($p < 0,05$), atteignant un score près de la normale Comparaison après l'intervention – suivi de 2 mois : aucun changement significatif (progrès maintenu)

MBI = Modified Barthel Index; SF-12 = Short Form Health Survey

Dans la seconde étude, sur l'utilisation d'une thérapie en neuropsychologie, menée auprès de trois personnes présentant une négligence spatiale unilatérale du côté gauche à la suite d'un AVC de l'hémisphère droit, toutes ont pu réintégrer dans une certaine mesure leur emploi. Plus précisément, l'un des participants travaille à plein temps (40 heures par semaine). Les deux autres travaillent à temps partiel, soit quatre heures par jour (20 heures par semaine), principalement en raison de la fatigue et d'une perte de concentration (Kerkhoff, 2021).

b) Autres types d'effets

La première étude, sur le SonicHand et le Riablo™, a évalué les effets de ces outils technologiques sur l'autonomie dans les AVQ (score au *Modified Barthel Index*, MBI) ainsi que sur la santé physique, mentale et globale des participants (scores au *Short Form Health Survey*, SF-12). Dans les deux cas, aucune différence significative n'a été observée entre les participants du groupe intervention et ceux du groupe témoin, au suivi de six mois (Ghanbari Ghoshchi et al., 2020).

La seconde étude, sur l'utilisation d'une thérapie en neuropsychologie pour une clientèle présentant une négligence spatiale unilatérale du côté gauche, a évalué les effets de la thérapie sur différents paramètres neurovisuels : recherche visuelle saccadique, convergence fusionnelle horizontale, extinction visuelle et perception visuo-spatiale. Pour l'ensemble de ces paramètres, des améliorations significatives sont observées après l'intervention ($p < 0,01$ à $p < 0,05$) et les progrès se maintiennent au suivi de deux mois (Kerkhoff, 2021).

CONSTATS

Quelle est l'efficacité des programmes et interventions en réadaptation au travail pour la clientèle AVC ambulatoire ?

Programmes de réadaptation au travail

▪ Effets sur le retour au travail

Cinq programmes – incluant pour la plupart une évaluation initiale, la formulation d'objectifs et l'élaboration d'un plan d'intervention, une préparation préalable au retour au travail, des informations sur l'AVC et une planification du retour – obtiennent des taux de retour au travail allant de 52% à 88%.

Résultats prometteurs

- Des taux de retour au travail de 70% et plus dans une majorité d'études ;
- Des taux de retour au travail deux à trois fois plus élevé dans le groupe intervention que dans le groupe témoin ;

- Un pourcentage de patients bénéficiant d’accommodements au travail (ex. avoir plus de pauses, pouvoir faire du télétravail) nettement plus élevé dans le groupe intervention que dans le groupe témoin ;
- Des pertes de revenu nettement inférieures dans le groupe intervention (deux fois moins élevées que le groupe témoin) ;
- Un niveau de performance plus élevé à la suite du programme ;
- Un taux de satisfaction quant à la situation d’emploi deux fois plus élevé dans le groupe intervention.

Résultats mitigés (contradictaires)

- Niveau de réintégration au travail
- Changement de rôle et de responsabilités au travail

▪ **Effets sur d’autres variables d’intérêt**

Résultats prometteurs

- Un meilleur équilibre et une meilleure mobilité
- Une meilleure intégration dans la communauté

Résultats mitigés (contradictaires)

- Autonomie dans les AVQ

Résultats non concluants (absence d’effet)

- Cognition globale du patient, santé mentale et qualité de vie

Interventions ciblant spécifiquement les incapacités physiques

- Une thérapie en neuropsychologie auprès de patients présentant une négligence spatiale unilatérale du côté gauche pourrait avoir des effets bénéfiques sur leur retour au travail.
- Des dispositifs technologiques recourant au biofeedback (SonicHand et Riablo™) – pour la rééducation de déficits moteurs et l’équilibre posturale – ne semblent pas avoir d’effets sur le retour au travail.

Comparaison de l’efficacité des programmes/interventions

- Impossible à réaliser sur la base des données recensées :
 - Seulement une étude par programme/intervention ;
 - Différents facteurs externes aux programmes pourraient expliquer les variations observées, notamment dans le taux de retour au travail (ex. échantillons aux profils cliniques variés, temps de suivi différents) ;
 - Le temps écoulé entre l’AVC et le début de l’intervention est très variable allant, selon l’étude, de quelques jours à 24 mois ;

- La majorité des résultats en lien avec le travail sont de nature descriptive, et donc peu rigoureux.
- Puisque les programmes partagent davantage de similitudes que de différences dans leurs composantes, il n'est pas possible d'expliquer les différences de résultats sur cette base.

Efficacité à moyen et à long terme des programmes/interventions

- Les temps de suivi sont relativement courts (six mois ou moins dans la majorité des études).
- Les effets des programmes à moyen et à long terme sont inconnus.

Limites quant à la généralisation des résultats

- Plusieurs facteurs limitent les possibilités de généralisation des résultats :
 - Niveau de précision très variable dans les études quant au profil clinique des participants (sévérité de l'AVC, troubles moteurs, cognitifs, du langage, etc.) ;
 - Prédominance du genre masculin dans les échantillons ;
 - Programmes et interventions visant le retour au travail offerts et évalués en dehors de l'Amérique du Nord.

Q3. Perceptions et expériences des principaux acteurs impliqués

La troisième question d'évaluation est la suivante : comment les programmes et interventions en réadaptation au travail sont-ils perçus et vécus par les principaux acteurs impliqués (usagers, professionnels, employeurs, etc.) ? Pour y répondre, sept études répondant aux critères de sélection du Tableau 1 ont été retenues. Les caractéristiques des échantillons sont présentées au Tableau 7. Plus de détails sur les caractéristiques méthodologiques des études sont présentés à l'[Annexe 4](#).

L'ensemble des études adoptent un devis qualitatif, soit le devis de recherche le plus approprié pour recueillir les perceptions et les expériences d'acteurs clés. Selon l'étude, la taille de l'échantillon varie entre 2 et 25 participants. Les acteurs interrogés⁵ sont les suivants :

- Participants aux programmes (les usagers) (Grant, 2016; Moore et al., 2023; Öst Nilsson et al., 2017; Turner et al., 2022) ;
- Ergothérapeutes et mentors (pour l'implantation d'un programme) (Craven et al., 2021; Johansson, Nilsson, et al., 2021) ;
- Employeurs/gestionnaires et collègues (Grant, 2016; Öst Nilsson, Eriksson, et al., 2020).

⁵ À noter qu'une même étude peut avoir interrogé plusieurs types d'acteurs.

Tableau 7 – Caractéristiques des échantillons dans les études retenues pour répondre à la Q3

Auteurs / Pays	Nombre de participants	Genre	Âge	Autres caractéristiques
Craven et al. (2021) Royaume-Uni	N = 25 (6 mentors et 19 ergothérapeutes)	96% femmes 4% hommes	Non rapporté	Années d'expérience en ergothérapie <ul style="list-style-type: none"> • Mentors : 29 ans (18-40) en moyenne • Ergothérapeutes : 19 ans (6-34 ans) en moyenne Années d'expérience en réadaptation au travail <ul style="list-style-type: none"> • Mentors : 18 ans (9,5-25) en moyenne • Ergothérapeutes : 3 ans (0-12) en moyenne
Grant (2016) Royaume-Uni	N = 16 (12 survivants d'AVC et 4 employeurs)	Survivants d'AVC : 42% femmes 58% hommes Employeurs : 4 femmes	Survivants d'AVC : 60 ans en moyenne Employeurs : non rapporté	Survivants d'AVC : temps depuis AVC, sévérité et conséquences non rapportés Employeurs : nombre d'années à travailler ensemble non rapporté
Johansson, Nilsson, et al. (2021) Suède	N = 2 ergothérapeutes ayant fourni à 13 survivants d'AVC le <i>ReWork-Stroke program</i>	Non rapporté	Non rapporté	Années d'expérience en réadaptation chez une clientèle avec lésions cérébrales acquises: 25 ans et 14 ans respectivement
Moore et al. (2023) Australie	N = 16 survivants d'AVC <ul style="list-style-type: none"> • Gr. Intervention (réadaptation professionnelle + services usuels) : n = 7 • Gr. Témoin (services usuels) : n = 9 Participants recrutés dans le cadre d'un ECR (O'Keefe et al., 2022), non publié à ce jour	56% femmes 44% hommes	23-71 ans	Temps depuis AVC : 4 jours à 3 mois Sévérité AVC : 69% Léger, 31% Modéré Conséquences AVC : <ul style="list-style-type: none"> • Aphasie (38%) • Aucune autre conséquence rapportée^a
Öst Nilsson, Eriksson, et al. (2020) Suède	N = 11 7 collègues et 4 gestionnaires (à propos de 7 survivants d'AVC)	4 femmes 7 hommes	Non rapporté	Nombre d'années à travailler ensemble: 9 ans (0-16) en moyenne
Öst Nilsson et al. (2017) Suède	N = 7 survivants d'AVC	2 femmes 5 hommes	Médiane : 52 ans (40-57)	Temps depuis AVC : médiane 7,5 mois (4,5-14) Sévérité AVC : 5 Léger, 2 Modéré Conséquences AVC : non rapporté
Turner et al. (2022) Australie	N = 6 survivants d'AVC	1 femme 5 hommes	Moyenne : 55 ans (35-67)	Temps depuis AVC, sévérité et conséquences : non rapportés

^a Conséquences rapportées dans la description des échantillons de chaque article. Le niveau de détails varie grandement d'une étude à l'autre. Une conséquence non rapportée ne signifie pas qu'elle est absente, mais plutôt qu'elle n'a pas été documentée dans l'article.

Du côté des études ayant interrogé des usagers (n = 4), la majorité (3 sur 4) a des échantillons comprenant davantage d'hommes. Concernant la sévérité de l'AVC, les participants de deux études ont majoritairement subi un AVC léger. Les autres ont subi un AVC modéré. Aucun n'a subi un AVC sévère. La sévérité de l'AVC n'est pas rapportée dans les deux autres études. Hormis l'aphasie rapportée dans une étude, aucune autre conséquence de l'AVC n'est documentée.

Du côté des études ayant interrogé des ergothérapeutes ou mentors (n = 2), une seule précise le genre des participants (quasi exclusivement des femmes). Toutes deux ont interrogé des professionnels avec plusieurs années d'expérience (expérience en ergothérapie, en réadaptation au travail ou en réadaptation chez une clientèle avec des lésions cérébrales acquises). Enfin, du côté des études ayant interrogé des employeurs ou des collègues de travail (n = 2), l'une a un échantillon constitué majoritairement d'hommes, l'autre exclusivement de femmes. L'une de ces études rapporte le nombre d'années travaillées avec le survivant d'AVC, en moyenne neuf ans, l'autre ne le rapporte pas.

Au total, quatre programmes de réadaptation au travail sont abordés dans les études retenues. Plus précisément, il s'agit des programmes suivants :

- *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation (ESSVR)* (Craven et al., 2021; Grant, 2016);
- Programme de réadaptation professionnelle (sans nom précis) (Moore et al., 2023);
- *ReWork-Stroke rehabilitation programme* (Johansson, Nilsson, et al., 2021; Öst Nilsson, Eriksson, et al., 2020; Öst Nilsson et al., 2017);
- *Stay at Work Intervention (SAWI)* (Turner et al., 2022).

Les autres programmes de réadaptation au travail ainsi que les deux interventions ciblant spécifiquement les incapacités physiques pouvant affecter le retour au travail n'ont pas été étudiés sous l'angle des perceptions et des expériences des acteurs impliqués (au besoin, se référer aux résultats de la Q1 pour la liste complète des programmes et interventions recensés).

Les perceptions et les expériences des participants seront présentés selon les mêmes paramètres utilisés pour décrire les programmes à la Q1, à savoir : 1) le professionnel en charge du programme, 2) le début de l'intervention, 3) le milieu de l'intervention (*setting*), 4) l'intensité et la durée du programme, 5) ses composantes. Selon les données disponibles dans chaque étude, les résultats présentés peuvent porter sur l'utilité et l'acceptabilité d'un programme, les défis rencontrés en cours de programme, ainsi que sur les facilitateurs et les barrières à leur implantation.

1) Professionnel en charge du programme (principaux rôles)

D'après les propos rapportés dans les études consultées, le professionnel en charge du programme (généralement un ergothérapeute) semble avoir trois grands rôles :

- Coordonner les services offerts dans le cadre du programme;
- Créer une alliance avec le client et former une équipe avec l'employeur;
- Offrir un soutien direct au client, à l'employeur et à ses collègues.

Coordonner les étapes et les services offerts dans le cadre du programme

Utilité/acceptabilité

L'un des grands rôles de l'ergothérapeute est de coordonner les étapes (évaluation, préparation, plan de retour, phase d'essai, etc.) ainsi que les services requis à travers ces étapes. À ce titre, deux études menées auprès d'ergothérapeutes et de mentors (en soutien aux ergothérapeutes) soulignent l'importance d'un tel rôle (Craven et al., 2021; Johansson, Nilsson, et al., 2021).

Programmes couverts dans ces résultats :

- *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation (ESSVR)*
- *ReWork-Stroke rehabilitation programme*

Créer une alliance avec le client et former une équipe avec l'employeur

Utilité/acceptabilité

Un autre rôle de l'ergothérapeute – dont l'utilité est confirmée dans une étude – est de créer une alliance avec le client. Le développement d'une relation de confiance avec l'employeur est également jugé important. Les ergothérapeutes peuvent également servir de pont entre le client et l'employeur et, ainsi, former une équipe. Selon ces derniers, une équipe bâtie sur la confiance et un objectif commun permet d'aborder plus facilement certains sujets sensibles lors de l'essai d'un retour au travail. Le développement d'une relation de confiance avec les collègues de travail est également jugé important pour favoriser le retour au travail (Johansson, Nilsson, et al., 2021).

Défis rencontrés

L'implication du gestionnaire et des collègues pose certains défis. D'abord, les usagers refusent parfois que certaines informations leur soient communiquées (Johansson, Nilsson, et al., 2021). De plus, certains se sont heurtés à un employeur peu engagé, qui ne souhaitait pas faire d'adaptation aux besoins particuliers de la personne pour favoriser son retour au travail (Moore et al., 2023).

Du côté des gestionnaires et des collègues de travail, devenir partie prenante dans le processus de retour au travail augmente leurs responsabilités et leur charge de travail, particulièrement lorsque l'employé a des difficultés évidentes à accomplir ses tâches. Cette situation peut devenir anxiogène et générer de la frustration (Öst Nilsson, Eriksson, et al., 2020).

Du côté des ergothérapeutes, les employeurs vont parfois les contacter en privé lorsqu'ils ne sont pas à l'aise de parler ouvertement avec l'employé. Il devient alors difficile pour les ergothérapeutes de gérer les informations qui lui sont rapportées. Enfin, les ergothérapeutes rapportent éprouver des difficultés de communications avec certains employeurs et collègues, ces derniers n'ayant pas toujours le temps pour des suivis et des entretiens (Johansson, Nilsson, et al., 2021).

Programmes couverts dans ces résultats :

- *ReWork-Stroke rehabilitation programme*
- Programme de réadaptation professionnelle (sans nom précis)

Offrir un soutien direct au client, à l'employeur et à ses collègues

Utilité/acceptabilité

Un autre rôle de l'ergothérapeute, dont l'utilité ressort dans cinq études, est d'offrir du soutien (Grant, 2016; Johansson, Nilsson, et al., 2021; Öst Nilsson, Eriksson, et al., 2020; Öst Nilsson et al., 2017; Turner et al., 2022). Ce soutien est offert aux usagers, mais peut être aussi offert aux employeurs et aux collègues (Johansson, Nilsson, et al., 2021).

Du côté des usagers, ceux-ci sentent qu'ils ont quelqu'un à leur côté pouvant les guider dans le processus de retour au travail et pouvant les soutenir lors des rencontres avec l'employeur et autres acteurs. Avoir quelqu'un à leur côté est perçue comme une condition essentielle pour un retour au travail réussi (Öst Nilsson et al., 2017).

Tant chez les usagers que chez les employeurs, le soutien émotionnel reçu est très apprécié. À ce titre, l'importance pour le thérapeute de fournir une rétroaction continue et régulière sur les progrès réalisés dans le cheminement de retour au travail ressort du discours des usagers interrogés. Fournir une telle rétroaction permettrait d'accroître le niveau de motivation (Grant, 2016). Être validé et rassuré, sont d'autres exemples de soutien émotionnel utilisé (Grant, 2016; Turner et al., 2022).

Du côté des employeurs et des collègues, cette collaboration avec un ergothérapeute leur donne la possibilité de poser des questions et demander des conseils (Öst Nilsson, Eriksson, et al., 2020).

Programmes couverts dans ces résultats :

- *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation (ESSVR)*
- *ReWork-Stroke rehabilitation programme*
- Stay at Work Intervention (SAWI)

2) Début de l'intervention

Utilité/acceptabilité

Comme mentionné précédemment, le moment où débutent les services est variable d'un programme à l'autre. Pour certains, le début est plus hâtif que pour d'autres, dont le *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation* débutant au cours des huit premières semaines suivant l'AVC.

Du côté des ergothérapeutes et des mentors, la pertinence d'un début hâtif (≤ 8 semaines post-AVC) est soulignée dans une étude (Craven et al., 2021). Du côté des usagers qui participent au programme, ceux consultés dans une autre étude considèrent le moment approprié, à l'exception d'un participant présentant un AVC sévère et des déficits cognitifs qui le perçoit trop tôt (Grant, 2016).

Aucune autre étude ne se prononce sur le début de l'intervention.

Barrières

Des barrières au début hâtif du *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation* sont rapportées dans une étude, à savoir :

- Le manque de personnel;
- Le manque d'appui des gestionnaires accompagné d'une pression accrue pour que les ergothérapeutes donnent priorité à leur charge de cas régulière, n'acceptent plus de nouveaux participants et abandonnent leur implication dans le projet de recherche (Craven et al., 2021).

3) Milieu d'intervention (*setting*)

Utilité/acceptabilité

Comme vu précédemment dans les résultats de la Q1, l'ensemble des programmes de réadaptation au travail recensés se déroulent en communauté, incluant pour plusieurs des visites sur le lieu de travail.

L'importance de telles visites ressort dans le discours des participants de deux études sur le *ReWork-Stroke rehabilitation programme*. Dans la première, les deux ergothérapeutes interrogés mentionnent apprécier la possibilité d'observer les usagers sur leur lieu de travail lors de l'évaluation. Ils apprécient également la possibilité de tester différentes stratégies en lien avec les tâches de travail en contexte réel (Johansson, Nilsson, et al., 2021). Dans la seconde, menée auprès d'usagers, les visites régulières de l'ergothérapeute sur le lieu de travail – où l'employeur et les collègues sont rencontrés – sont perçues comme étant bénéfiques pour la planification de l'intervention et son suivi. Les usagers apprécient notamment pouvoir discuter avec le thérapeute de certaines questions devant être posées lors d'une prochaine rencontre (Öst Nilsson et al., 2017).

4) Intensité et durée du programme

Utilité/acceptabilité

Comme mentionné précédemment, l'intensité et la durée varient d'un programme à l'autre. Dans le cadre du *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation* (ESSVR), l'intensité et la durée totale s'adaptent aux besoins propres à chaque usager. Du côté des usagers, la plupart ont été satisfaits de la durée du programme, à l'exception d'un participant qui aurait souhaité une durée plus courte et d'un autre plus longue. Du côté des employeurs, l'un d'entre eux aurait souhaité un suivi sur une plus longue période (Grant, 2016). Aucune autre étude ne rapporte des points de vue sur l'intensité et la durée des programmes.

Barrières

Des barrières quant à l'intensité et la durée du programme *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation* sont rapportées dans une étude et correspondent à celles précédemment nommées au point 2 (début de l'intervention), à savoir :

- Le manque de personnel;
- Le manque d'appui des gestionnaires accompagné d'une pression accrue pour que les ergothérapeutes donnent priorité à leur charge de cas régulière, n'acceptent plus de nouveaux participants et abandonnent leur implication dans le projet de recherche (Craven et al., 2021).

5) Composantes du programme

Évaluation initiale de l'utilisateur

Utilité/acceptabilité

Dans le cadre d'une étude sur le *ReWork-Stroke rehabilitation programme*, les deux ergothérapeutes interrogés ne voient pas de bénéfices à utiliser des outils d'évaluation standardisés – comme le *Canadian Occupational Performance Measure* et l'*Assessment of Work Performance* – plutôt que d'effectuer une observation structurée basée sur leur vaste expérience de travail sur le terrain. Cependant, ils apprécient la possibilité d'observer le client sur le lieu de travail (Johansson, Nilsson, et al., 2021). Aucune autre étude ne se prononce sur l'utilité de l'évaluation initiale de l'utilisateur et de ses modalités.

Formulation d'objectifs / élaboration d'un plan d'intervention

Utilité/acceptabilité

Dans le cadre d'une étude sur un programme de réadaptation professionnelle (sans nom précis), les usagers interrogés ont apprécié avoir un plan structuré et cohérent. Le fait d'avoir un objectif à atteindre leur offrait une certaine stabilité ainsi qu'un sentiment de contrôle sur leurs propres progrès (Moore et al., 2023). Aucune autre étude ne se prononce sur l'utilité de formuler des objectifs et d'élaborer un plan d'intervention.

Préparation au travail

Utilité/acceptabilité

Dans le cadre d'une étude sur un programme de réadaptation professionnelle (sans nom précis), les usagers interrogés présentaient une variété de déficits cognitifs à la suite de l'AVC (ex. troubles de mémoire, difficultés à lire et à écrire au travail). Ceux ayant participé au programme de réadaptation au travail ont apprécié l'entraînement et les stratégies données pour la mémoire et les processus cognitifs d'ordre supérieur comme la planification et la structuration des activités de travail (Moore et al., 2023). Aucune autre étude ne se prononce sur l'utilité de cette préparation en amont.

Informations sur l'AVC et ses conséquences

Utilité/acceptabilité

Selon deux ergothérapeutes interrogés, les informations données aux employeurs sur l'AVC et ses conséquences constituent une composante importante du *ReWork-Stroke rehabilitation programme* (Johansson, Nilsson, et al., 2021).

Le besoin de recevoir de telles informations est également exprimé par les usagers de ce programme. Selon ces derniers, le fait de connaître les conséquences de l'AVC et de disposer de stratégies concrètes pour gérer le travail et la vie quotidienne permet une prise de conscience accrue du processus de retour au travail. À ce titre, ces connaissances contribueraient au développement d'objectifs réalistes pour le futur (Öst Nilsson et al., 2017).

Par ailleurs, les usagers ont trouvé particulièrement aidant d'avoir des sources d'informations écrites pour décrire aux collègues et aux gestionnaires les conséquences de l'AVC dans leur vie de tous les jours. Ces sources écrites sont perçues comme ayant plus de pouvoir et comme un bon complément lors des discussions (Öst Nilsson et al., 2017).

Planification du retour

Utilité/acceptabilité

Plusieurs usagers rencontrés dans le cadre d'un programme de réadaptation professionnelle (sans nom précis) ont trouvé utile de recevoir le soutien du thérapeute au moment de rencontrer l'employeur pour discuter des attentes en matière de retour au travail et de délais et négocier par exemple un horaire de travail et des tâches modifiées (Moore et al., 2023).

L'importance d'effectuer un retour au travail progressif est un thème important caractérisant le discours des usagers et des employeurs consultés dans le cadre du *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation* (ESSVR). Cette phase de retour progressif doit impliquer non seulement une augmentation graduelle des heures et des jours de travail, mais aussi des tâches et des responsabilités (Grant, 2016).

Défi

Les deux ergothérapeutes interrogés dans le cadre du *ReWork-Stroke rehabilitation programme* soulèvent un défi important lors de la planification du retour, soit d'avoir à concilier les souhaits et les points de vue variés des différentes parties prenantes (Johansson, Nilsson, et al., 2021).

Suivi de l'utilisateur à la suite du retour au travail

Utilité/acceptabilité

Dans le cadre du *ReWork-Stroke rehabilitation programme*, la phase d'essai de retour au travail se limite à trois mois. Selon les deux ergothérapeutes interrogés, ce suivi de trois mois apparaît trop court et crée de grands défis pour l'employeur et son employé. Malgré tout, les ergothérapeutes mentionnent trouver souvent des solutions adaptées pour que le suivi se poursuive au-delà de cette période de trois mois (Johansson, Nilsson, et al., 2021).

Dans deux autres études, l'utilité d'un suivi auprès des usagers est mise en lumière, mais ce, sans égard à l'étape du programme en cours (c.-à-d. préparation, planification, phase d'essai, etc.). Dans la première étude, sur le *Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation* (ESSVR), l'importance de fournir à l'utilisateur une rétroaction continue et régulière sur ses progrès est soulignée. Fournir une telle rétroaction pourrait d'ailleurs accroître le niveau de motivation de l'utilisateur (Grant, 2016).

Comme le suggère toutefois une autre étude, sur le *ReWork-Stroke rehabilitation programme*, cette rétroaction ne doit pas se limiter pas à celle du thérapeute. La rétroaction fournie par l'employeur et les collègues est également considérée comme pertinente par le client. L'absence de rétroaction de leur part peut créer de l'incertitude et des difficultés pour le client à savoir s'il est sur la bonne voie (Öst Nilsson et al., 2017).

CONSTATS

Comment les programmes et interventions en réadaptation au travail sont-ils perçus et vécus par les principaux acteurs impliqués (usagers, professionnels, employeurs, etc.) ?

Rôles du professionnel

Sont jugés importants les trois rôles suivants : coordonner les étapes et les services ; créer une alliance avec l'utilisateur / former une équipe avec l'employeur ; offrir un soutien direct à l'utilisateur, à l'employeur et aux collègues.

Caractéristiques des programmes ayant suscité des commentaires positifs :

- Début hâtif (≤ 8 semaines post-AVC) ;
- Visites sur le lieu de travail ;
- Formulation d'objectifs à atteindre consignés dans un plan ;
- Transmission d'informations sur l'AVC et ses conséquences ;
- Retour progressif (en termes d'heures, de jours de travail, de tâches et responsabilités) ;
- Suivi auprès de l'utilisateur incluant une rétroaction continue sur les progrès réalisés.

Caractéristiques des programmes ayant suscité des commentaires négatifs :

- Utilisation d'outils standardisés, plutôt qu'une évaluation structurée basée sur l'expérience de travail sur le terrain, lors de l'évaluation initiale ;
- Suivi de seulement trois mois après le retour au travail.

Caractéristiques des programmes pour lesquelles des défis / barrières sont rapportés :

- Début hâtif (≤ 8 semaines post-AVC) : manque de personnel et manque d'appui de la part du gestionnaire du thérapeute ;

- Intensité et durée du programme qui s'adaptent aux besoins propres à chaque usager : manque de personnel et manque d'appui de la part du gestionnaire du thérapeute ;
- Planification du retour au travail : besoin de concilier les souhaits et les points de vue variés des différentes parties prenantes.

Limites quant à la généralisation des résultats

- En raison des devis utilisés (qualitatifs) et de la taille des échantillons, les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la population cible.
- Les expériences ou défis rencontrés pourraient s'appliquer uniquement aux contextes des participants à l'étude. D'autres expériences et défis – existants dans d'autres milieux – pourraient ne pas être ressortis dans les études consultées.

CONCLUSION

La présente revue visait à répondre à trois questions. La première était : quels programmes (interventions, modèles ou approches) en réadaptation au travail pour la clientèle AVC ambulatoire recense-t-on dans la littérature scientifique ? Au total, 10 programmes et interventions – regroupés en deux catégories – ont été recensés : 1) les programmes en réadaptation au travail qui adoptent une approche globale (huit programmes), et 2) les interventions qui ciblent spécifiquement les incapacités physiques pouvant affecter le retour au travail (deux interventions). Les programmes en réadaptation au travail peuvent avoir un début et une durée différente, mais plusieurs composantes sont communes dans plusieurs programmes (évaluation initiale, formulation d'objectifs, préparation au travail, planification du retour, suivi de l'utilisateur après son retour). De leur côté, les interventions ciblant spécifiquement les incapacités physiques sont très différentes l'une de l'autre en termes de contenu, puisqu'elles ne ciblent pas les mêmes conditions (déficits de la main, problèmes d'équilibre, troubles neurovisuels, etc.).

La deuxième question était : quelle est l'efficacité des programmes et interventions en réadaptation au travail pour la clientèle AVC ambulatoire ? Parmi les 10 programmes et interventions recensés, huit ont été évalués (une étude par programme ou intervention). Du côté des programmes en réadaptation au travail, plusieurs résultats prometteurs ont été observés quant au taux de retour au travail, au pourcentage de patients bénéficiant d'accommodements, aux revenus gagnés, au niveau de performance au travail et au taux de satisfaction quant à sa situation d'emploi. Du côté des deux interventions ciblant spécifiquement des incapacités physiques, seule une des deux semble produire des effets favorables sur le retour au travail. Il s'agit d'une thérapie en neuropsychologie auprès de patients présentant une négligence spatiale unilatérale du côté gauche à la suite d'un AVC de l'hémisphère droit. Pour l'autre intervention (SonicHand et Riablo™), donnée à des patients présentant soit des déficits de la main, soit des déficits liés à l'équilibre postural et aux fonctions motrices globales, aucun effet significatif n'a été observé sur le retour au travail.

Enfin, la troisième question était : comment les programmes et interventions en réadaptation au travail sont-ils perçus et vécus par les principaux acteurs impliqués (usagers, professionnels, employeurs, etc.) ? Parmi les 10 programmes et interventions recensés, seulement quatre ont été évalués sous l'angle des perceptions et des expériences des parties prenantes (usagers, professionnels, employeurs). L'analyse des résultats trouvés dans les études qualitatives a permis de mettre en lumière plusieurs caractéristiques des programmes susceptibles d'être appréciées par les parties prenantes. Plus précisément, l'importance des éléments suivants a été soulignée : un début hâtif (≤ 8 semaines post-AVC), des visites sur le lieu de travail, la formulation d'objectifs consignés dans un plan, la transmission d'informations sur l'AVC et ses conséquences, le retour progressif au travail et le suivi des usagers qui inclut une rétroaction régulière et continue sur les progrès réalisés.

Les composantes qui sont communes à plusieurs programmes (Q1), les effets prometteurs observés (Q2) et les caractéristiques des programmes ayant suscité des réactions positives chez les principaux acteurs clés (usagers, professionnels et employeurs) sont tous des éléments qui, mis ensemble, contribuent à la réflexion sur les meilleures pratiques en réadaptation au travail. Ceci dit, les constats de la présente revue doivent être interprétés avec précautions en raison de certaines limites méthodologiques présentes dans les études. D'abord, plusieurs facteurs liés à l'employeur, connus pour faciliter ou nuire au retour au travail, n'ont pas été pris en compte dans les analyses. Par exemple, la relation pré-AVC entre l'employeur et l'employé, la qualité de la communication entre les deux et le soutien des collègues de travail sont tous des facteurs qui, indépendamment du programme suivi, peuvent nuire ou faciliter le retour au travail (pour une synthèse des prédicteurs du retour au travail post-AVC ainsi que des barrières et facilitateurs, voir la revue de Coutts et Cooper, 2023). Également, la majorité des études sur les effets des programmes/interventions rapportent des résultats purement descriptifs (moyenne, médiane, pourcentage), sans effectuer de comparaison entre un groupe intervention et un groupe témoin, ni réaliser des tests statistiques pour vérifier la significativité des changements observés. En outre, le concept de travail est défini de manière différente d'une étude à l'autre ; certains auteurs adoptent une définition plus inclusive du travail et incluent le travail bénévole, d'autres se limitent au travail rémunéré. Rappelons par ailleurs qu'aucune des études et des programmes recensés ne provient de l'Amérique du Nord. Or, les systèmes d'assurance, les lois et les règlements sur les normes du travail et les régimes d'invalidité sont différents d'un pays à l'autre. Il est possible que les contextes dans lesquels les programmes/interventions ont été évalués soient très différents de celui du Québec. Enfin, comme mentionné précédemment, les temps de suivi sont relativement courts dans les études (six mois ou moins dans la majorité des études). Les effets des programmes/interventions à moyen et à long terme sont à ce jour inconnus.

Pour identifier les meilleures pratiques en réadaptation au travail avec un plus haut niveau de certitude, d'autres recherches évaluatives – menées en Amérique du Nord – devront être réalisées. Plus précisément, il faudra davantage d'études comparant les résultats d'un groupe intervention avec ceux d'un groupe témoin, dont la stratégie d'analyse statistique est rigoureuse et où des temps de mesure à plus long terme sont prévus.

LIMITES DE LA REVUE

Outre les limites propres à chaque étude, la présente revue rapide renferme aussi certaines limites. Rappelons qu'une revue rapide de la littérature permet d'avoir une réponse et des éléments de réflexion dans un court délai (quatre à six mois), c'est pourquoi des compromis sur l'exhaustivité de la recherche doivent être faits. Dans le cadre de la présente revue, seulement quatre bases de données bibliographiques ont été consultées. Certaines études pertinentes pourraient ne pas avoir été repérées. Également, certaines étapes – réalisées en interjuge dans le cadre d'une revue systématique – ont été complétées – en tout ou en partie – par un seul évaluateur. La réalisation de ces étapes par un seul évaluateur peut introduire des biais dans le traitement des données (ex. extraire uniquement les résultats qui confirme son point de vue). Aussi, la force de la preuve issue des études examinées n'a pas été évaluée au moyen d'outils validés. Enfin, ce type de revue ne prévoit pas de collecte de données contextuelles (ex. données clinico-administratives), ni de collecte de données expérientielles (ex. consultations de professionnels et d'usagers). Ainsi, dans le cadre de sa réflexion sur les meilleures pratiques en réadaptation au travail pour la clientèle AVC ambulatoire, le demandeur devra recueillir par lui-même ce type de données.

RÉFÉRENCES

- Coutts, E. et Cooper, K. (2023). Return to work for adults following stroke: a scoping review of interventions, factors, barriers, and facilitators. *JBI Evidence Synthesis*, 21(9), 1794-1837. <https://doi.org/10.11124/jbies-22-00174>
- Craven, K., Holmes, J., Powers, K., Clarke, S., Cripps, R. L., Lindley, R., Phillips, J., Tyerman, R., McKeivitt, C., Clarke, D. et Radford, K. (2021). Embedding mentoring to support trial processes and implementation fidelity in a randomised controlled trial of vocational rehabilitation for stroke survivors. *BMC Medical Research Methodology*, 21(1), 15 p. <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01382-y>
- Duong, P., Sauvé-Schenk, K., Egan, M. Y., Meyer, M. J. et Morrison, T. (2019, 2019/06/01/). Operational Definitions and Estimates of Return to Work Poststroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(6), 1140-1152. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.09.121>
- Garritty, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., King, V. J., Hamel, C., Kamel, C., Affengruber, L. et Stevens, A. (2021). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 130, 13-22. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.007>
- Ghanbari Ghoshchi, S., De Angelis, S., Morone, G., Panigazzi, M., Persechino, B., Tramontano, M., Capodaglio, E., Zoccolotti, P., Paolucci, S. et Iosa, M. (2020). Return to Work and Quality of Life after Stroke in Italy: A Study on the Efficacy of Technologically Assisted Neurorehabilitation. *International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource]*, 17(14). <https://doi.org/10.3390/ijerph17145233>
- Grant, M. (2016). *Developing, delivering and evaluating stroke specific vocational rehabilitation: a feasibility randomised controlled trial* [Doctoral Thesis, University of Nottingham]. <https://eprints.nottingham.ac.uk/35108/>
- Green, T. L., McGovern, H. et Hinkle, J. L. (2021). Understanding Return to Work After Stroke Internationally: A Scoping Review. *Journal of Neuroscience Nursing*, 53(5), 194-200. <https://doi.org/10.1097/jnn.0000000000000603>
- Hamel, C., Michaud, A., Thuku, M., Affengruber, L., Skidmore, B., Nussbaumer-Streit, B., Stevens, A. et Garritty, C. (2020). Few evaluative studies exist examining rapid review methodology across stages of conduct: a systematic scoping review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 126, 131-140. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.06.027>
- Hamel, C., Michaud, A., Thuku, M., Skidmore, B., Stevens, A., Nussbaumer-Streit, B. et Garritty, C. (2021, 2021/01/01/). Defining Rapid Reviews: a systematic scoping review and thematic analysis of definitions and defining characteristics of rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 129, 74-85. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.09.041>
- Hong, Q. N., Pluye, P., F bregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M. P., Griffiths, F., Nicolau, B., O' Cathain, A., Rousseau, M. C. et Vedel, I. (2018 Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018. Registration of Copyright (#1148552), Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada. article. http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127425851/MMAT_2018_criteria-manual_2018-04-04.pdf
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2022). Participation des travailleurs plus âgés au marché du travail et intentions à l'égard de l'âge de la retraite au Québec. *Marché du travail et rémunération*, 33, 1-19. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/participation-travailleurs-plus-ages-marche-travail-intentions-egard-age-retraite-quebec.pdf>

- Johansson, U., Hellman, T., Ost Nilsson, A. et Eriksson, G. (2021). The ReWork-Stroke rehabilitation programme described by use of the TIDieR checklist. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 28(5), 375-383. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1790654>
- Johansson, U., Nilsson, A. O., Falkdal, A. H., von Koch, L., Hellman, T. et Eriksson, G. (2021). The delivery of the ReWork-Stroke program: A process evaluation. *Work*, 70(2), 467-478. <https://doi.org/10.3233/WOR-213585>
- Kerkhoff, G. (2021). Successful return to professional work after neglect, extinction, and spatial misperception - Three long-term case studies. *Neuropsychological Rehabilitation*, 31(6), 837-862. <https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1738248>
- Larousse Médical. (s. d.). <https://www.larousse.fr/encyclopedie>
- MacIntosh, A., Lam, E., Vigneron, V., Vignais, N. et Biddiss, E. (2019, 2019/09/25). Biofeedback interventions for individuals with cerebral palsy: a systematic review. *Disability and rehabilitation*, 41(20), 2369-2391. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1468933>
- Menon, A., Petzold, A., Kim, A., Ogourtsova, T., McDermott, A. et Korner-Bitensky, N. (2015). *Négligence spatiale unilatérale*. <https://strokengine.ca/fr/consequences/unilateral-spatial-neglect/>
- Mohamad, N. B. Z., Pei Wen, P. K., Sien, N. Y., Kee, K. M., Chieh, K. J. et Asano, M. (2020). Supporting People With Stroke to Return to Work in Singapore: Findings From a Pilot Vocational Rehabilitation Program. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(6), 7406205040p7406205041-7406205040p7406205049. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.041376>
- Moore, N., Reeder, S., O'Keefe, S., Alves-Stein, S., Schneider, E., Moloney, K., Radford, K. et Lannin, N. A. (2023). "I've still got a job to go back to": the importance of early vocational rehabilitation after stroke. *Disability and rehabilitation*, 8 p. <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2230125>
- Newman, G. (2022). *Comment évaluer la sensibilité/sensation*. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-neurologiques/examen-neurologique/comment-%C3%A9valuer-la-sensibilit%C3%A9-sensation>
- Ntsiea, M. V., Van Aswegen, H., Lord, S. et Olorunju S, S. (2015). The effect of a workplace intervention programme on return to work after stroke: a randomised controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 29(7), 663-673. <https://doi.org/10.1177/0269215514554241>
- O'Keefe, S., Radford, K., Farrin, A., Oakman, J., Alves-Stein, S., Cloud, G., Douglas, J., Stanley, M. et Lannin, N. A. (2022). A Tailored Occupational Therapist-Led Vocational Intervention for People With Stroke: Protocol for a Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 11(10), e40548. <https://doi.org/10.2196/40548>
- Olaoye, O. A., Soeker, S. M. et Rhoda, A. (2020). The development of a return to work intervention programme for stroke survivor (SReTWIP): a Delphi survey. *BMC Neurol*, 20, 12 p. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01668-6>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. <https://icd.who.int/dev11/l-icf/en#/http://id.who.int/icd/entity/1418592904>
- Öst Nilsson, A. (2019). *Rework-stroke: Content and experiences of a person-centred rehabilitation programme for return to work after stroke* [Karolinska Institutet]. APA PsycInfo. [https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/46659/Thesis Annika %C3%96st Nils son.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/46659/Thesis%20Annika%20Nils%20son.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Öst Nilsson, A., Eriksson, G., Asaba, E., Johansson, U. et Hellman, T. (2020). Being a co-worker or a manager of a colleague returning to work after stroke: A challenge facilitated by cooperation and flexibility. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(3), 213-222. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1526318>
- Öst Nilsson, A., Eriksson, G., Johansson, U. et Hellman, T. (2017). Experiences of the return to work process after stroke while participating in a person-centred rehabilitation programme. *Scandinavian*

- Öst Nilsson, A., Johansson, U., Ekbladh, E., Bernspang, B., Hellman, T. et Eriksson, G. (2020). Work Potential and Work Performance during the First Try-Out of the Person-Centred Return to Work Rehabilitation Programme ReWork-Stroke: A Case Study. *Healthcare*, 8(4), 15 p. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.3390/healthcare8040454>
- Radford, K., Grant, M. I., Sinclair, E. J., Kettlewell, J. et Watkin, C. (2020). Describing Return to Work after Stroke: A Feasibility Trial of 12-month Outcomes. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(4), 8 p. <https://doi.org/10.2340/16501977-2647>
- Radford, K. A., McKeivitt, C., Clarke, S., Powers, K., Phillips, J., Craven, K., Watkins, C., Farrin, A., Holmes, J., Cripps, R., McLellan, V., Sach, T., Brindle, R., Holloway, I., Hartley, S., Bowen, A., O'Connor, R. J., Stevens, J., Walker, M., Murray, J., Shone, A. et Clarke, D. (2022). RETurn to work After strokE (RETAKE) Trial: protocol for a mixed-methods process evaluation using normalisation process theory. *BMJ Open*, 12(3), e053111. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053111>
- Tani, N., Ichikawa, F., Mitani, R., Akatsu, J. et Oda, S. (2021). Fitting the task to a person with disabilities: A case of return-to-work support for a patient due to left-sided poststroke hemiplegia using tailor-made jigs-and-tools. *Journal of Occupational Health*, 63(1), 6 p. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/1348-9585.12201>
- Tricco, A. C., Cardoso, R., Thomas, S. M., Motiwala, S., Sullivan, S., Kealey, M. R., Hemmelgarn, B., Ouimet, M., Hillmer, M. P., Perrier, L., Shepperd, S. et Straus, S. E. (2016). Barriers and facilitators to uptake of systematic reviews by policy makers and health care managers: a scoping review. *Implementation science*, 11, 4. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0370-1>
- Tricco, A. C., Garritty, C. M., Boulos, L., Lockwood, C., Wilson, M., McGowan, J., McCaul, M., Hutton, B., Clement, F., Mittmann, N., Devane, D., Langlois, E. V., Abou-Setta, A. M., Houghton, C., Glenton, C., Kelly, S. E., Welch, V. A., LeBlanc, A., Wells, G. A., Pham, B., Lewin, S. et Straus, S. E. (2020). Rapid review methods more challenging during COVID-19: commentary with a focus on 8 knowledge synthesis steps. *Journal of Clinical Epidemiology*, 126, 177-183. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.06.029>
- Turner, A., De Wet, T. J., McMurray, J., Wrobel, A., Smith, H., Clissold, B., Mohebbi, M. et Kneebone, I. (2022). Feasibility of the community-based Stay at Work Intervention (SAWI) for stroke survivors. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 57(2), 151-164. <https://doi.org/10.3233/JVR-221206>
- Wardak, C. et Duhamel, J.-R. (2004). Contrôle du mouvement du regard. Le rôle du cortex pariétal. *Médecine/Sciences*, 20(1), 89-97. <https://doi.org/10.1051/medsci/200420189>

ANNEXE 1. Recherche documentaire

Bases de données scientifiques consultées

Bases de données	Plateforme	Couverture	Date de consultation	Nb de références
Medline	Ovid	MEDLINE(R) ALL 1946 to June 07, 2023	Juin 2023	425
All EBM Reviews	Ovid	EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 to June 6, 2023, EBM Reviews - ACP Journal Club 1991 to May 2023 EBM Reviews - Database of Abstracts of Reviews of Effects 1st Quarter 2016 EBM Reviews - Cochrane Clinical Answers May 2023 EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials May 2023 EBM Reviews - Cochrane Methodology Register 3rd Quarter 2012 EBM Reviews - Health Technology Assessment 4th Quarter 2016 EBM Reviews - NHS Economic Evaluation Database 1st Quarter 2016	Juin 2023	265
Embase	Ovid	Embase 1980 to 2023 Week 22	Juin 2023	1 196
PsycINFO	Ovid	APA PsycInfo 1806 to May Week 5 2023	Juin 2023	150
Total				2 458
TOTAL (sans les doublons)				1 495

Stratégies de recherche dans les bases de données

Medline

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
1	Stroke	<p>exp Stroke/ OR (acute focal cerebral vasculopath? OR apoplexia? OR apoplexy OR (brain ADJ2 (accident? OR attack? OR insult? OR insultus)) OR ((cerebral OR cerebro OR cerebrovascular OR cerebrum) ADJ2 (accident? OR arrest? OR failure? OR injury OR injuries OR insufficienc* OR insult? OR lesion?)) OR brain blood flow disturbance? OR CVA OR CVAs OR insultus cerebrialis OR isch?emic seizure? OR stroke? OR ((brain OR cerebral OR cerebrovascular OR cortical OR hemisphere OR hemispheric) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((anterior circulation OR anterior circulatory) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((posterior circulation OR posterior circulatory) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((brainstem?) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((Claude OR Weber OR Millard Gublar OR "Top of the Basilar" OR Benedict OR Foville) ADJ2 syndrome?) OR posterior inferior cerebellar artery syndrome? OR (Wallenberg* ADJ2 syndrome?) OR ((dorsolateral medullary OR lateral bulbar OR lateral medullary) ADJ2 (disease? OR syndrome?)) OR subcortical infarct* OR posterior choroidal artery infarct* OR anterior choroidal artery infarct* OR CADASIL? OR (cerebral ADJ5 arteriopathy with subcortical infarct? ADJ5 (hereditary OR autosomal dominant) ADJ5 leu?oencephalopathy) OR "hereditary multi infarct type dementia" OR lacunar dementia? OR multi infarct dementia? OR multi infarction dementia? OR multiinfarct* dementia? OR vascular dementia? OR ((anterior cerebral artery OR ACA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR ((cerebral OR intracranial) ADJ2 (artery OR arterial) ADJ2 disease?) OR (Heubner* ADJ2 artery infarction?) OR ((middle cerebral artery OR MCA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR ((posterior cerebral artery OR PCA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR LACS OR LACI OR (lacunar ADJ2 (infarct? OR infarction? OR syndrome?)) OR ((cerebellar OR cerebellum) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((migraine? OR migrainous) ADJ2 (infarct? OR infarction?)).ti,kf,kw OR (acute focal cerebral vasculopath? OR apoplexia? OR apoplexy OR (brain ADJ2 (accident? OR attack? OR insult? OR insultus)) OR ((cerebral OR cerebro OR cerebrovascular OR cerebrum) ADJ2 (accident? OR arrest? OR failure? OR injury OR injuries OR insufficienc* OR insult? OR lesion?)) OR brain blood flow disturbance? OR CVA OR CVAs OR insultus cerebrialis OR isch?emic seizure? OR stroke? OR ((brain OR cerebral OR cerebrovascular OR cortical OR hemisphere OR hemispheric) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((anterior circulation OR anterior circulatory) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((posterior circulation OR posterior circulatory) ADJ2 (infarct? OR</p>	285 865

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
		<p>infarction?) OR ((brainstem?) ADJ2 (infarct? OR infarction?) OR ((Claude OR Weber OR Millard Gublar OR "Top of the Basilar" OR Benedict OR Foville) ADJ2 syndrome?) OR posterior inferior cerebellar artery syndrome? OR (Wallenberg* ADJ2 syndrome?) OR ((dorsolateral medullary OR lateral bulbar OR lateral medullary) ADJ2 (disease? OR syndrome?)) OR subcortical infarct* OR posterior choroidal artery infarct* OR anterior choroidal artery infarct* OR CADASIL? OR (cerebral ADJ5 arteriopathy with subcortical infarct? ADJ5 (hereditary OR autosomal dominant) ADJ5 leu?oencephalopathy) OR "hereditary multi infarct type dementia" OR lacunar dementia? OR multi infarct dementia? OR multi infarction dementia? OR multiinfarct* dementia? OR vascular dementia? OR ((anterior cerebral artery OR ACA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR ((cerebral OR intracranial) ADJ2 (artery OR arterial) ADJ2 disease?) OR (Heubner* ADJ2 artery infarction?) OR ((middle cerebral artery OR MCA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR ((posterior cerebral artery OR PCA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR LACS OR LACI OR (lacunar ADJ2 (infarct? OR infarction? OR syndrome?)) OR ((cerebellar OR cerebellum) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((migraine? OR migrainous) ADJ2 (infarct? OR infarction?)).ab/freq=2</p>	
2	Return to work	<p>"Return to Work"/ OR exp "Rehabilitation, Vocational"/ OR (job re-entries OR job reentry OR "job re entries" OR "job re entry" OR work reentries OR work re-entry OR "work re entries" OR "work re entry" OR "back to work" OR reemployment OR "return to work" OR "returning to work" OR "returned to work" OR supported employment OR work adjustment training).ti,kf,kw OR (job re-entries OR job reentry OR "job re entries" OR "job re entry" OR work reentries OR work re-entry OR "work re entries" OR "work re entry" OR "back to work" OR reemployment OR "return to work" OR "returning to work" OR "returned to work" OR supported employment OR work adjustment training).ab/freq=2</p>	17 900
3	Work	<p>Employment/ OR Job Satisfaction/ OR Work/ OR Work Engagement/ OR Work Performance/ OR Career Choice/ OR (career OR careers OR employe* OR employment? OR employability OR job OR jobs OR labo?r OR occupation? OR personnel* OR profession? OR vocation* OR work? OR worker?).ti,kf,kw OR (career OR careers OR employe* OR employment? OR employability OR job OR jobs OR labo?r OR occupation? OR personnel* OR profession? OR vocation* OR worker?).ab/freq=2 OR work?.ab/freq=3</p>	606 500
4	Rehabilitation	<p>Rehabilitation/ OR rehabilitation.fs OR Rehabilitation Centers/ OR "Health Services for Persons with Disabilities"/ OR (intervention? OR approach? OR program* OR service? OR session? OR strateg* OR workshop OR co?nsel* OR train OR training? OR retrain OR retrained OR retraining? OR recover* OR revalidation* OR reeducat* OR rehab* OR prehab* OR habilitat* OR</p>	3 332 730

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
		remediat* OR eRehabilitation OR telerehabilitation*).ti,kf,kw OR (intervention? OR approach? OR program* OR service? OR session? OR strateg* OR workshop OR co?nseil* OR train OR training? OR retrain OR retrained OR retraining? OR recover* OR revalidation* OR reeducat* OR rehab* OR prehab* OR habilitat* OR remediat* OR eRehabilitation OR telerehabilitation*).ab/freq=2	
5	NOT	(brain injur* OR TBI OR TBIs OR athletic? OR athele? OR military OR robot* OR p?ediatric OR child* OR adolescen* OR cardia* OR cardio* OR heart* OR surger? OR surgeon? OR surgical? OR neurosurger* OR neuroeng* OR neurorehab* OR neurological rehab* OR emergency OR emergencies OR paramedic? OR hospital? OR ((early OR acute* OR subacute* OR intensi* OR critical) ADJ2 (unit OR units OR care))).ti,jw OR (neurolog* OR biomedical OR sport?).jw OR (exp Animals/ NOT Humans/) OR ve.fs OR (animal* OR ant OR ants OR avian* OR bat OR bats OR bee OR bees OR bird OR birds OR bovine* OR butterfl* OR canine* OR caprine* OR cat OR cattle* OR cats OR cheetah* OR chick OR chicks OR chicken* OR chickens OR cow* OR diptera* OR dog OR dogs OR drosophil* OR duck* OR equine* OR ewe* OR feline* OR flatfish* OR fish* OR flea OR fleas OR flies OR fly OR frog OR frogs OR gerbera OR goat* OR hamster* OR heifer* OR hen OR hens OR horse* OR insect* OR kitten* OR lamb* OR larva OR larvae OR larvae* OR livestock* OR locust* OR mallard OR mammalian* OR mare* OR mice* OR minipig* OR monkey OR monkeys OR moth OR moths OR mouse* OR murine* OR mussel* OR nonhuman primates* OR ostrich* OR ovine* OR oyster* OR pest* OR pest* OR pig OR pigs OR pigeons* OR polar bear* OR quail* OR rabbit* OR raccoon* OR ram OR rams OR rat OR rats OR rats' OR rat's OR rodent* OR reptile* OR ruminant* OR salmon* OR sheep* OR snail* OR spider* OR sow OR sows OR sponge* OR swine* OR tick OR ticks OR turbot* OR vertebrate* OR yak OR yaks OR zebrafish* OR zebra OR zebras OR zooplank* OR in vivo OR invivo).tw	13 082 970
6	Stroke AND (Return to work OR (Work AND Rehabilitation))	((1 AND (2 OR (3 AND 4))) NOT 5) AND (english or french).lg	619
7	Période	..l/ 6 yr=2012-2023	425

All EBM Reviews

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
1	Stroke	exp Stroke/ OR (acute focal cerebral vasculopath? OR apoplexia? OR apoplexy OR (brain ADJ2 (accident? OR attack? OR insult? OR insultus)) OR ((cerebral OR cerebro OR cerebrovascular OR cerebrum) ADJ2 (accident? OR arrest? OR failure? OR injury OR injuries OR insufficienc* OR insult? OR	59 766

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
		<p>lesion?)) OR brain blood flow disturbance? OR CVA OR CVAs OR insultus cerebialis OR isch?emic seizure? OR stroke? OR ((brain OR cerebral OR cerebrovascular OR cortical OR hemisphere OR hemispheric) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((anterior circulation OR anterior circulatory) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((posterior circulation OR posterior circulatory) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((brainstem?) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((Claude OR Weber OR Millard Gublar OR "Top of the Basilar" OR Benedict OR Foville) ADJ2 syndrome?) OR posterior inferior cerebellar artery syndrome? OR (Wallenberg* ADJ2 syndrome?) OR ((dorsolateral medullary OR lateral bulbar OR lateral medullary) ADJ2 (disease? OR syndrome?)) OR subcortical infarct* OR posterior choroidal artery infarct* OR anterior choroidal artery infarct* OR CADASIL? OR (cerebral ADJ5 arteriopathy with subcortical infarct? ADJ5 (hereditary OR autosomal dominant) ADJ5 leu?oencephalopathy) OR "hereditary multi infarct type dementia" OR lacunar dementia? OR multi infarct dementia? OR multi infarction dementia? OR multiinfarct* dementia? OR vascular dementia? OR ((anterior cerebral artery OR ACA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR ((cerebral OR intracranial) ADJ2 (artery OR arterial) ADJ2 disease?) OR (Heubner* ADJ2 artery infarction?) OR ((middle cerebral artery OR MCA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR ((posterior cerebral artery OR PCA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR LACS OR LACI OR (lacunar ADJ2 (infarct? OR infarction? OR syndrome?)) OR ((cerebellar OR cerebellum) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((migraine? OR migrainous) ADJ2 (infarct? OR infarction?)).ti,kf,kw OR (acute focal cerebral vasculopath? OR apoplexia? OR apoplexy OR (brain ADJ2 (accident? OR attack? OR insult? OR insultus)) OR ((cerebral OR cerebro OR cerebrovascular OR cerebrum) ADJ2 (accident? OR arrest? OR failure? OR injury OR injuries OR insufficienc* OR insult? OR lesion?)) OR brain blood flow disturbance? OR CVA OR CVAs OR insultus cerebialis OR isch?emic seizure? OR stroke? OR ((brain OR cerebral OR cerebrovascular OR cortical OR hemisphere OR hemispheric) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((anterior circulation OR anterior circulatory) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((posterior circulation OR posterior circulatory) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((brainstem?) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((Claude OR Weber OR Millard Gublar OR "Top of the Basilar" OR Benedict OR Foville) ADJ2 syndrome?) OR posterior inferior cerebellar artery syndrome? OR (Wallenberg* ADJ2 syndrome?) OR ((dorsolateral medullary OR lateral bulbar OR lateral medullary) ADJ2 (disease? OR syndrome?)) OR subcortical infarct* OR posterior choroidal artery infarct* OR anterior choroidal artery infarct* OR CADASIL? OR (cerebral ADJ5 arteriopathy with subcortical infarct? ADJ5 (hereditary OR autosomal dominant) ADJ5</p>	

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
		leu?oencephalopathy) OR "hereditary multi infarct type dementia" OR lacunar dementia? OR multi infarct dementia? OR multi infarction dementia? OR multiinfarct* dementia? OR vascular dementia? OR ((anterior cerebral artery OR ACA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR ((cerebral OR intracranial) ADJ2 (artery OR arterial) ADJ2 disease?) OR (Heubner* ADJ2 artery infarction?) OR ((middle cerebral artery OR MCA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR ((posterior cerebral artery OR PCA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR LACS OR LACI OR (lacunar ADJ2 (infarct? OR infarction? OR syndrome?)) OR ((cerebellar OR cerebellum) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((migraine? OR migrainous) ADJ2 (infarct? OR infarction?)).ab/freq=2	
2	Return to work	"Return to Work"/ OR exp "Rehabilitation, Vocational"/ OR (job re-entries OR job reentry OR "job re entries" OR "job re entry" OR work reentries OR work re-entry OR "work re entries" OR "work re entry" OR "back to work" OR reemployment OR "return to work" OR "returning to work" OR "returned to work" OR supported employment OR work adjustment training).ti,kf,kw OR (job re-entries OR job reentry OR "job re entries" OR "job re entry" OR work reentries OR work re-entry OR "work re entries" OR "work re entry" OR "back to work" OR reemployment OR "return to work" OR "returning to work" OR "returned to work" OR supported employment OR work adjustment training).ab/freq=2	2 025
3	Work	Employment/ OR Job Satisfaction/ OR Work/ OR Work Engagement/ OR Work Performance/ OR Career Choice/ OR (career OR careers OR employe* OR employment? OR employability OR job OR jobs OR labo?r OR occupation? OR personnel* OR profession? OR vocation* OR work? OR worker?).ti,kf,kw OR (career OR careers OR employe* OR employment? OR employability OR job OR jobs OR labo?r OR occupation? OR personnel* OR profession? OR vocation* OR worker?).ab/freq=2 OR work?.ab/freq=3	47 173
4	Rehabilitation	Rehabilitation/ OR rehabilitation.fs OR Rehabilitation Centers/ OR "Health Services for Persons with Disabilities"/ OR (intervention? OR approach? OR program* OR service? OR session? OR strateg* OR workshop OR co?nsel* OR train OR training? OR retrain OR retrained OR retraining? OR recover* OR revalidation* OR reeducat* OR rehab* OR prehab* OR habilitat* OR remediati* OR eRehabilitation OR telerehabilitation*).ti,kf,kw OR (intervention? OR approach? OR program* OR service? OR session? OR strateg* OR workshop OR co?nsel* OR train OR training? OR retrain OR retrained OR retraining? OR recover* OR revalidation* OR reeducat* OR rehab* OR prehab* OR habilitat* OR remediati* OR eRehabilitation OR telerehabilitation*).ab/freq=2	548 416
5	NOT	(brain injur* OR TBI OR TBIs OR athletic? OR athele? OR military OR robot* OR p?ediatric OR child* OR adolescen* OR cardia* OR cardio* OR heart* OR	474 581

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
		surger? OR surgeon? OR surgical? OR neurosurger* OR neuroeng* OR neurorehab* OR neurological rehab* OR emergency OR emergencies OR paramedic? OR hospital? OR ((early OR acute* OR subacute* OR intensi* OR critical) ADJ2 (unit OR units OR care))).ti,jw OR (neurolog* OR biomedical OR sport?).jw OR (exp Animals/ NOT Humans/) OR ve.fs OR (animal* OR ant OR ants OR avian* OR bat OR bats OR bee OR bees OR bird OR birds OR bovine* OR butterfly* OR canine* OR caprine* OR cat OR cattle* OR cats OR cheetah* OR chick OR chicks OR chicken* OR chickens OR cow* OR diptera* OR dog OR dogs OR drosophil* OR duck* OR equine* OR ewe* OR feline* OR flatfish* OR fish* OR flea OR fleas OR flies OR fly OR frog OR frogs OR gerbera OR goat* OR hamster* OR heifer* OR hen OR hens OR horse* OR insect* OR kitten* OR lamb* OR larva OR larvas OR larvae* OR livestock* OR locust* OR mallard OR mammalian* OR mare* OR mice* OR minipig* OR monkey OR monkeys OR moth OR moths OR mouse* OR murine* OR mussel* OR nonhuman primates* OR ostrich* OR ovine* OR oyster* OR pest* OR pest* OR pig OR pigs OR pigeons* OR polar bear* OR quail* OR rabbit* OR raccoon* OR ram OR rams OR rat OR rats OR rats' OR rat's OR rodent* OR reptile* OR ruminant* OR salmon* OR sheep* OR snail* OR spider* OR sow OR sows OR sponge* OR swine* OR tick OR ticks OR turbot* OR vertebrate* OR yak OR yaks OR zebrafish* OR zebra OR zebras OR zooplank* OR in vivo OR invivo).tw	
6	Stroke AND (Return to work OR (Work AND Rehabilitation))	((1 AND (2 OR (3 AND 4))) NOT 5) AND (english or french).lg	323
7	Période	..l/ 6 yr=2012-2023	265

EMBASE

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
1	Stroke	cerebrovascular accident/ OR exp brain infarction/ OR exp anterior circulation infarction/ OR posterior circulation infarction/ OR brain stem infarction/ OR brainstem stroke/ OR Wallenberg syndrome/ OR CADASIL/ OR multiinfarct dementia/ OR cerebral artery disease/ OR exp ischemic stroke/ OR cardioembolic stroke/ OR lacunar stroke/ OR lacunar infarction/ OR wake up stroke/ OR cerebellum infarction/ OR migrainous infarction/ OR (acute focal cerebral vasculopath? OR apoplexia? OR apoplexy OR (brain ADJ2 (accident? OR attack? OR insult? OR insultus)) OR ((cerebral OR cerebro OR cerebrovascular OR cerebrum) ADJ2 (accident? OR arrest? OR failure? OR injury OR injuries OR insufficienc* OR insult? OR lesion?)) OR brain blood flow disturbance? OR CVA OR CVAs OR insultus cerebri OR isch?emic seizure? OR stroke? OR ((brain OR cerebral OR cerebrovascular OR cortical	549 687

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
		<p>OR hemisphere OR hemispheric) ADJ2 (infarct? OR infarction?) OR ((anterior circulation OR anterior circulatory) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((posterior circulation OR posterior circulatory) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((brainstem?) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((Claude OR Weber OR Millard Gublar OR "Top of the Basilar" OR Benedict OR Foville) ADJ2 syndrome?) OR posterior inferior cerebellar artery syndrome? OR (Wallenberg* ADJ2 syndrome?) OR ((dorsolateral medullary OR lateral bulbar OR lateral medullary) ADJ2 (disease? OR syndrome?)) OR subcortical infarct* OR posterior choroidal artery infarct* OR anterior choroidal artery infarct* OR CADASIL? OR (cerebral ADJ5 arteriopathy with subcortical infarct? ADJ5 (hereditary OR autosomal dominant) ADJ5 leu?oencephalopathy) OR "hereditary multi infarct type dementia" OR lacunar dementia? OR multi infarct dementia? OR multi infarction dementia? OR multiinfarct* dementia? OR vascular dementia? OR ((anterior cerebral artery OR ACA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR ((cerebral OR intracranial) ADJ2 (artery OR arterial) ADJ2 disease?) OR (Heubner* ADJ2 artery infarction?) OR ((middle cerebral artery OR MCA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR ((posterior cerebral artery OR PCA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR LACS OR LACI OR (lacunar ADJ2 (infarct? OR infarction? OR syndrome?)) OR ((cerebellar OR cerebellum) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((migraine? OR migrainous) ADJ2 (infarct? OR infarction?)).ti,kw OR (acute focal cerebral vasculopath? OR apoplexia? OR apoplexy OR (brain ADJ2 (accident? OR attack? OR insult? OR insultus)) OR ((cerebral OR cerebro OR cerebrovascular OR cerebrum) ADJ2 (accident? OR arrest? OR failure? OR injury OR injuries OR insufficienc* OR insult? OR lesion?)) OR brain blood flow disturbance? OR CVA OR CVAs OR insultus cerebrialis OR isch?emic seizure? OR stroke? OR ((brain OR cerebral OR cerebrovascular OR cortical OR hemisphere OR hemispheric) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((anterior circulation OR anterior circulatory) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((posterior circulation OR posterior circulatory) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((brainstem?) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((Claude OR Weber OR Millard Gublar OR "Top of the Basilar" OR Benedict OR Foville) ADJ2 syndrome?) OR posterior inferior cerebellar artery syndrome? OR (Wallenberg* ADJ2 syndrome?) OR ((dorsolateral medullary OR lateral bulbar OR lateral medullary) ADJ2 (disease? OR syndrome?)) OR subcortical infarct* OR posterior choroidal artery infarct* OR anterior choroidal artery infarct* OR CADASIL? OR (cerebral ADJ5 arteriopathy with subcortical infarct? ADJ5 (hereditary OR autosomal dominant) ADJ5 leu?oencephalopathy) OR "hereditary multi infarct type dementia" OR lacunar dementia? OR multi infarct dementia? OR multi infarction dementia? OR multiinfarct* dementia? OR vascular</p>	

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
		dementia? OR ((anterior cerebral artery OR ACA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR ((cerebral OR intracranial) ADJ2 (artery OR arterial) ADJ2 disease?) OR (Heubner* ADJ2 artery infarction?) OR ((middle cerebral artery OR MCA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR ((posterior cerebral artery OR PCA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR LACS OR LACI OR (lacunar ADJ2 (infarct? OR infarction? OR syndrome?)) OR ((cerebellar OR cerebellum) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((migraine? OR migrainous) ADJ2 (infarct? OR infarction?)).ab/freq=2	
2	Return to work	"return to work"/ OR vocational rehabilitation/ OR (job re-entries OR job reentry OR "job re entries" OR "job re entry" OR work reentries OR work re-entry OR "work re entries" OR "work re entry" OR "back to work" OR reemployment OR "return to work" OR "returning to work" OR "returned to work" OR supported employment OR work adjustment training).ti,kw OR (job re-entries OR job reentry OR "job re entries" OR "job re entry" OR work reentries OR work re-entry OR "work re entries" OR "work re entry" OR "back to work" OR reemployment OR "return to work" OR "returning to work" OR "returned to work" OR supported employment OR work adjustment training).ab/freq=2	21 151
3	Work	exp employment/ OR job satisfaction/ OR work/ OR work engagement/ OR job performance/ OR (career OR careers OR employe* OR employment? OR employability OR job OR jobs OR labo?r OR occupation? OR personnel* OR profession? OR vocation* OR work? OR worker?).ti,kw OR (career OR careers OR employe* OR employment? OR employability OR job OR jobs OR labo?r OR occupation? OR personnel* OR profession? OR vocation* OR worker?).ab/freq=2 OR work?.ab/freq=3	686 964
4	Rehabilitation	rehabilitation/ OR "community based rehabilitation"/ OR occupational therapy/ OR psychosocial rehabilitation/ OR telerehabilitation/ OR rehabilitation.fs OR rehabilitation center/ OR rehabilitation patient/ OR (intervention? OR approach? OR program* OR service? OR session? OR strateg* OR workshop OR co?nsele* OR train OR training? OR retrain OR retrained OR retraining? OR recover* OR revalidation* OR reeducat* OR rehab* OR prehab* OR habilitat* OR remediati* OR eRehabilitation OR telerehabilitation*).ti,kw OR (intervention? OR approach? OR program* OR service? OR session? OR strateg* OR workshop OR co?nsele* OR train OR training? OR retrain OR retrained OR retraining? OR recover* OR revalidation* OR reeducat* OR rehab* OR prehab* OR habilitat* OR remediati* OR eRehabilitation OR telerehabilitation*).ab/freq=2	4 106 676
5	NOT	(brain injur* OR TBI OR TBIs OR athletic? OR athele? OR military OR robot* OR p?ediatric OR child* OR adolescen* OR cardia* OR cardio* OR heart* OR surger? OR surgeon? OR surgical? OR neurosurger* OR neuroeng* OR neurorehab* OR neurological rehab* OR emergency OR emergencies OR	13 759 308

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
		paramedic? OR hospital? OR ((early OR acute* OR subacute* OR intensi* OR critical) ADJ2 (unit OR units OR care)).ti,jx OR (neurolog* OR biomedical OR sport?).jw OR (animal/ NOT human/) OR (animal* OR ant OR ants OR avian* OR bat OR bats OR bee OR bees OR bird OR birds OR bovine* OR butterfly* OR canine* OR caprine* OR cat OR cattle* OR cats OR cheetah* OR chick OR chicks OR chicken* OR chickens OR cow* OR diptera* OR dog OR dogs OR drosophil* OR duck* OR equine* OR ewe* OR feline* OR flatfish* OR fish* OR flea OR fleas OR flies OR fly OR frog OR frogs OR gerbera OR goat* OR hamster* OR heifer* OR hen OR hens OR horse* OR insect* OR kitten* OR lamb* OR larva OR larvae OR larvae* OR livestock* OR locust* OR mallard OR mammalian* OR mare* OR mice* OR minipig* OR monkey OR monkeys OR moth OR moths OR mouse* OR murine* OR mussel* OR nonhuman primates* OR ostrich* OR ovine* OR oyster* OR pest* OR pest* OR pig OR pigs OR pigeons* OR polar bear* OR quail* OR rabbit* OR raccoon* OR ram OR rams OR rat OR rats OR rats' OR rat's OR rodent* OR reptile* OR ruminant* OR salmon* OR sheep* OR snail* OR spider* OR sow OR sows OR sponge* OR swine* OR tick OR ticks OR turbot* OR vertebrate* OR yak OR yaks OR zebrafish* OR zebra OR zebras OR zooplank* OR in vivo OR invivo).tw	
6	Stroke AND (Return to work OR (Work AND Rehabilitation))	((1 AND (2 OR (3 AND 4))) NOT 5) AND (english or french).lg	1 549
7	Période	..l/ 6 yr=2012-2023	1 196

PsycINFO

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
1	Stroke	Cerebrovascular Accidents/ OR (acute focal cerebral vasculopath? OR apoplexia? OR apoplexy OR (brain ADJ2 (accident? OR attack? OR insult? OR insultus)) OR ((cerebral OR cerebro OR cerebrovascular OR cerebrum) ADJ2 (accident? OR arrest? OR failure? OR injury OR injuries OR insufficienc* OR insult? OR lesion?)) OR brain blood flow disturbance? OR CVA OR CVAs OR insultus cerebrealis OR isch?emic seizure? OR stroke? OR ((brain OR cerebral OR cerebrovascular OR cortical OR hemisphere OR hemispheric) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((anterior circulation OR anterior circulatory) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((posterior circulation OR posterior circulatory) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((brainstem?) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((Claude OR Weber OR Millard Gublar OR "Top of the Basilar" OR Benedict OR Foville) ADJ2 syndrome?) OR posterior inferior cerebellar artery syndrome? OR (Wallenberg* ADJ2 syndrome?) OR ((dorsolateral medullary OR lateral bulbar OR lateral medullary) ADJ2	36 523

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
		<p>(disease? OR syndrome?) OR subcortical infarct* OR posterior choroidal artery infarct* OR anterior choroidal artery infarct* OR CADASIL? OR (cerebral ADJ5 arteriopathy with subcortical infarct? ADJ5 (hereditary OR autosomal dominant) ADJ5 leu?oencephalopathy) OR "hereditary multi infarct type dementia" OR lacunar dementia? OR multi infarct dementia? OR multi infarction dementia? OR multiinfarct* dementia? OR vascular dementia? OR ((anterior cerebral artery OR ACA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR ((cerebral OR intracranial) ADJ2 (artery OR arterial) ADJ2 disease?) OR (Heubner* ADJ2 artery infarction?) OR ((middle cerebral artery OR MCA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR ((posterior cerebral artery OR PCA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR LACS OR LACI OR (lacunar ADJ2 (infarct? OR infarction? OR syndrome?)) OR ((cerebellar OR cerebellum) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((migraine? OR migrainous) ADJ2 (infarct? OR infarction?)).ti,id OR (acute focal cerebral vasculopath? OR apoplexia? OR apoplexy OR (brain ADJ2 (accident? OR attack? OR insult? OR insultus)) OR ((cerebral OR cerebro OR cerebrovascular OR cerebrum) ADJ2 (accident? OR arrest? OR failure? OR injury OR injuries OR insufficienc* OR insult? OR lesion?)) OR brain blood flow disturbance? OR CVA OR CVAs OR insultus cerebialis OR isch?emic seizure? OR stroke? OR ((brain OR cerebral OR cerebrovascular OR cortical OR hemisphere OR hemispheric) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((anterior circulation OR anterior circulatory) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((posterior circulation OR posterior circulatory) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((brainstem?) ADJ2 (infarct? OR infarction?)) OR ((Claude OR Weber OR Millard Gublar OR "Top of the Basilar" OR Benedict OR Foville) ADJ2 syndrome?) OR posterior inferior cerebellar artery syndrome? OR (Wallenberg* ADJ2 syndrome?) OR ((dorsolateral medullary OR lateral bulbar OR lateral medullary) ADJ2 (disease? OR syndrome?)) OR subcortical infarct* OR posterior choroidal artery infarct* OR anterior choroidal artery infarct* OR CADASIL? OR (cerebral ADJ5 arteriopathy with subcortical infarct? ADJ5 (hereditary OR autosomal dominant) ADJ5 leu?oencephalopathy) OR "hereditary multi infarct type dementia" OR lacunar dementia? OR multi infarct dementia? OR multi infarction dementia? OR multiinfarct* dementia? OR vascular dementia? OR ((anterior cerebral artery OR ACA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR ((cerebral OR intracranial) ADJ2 (artery OR arterial) ADJ2 disease?) OR (Heubner* ADJ2 artery infarction?) OR ((middle cerebral artery OR MCA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR ((posterior cerebral artery OR PCA) ADJ2 (embolus OR infarct? OR infarction? OR occlusion? OR syndrome? OR thrombosis)) OR LACS OR LACI OR (lacunar</p>	

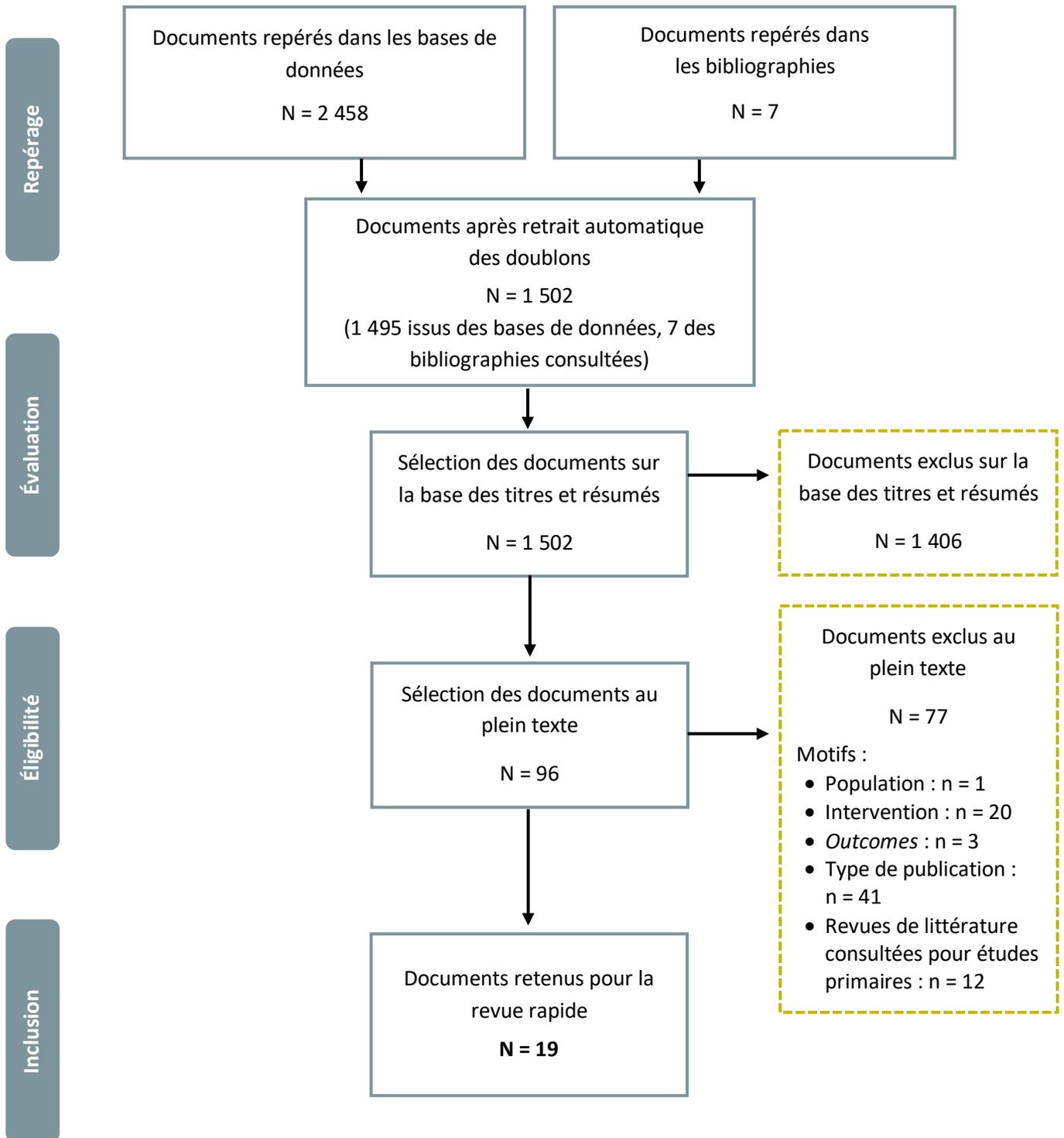
#	Concept	Équations de recherche	Résultats
		ADJ2 (infarct? OR infarction? OR syndrome?) OR ((cerebellar OR cerebellum) ADJ2 (infarct? OR infarction?) OR ((migraine? OR migrainous) ADJ2 (infarct? OR infarction?))).ab/freq=2	
2	Return to work	Reemployment/ OR Vocational Rehabilitation/ OR Supported Employment/ OR Work Adjustment Training/ OR (job re-entries OR job reentry OR "job re entries" OR "job re entry" OR work reentries OR work re-entry OR "work re entries" OR "work re entry" OR "back to work" OR reemployment OR "return to work" OR "returning to work" OR "returned to work" OR supported employment OR work adjustment training).ti,id OR (job re-entries OR job reentry OR "job re entries" OR "job re entry" OR work reentries OR work re-entry OR "work re entries" OR "work re entry" OR "back to work" OR reemployment OR "return to work" OR "returning to work" OR "returned to work" OR supported employment OR work adjustment training).ab/freq=2	10 092
3	Work	Employment Status/ OR Employability OR Job Satisfaction/ OR Employee Engagement/ OR Employee Motivation/ OR Employee Well Being/ OR Job Involvement/ OR exp Job Performance/ OR Occupational Choice/ OR (career OR careers OR employe* OR employment? OR employability OR job OR jobs OR labo?r OR occupation? OR personnel* OR profession? OR vocation* OR work? OR worker?).ti,id OR (career OR careers OR employe* OR employment? OR employability OR job OR jobs OR labo?r OR occupation? OR personnel* OR profession? OR vocation* OR worker?).ab/freq=2 OR work?.ab/freq=3	419 531
4	Rehabilitation	Rehabilitation/ OR Occupational Therapy/ OR exp Psychosocial Rehabilitation/ OR exp Rehabilitation Centers/ OR Telerehabilitation/ OR Rehabilitation Counseling/ OR Rehabilitation Counselors/ OR (intervention? OR approach? OR program* OR service? OR session? OR strateg* OR workshop OR co?nsel* OR train OR training? OR retrain OR retrained OR retraining? OR recover* OR revalidation* OR reeducat* OR rehab* OR prehab* OR habilitat* OR remediat* OR eRehabilitation OR telerehabilitation*).ti,id OR (intervention? OR approach? OR program* OR service? OR session? OR strateg* OR workshop OR co?nsel* OR train OR training? OR retrain OR retrained OR retraining? OR recover* OR revalidation* OR reeducat* OR rehab* OR prehab* OR habilitat* OR remediat* OR eRehabilitation OR telerehabilitation*).ab/freq=2	1 256 966
5	NOT	(brain injur* OR TBI OR TBIs OR athletic? OR athele? OR military OR robot* OR p?ediatric OR child* OR adolescen* OR cardia* OR cardio* OR heart* OR surger? OR surgeon? OR surgical? OR neurosurger* OR neuroeng* OR neurorehab* OR neurological rehab* OR emergency OR emergencies OR paramedic? OR hospital? OR ((early OR acute* OR subacute* OR intensi* OR critical) ADJ2 (unit OR units OR care))).ti,jx OR (neurolog* OR biomedical OR sport?).jx OR (animal* OR ant OR ants OR avian* OR bat OR bats OR bee OR bees OR bird OR birds OR bovine* OR butterfl* OR canine* OR caprine* OR cat OR cattle* OR cats OR cheetah* OR chick OR chicks OR chicken* OR	1 302 904

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
		chickens OR cow* OR diptera* OR dog OR dogs OR drosophil* OR duck* OR equine* OR ewe* OR feline* OR flatfish* OR fish* OR flea OR fleas OR flies OR fly OR frog OR frogs OR gerbera OR goat* OR hamster* OR heifer* OR hen OR hens OR horse* OR insect* OR kitten* OR lamb* OR larva OR larvas OR larvae* OR livestock* OR locust* OR mallard OR mammalian* OR mare* OR mice* OR minipig* OR monkey OR monkeys OR moth OR moths OR mouse* OR murine* OR mussel* OR nonhuman primates* OR ostrich* OR ovine* OR oyster* OR pest* OR pest* OR pig OR pigs OR pigeons* OR polar bear* OR quail* OR rabbit* OR raccoon* OR ram OR rams OR rat OR rats OR rats' OR rat's OR rodent* OR reptile* OR ruminant* OR salmon* OR sheep* OR snail* OR spider* OR sow OR sows OR sponge* OR swine* OR tick OR ticks OR turbot* OR vertebrate* OR yak OR yaks OR zebrafish* OR zebra OR zebras OR zooplank* OR in vivo OR invivo).tw	
6	Stroke AND (Return to work OR (Work AND Rehabilitation))	((1 AND (2 OR (3 AND 4))) NOT 5) AND (english or french).lg	244
7	Période	..l/ 6 yr=2012-2023	150

Résultats de la recherche documentaire

Sources	Résultats avant retrait des doublons	Doublons supprimés	Nb de références à évaluer
Bases de données	2 458	963	1 495
Bibliographies	7	---	7
Total	2 465	963	1 502

ANNEXE 2. Diagramme de sélection



Source: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

ANNEXE 3. Évaluation de la qualité méthodologique des études scientifiques (MMAT)

Choix de réponse possibles : Oui, Non, Ne sait pas (NSP)

Étude quantitative à répartition aléatoire

Critères	Ghanbari Ghoshchi (2020)	Ntsiea (2015)	Radford (2020) Grant (2016)
La répartition au hasard des participants (<i>randomisation</i>) est-elle effectuée de manière appropriée ?	Oui	Oui	Oui
Les groupes sont-ils comparables au début de l'étude (avant l'intervention) ?	Oui	Non	NSP
Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes ?	Oui	Oui	Oui
Est-ce que l'évaluation est effectuée à l'aveugle (les évaluateurs ne savent pas qui reçoit quel traitement) ?	NSP	Oui	Oui
Les participants ont-ils reçu l'intervention qui leur a été assignée ?	Oui	Oui	Oui

Études quantitatives sans répartition aléatoire

Critères	Mohamad (2020)	Turner (2022)
Les participants constituent-ils un échantillon représentatif de la population cible ?	NSP	Oui
Les mesures sont-elles appropriées en ce qui a trait aux effets (<i>outcomes</i>) et à l'intervention (ou l'exposition) ?	Oui	Oui
Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes ?	Oui	Oui

Les facteurs de confusion sont-ils pris en compte dans la conception de l'étude et l'analyse des données ?	Oui	NSP
Pendant la période de l'étude, est-ce que l'intervention a été menée (ou l'exposition a eu lieu) comme prévu ?	Oui	Oui

Études quantitatives descriptives

Critères	Kerkhoff (2021)	Ost Nilsson, Johansson ... (2020)	Tani (2021)
La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche ?	Non	NSP	NSP
L'échantillon est-il représentatif de la population cible ?	Non	NSP	NSP
Les mesures sont-elles appropriées ?	Oui	Oui	Oui
Le risque de biais de non-réponse est-il faible ?	Oui	Oui	Oui
L'analyse statistique est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche ?	Non	Non	Non

Études qualitative

Critères	Craven (2021)	Grant (2016)	Johansson, Nilsson, ... (2021)	Moore (2023)	Öst Nilsson, Eriksson ... (2020)	Öst Nilsson (2017)	Turner (2022)
L'approche qualitative est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Les méthodes de collecte de données qualitatives sont-elles adéquates pour répondre à la question de recherche ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Les résultats émanent-ils adéquatement des données ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
L'interprétation des résultats est-elle suffisamment étayée par les données ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Y a-t-il une cohérence entre les sources, la collecte, l'analyse et l'interprétation des données qualitatives ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

ANNEXE 4. Informations complémentaires sur les études retenues

Auteurs / Pays / Questions	Devis	Temps de mesure	Variables d'intérêt / Instruments de mesure	Type d'analyse	Limites méthodologiques
<p>Craven et al. (2021) Royaume-Uni Q3</p>	Étude qualitative descriptive	Non rapporté	<p>Mentors – thèmes couverts : expériences du processus de mentorat, barrières et facilitateurs</p> <p>Ergothérapeutes – thèmes couverts : composantes de l'intervention jugée inutile, éléments manquants, utilité de l'intervention, etc.</p> <p>Thèmes explorés dans le cadre d'entrevues semi-dirigées</p> <p>Autres contenus recherchés : temps consacré au mentorat, format utilisé (téléphone, rencontre virtuelle, etc.), barrières à l'implantation de l'intervention, dimensions, etc.</p> <p>Contenus trouvés dans les dossiers et courriels</p>	<p>Trois analyses thématiques distinctes (entrevues mentors, entrevues ergothérapeutes, analyse documentaire)</p> <p>Approche inductive dans un premier temps, puis déductive en fonction des questions de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques de l'échantillon : déséquilibre hommes-femmes (4% vs 96%, respectivement) • Aucune information sur la saturation empirique des thèmes
<p>Ghanbari Ghoshchi et al. (2020) Italie Q2</p>	ECR	<p>À l'admission</p> <p>À la fin de l'intervention</p> <p>Près de 6 mois après l'intervention</p>	<p>Retour au travail (oui/non) Variable non définie</p> <p>Nombre d'heures/semaine</p> <p>Autonomie dans les AVQ : <i>Modified Barthel Index</i> (MBI)</p> <p>Santé globale : <i>Short Form Health Survey</i> (SF-12):</p>	<p>Selon le type de données : test du X^2, test U de Mann-Whitney ou test T</p> <p>Régression logistique binaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Représentativité de l'échantillon : principalement des hommes • Plusieurs critères d'appariement des groupes (intervention vs témoin) – pouvant avoir une influence sur la décision de retourner au travail – n'ont pas été considérés (ex. niveau d'éducation, type d'emploi, statut socioéconomique) • Absence de temps de mesure à moyen et long terme

Auteurs / Pays / Questions	Devis	Temps de mesure	Variables d'intérêt / Instruments de mesure	Type d'analyse	Limites méthodologiques
<p>Johansson, Nilsson, et al. (2021)</p> <p>Suède</p> <p>Q3</p>	<p>Étude de cas qualitative</p>	<p>Entrevue 1 : lorsque la moitié des usagers ont complété le ReWork-Stroke program</p> <p>Entrevue 2 : à la fin du projet, lorsque tous les usagers ont complété le programme</p>	<p>Thème 1 – Processus du ReWork-Stroke program :</p> <p>Mode d'intervention (en personne, téléphone, courriel, rencontre individuelle/groupe), lieux d'intervention (clinique, lieu de travail), durée de la période de réadaptation, etc.</p> <p>Thème 2 – Mécanismes d'impact du ReWork-Stroke program</p> <p>Thèmes explorés dans le cadre d'entrevues semi-dirigées et d'une analyse documentaire (journaux de bord)</p>	<p>Analyse de contenu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats qui reflètent l'expérience de seulement deux thérapeutes • Manque de transparence : plusieurs résultats sans extrait d'entrevue • Aucune information sur la saturation empirique des thèmes
<p>Kerkhoff (2021)</p> <p>Allemagne</p> <p>Q2</p>	<p>Étude de cas quantitative</p>	<p>Avant l'intervention (2 mesures)</p> <p>À la fin de l'intervention</p> <p>2 mois après la fin de l'intervention</p>	<p>Retour au travail (oui/non)</p> <p>Inclut emplois à temps partiel et à temps plein, exclut bénévolat et études</p> <p>Nombre d'heures/semaine</p> <p>Recherche visuelle saccadique</p> <p>Mesurée à l'aide d'un sous-test du logiciel <i>EyeMove</i> (temps de recherche en milliseconde)</p> <p>Convergence fusionnelle horizontale</p> <p>Mesurée à l'aide de trois appareils dichoptiques (barre de prismes, chéiroscope, entraîneur de vergence)</p> <p>Extinction visuelle</p> <p>Mesurée à l'aide d'un sous-test du logiciel <i>EyeMove</i></p> <p>Perception visuo-spatiale</p> <p>Onze sous-fonctions visuo-spatiales différentes évaluées avec le système informatisé de test <i>VS-Win</i></p>	<p>Statistiques rapportées pour chaque cas unique</p> <p>Valeur critique calculée et comparée à la valeur Z.</p> <p>Calcul de la valeur P</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Représentativité de l'échantillon : seulement trois cas, tous des hommes • Absence de groupe témoin • Plusieurs facteurs confusionnels non pris en compte dans les analyses (ex. niveau d'éducation, type d'emploi, statut socioéconomique, relation avec l'employeur pré-AVC) • Absence de temps de mesure à moyen et long terme

Auteurs / Pays / Questions	Devis	Temps de mesure	Variables d'intérêt / Instruments de mesure	Type d'analyse	Limites méthodologiques
Mohamad et al. (2020) Singapour Q2	Étude pré-test/post-test à groupe unique	Admission au programme Fin du programme	Retour au travail (oui/non) Inclut emploi à temps partiel et à temps plein, exclut bénévolat et études Réintégration dans la communauté : <i>Community Integration Questionnaire</i> (CIQ) Trois sous-échelles : intégration à la maison, intégration sociale, intégration dans activité productive Équilibre : <i>Berg Balance Scale</i> (BBS) Marche – endurance: <i>6-minute walk test</i> (6MWT) Marche – vitesse: <i>10-meter walk test</i> (10mWT) Autonomie dans les AVQ : <i>Modified Barthel Index</i> (MBI)	Test des rangs signés de Wilcoxon (comparaison pré-post programme) Test U de Mann-Whitney (comparaison entre ceux qui sont retournés au travail et ceux qui ne le sont pas)	<ul style="list-style-type: none"> • Représentativité de l'échantillon : principalement des hommes, avec un bon niveau de fonctionnement (condition physique, AVQ) • Absence de groupe témoin • Données rétrospectives issues des bases de données • Plusieurs facteurs confusionnels non pris en compte dans les analyses (ex. niveau d'éducation, type d'emploi, statut socioéconomique, relation avec l'employeur pré-AVC) • Absence de temps de mesure à moyen et long terme
Moore et al. (2023) Australie Q3	Étude qualitative descriptive / exploratoire	Après avoir participé à un programme de réadaptation professionnelle	Thèmes couverts : défis au moment de retourner au travail, engagement avec employeurs et collègues, impact psychologique de l'AVC sur le retour au travail Thèmes explorés dans le cadre d'entrevues semi-dirigées	Analyse thématique selon une approche inductive	---
Ntsiea (2015) Afrique du Sud Q2	ECR	Avant le début du programme Après 3 mois Après 6 mois	Retour au travail (oui/non) Inclut emplois à temps partiel et à temps plein, exclut bénévolat et études Niveau de fonctionnement : <ul style="list-style-type: none"> • AVQ : <i>Barthel index</i> (BI) • Mobilité : <i>Modified Rivermead Mobility index</i> (MRMI) • Cognition globale : <i>Montreal cognitive assessment</i> (MoCA) 	Selon le type de données : test de T, test U de Mann-Whitney, test exact de Fisher, test du X ² Régression logistique	<ul style="list-style-type: none"> • Répartition non à l'aveugle chez les participants (savent ce qu'ils reçoivent) • Plusieurs critères d'appariement des groupes (intervention vs témoin) – pouvant avoir une influence sur la décision de retourner au travail – n'ont pas été considérés (ex. niveau d'éducation,

Auteurs / Pays / Questions	Devis	Temps de mesure	Variables d'intérêt / Instruments de mesure	Type d'analyse	Limites méthodologiques
			Qualité de vie: <i>Stroke Specific Quality of Life Scale (SSQoL)</i>		<p>type d'emploi, statut socioéconomique)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupes non comparables avant le début de l'intervention. Différences significatives pour : côté de l'hémiplégie, niveau d'éducation, revenu mensuel et aide à la maison • Absence de temps de mesure à moyen et long terme
Öst Nilsson, Eriksson, et al. (2020) Suède Q3	Étude qualitative exploratoire inspirée par la théorisation ancrée	Entrevue 1 : 2-3 semaines après le début du programme Entrevue 2 : 8-9 semaines plus tard	Thème couvert : défis rencontrés (en tant que parties prenantes) Thème exploré dans le cadre d'entrevues semi-dirigées	Méthode de la comparaison constante	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques de l'échantillon : déséquilibre hommes-femmes (n = 7 vs 4, respectivement) • Aucune information sur la saturation empirique des thèmes • Relation de confiance préexistante entre usagers et collègues (peut influencer les résultats)
Öst Nilsson, Johansson, et al. (2020) Suède Q2	Étude quantitative descriptive	Avant le début du programme Après 3 mois Après 9 mois	Potentiel de retour au travail : <i>Worker Role Interview (WRI-S)</i> Performance au travail : <i>Assessment of Work Performance (AWP)</i> Niveau de réintégration au travail Exprimé en pourcentage (0%, 25%, 50%, 75%, 100%)	Statistiques descriptives	<ul style="list-style-type: none"> • Représentativité de l'échantillon : seulement 10 cas • Manque de clarté quant à la stratégie d'échantillonnage. Sur quelles bases les dix cas ont-ils été choisis? • Absence de groupe témoin • Résultats descriptifs (aucun test statistique) • Absence de temps de mesure à long terme
Öst Nilsson et al. (2017) Suède	Étude qualitative exploratoire utilisant une approche de	Entrevue 1 : 2-3 semaines après de début du programme	Thèmes couverts : expérience du processus de retour au travail, aspects ayant influencé ce processus	Méthode de la comparaison constante	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques de l'échantillon : déséquilibre hommes-femmes (n = 5 vs 2, respectivement)

Auteurs / Pays / Questions	Devis	Temps de mesure	Variables d'intérêt / Instruments de mesure	Type d'analyse	Limites méthodologiques
Q3	théorisation ancrée	Entrevue 2 : 10 semaines plus tard	Thèmes explorés dans le cadre d'entrevues semi-dirigées		<ul style="list-style-type: none"> Aucune information sur la saturation empirique des thèmes
Radford et al. (2020) Grant (2016) Royaume-Uni Q2-Q3	Étude mixte Volet quantitatif ECR	Avant le début du programme Après 3 mois Après 6 mois Après 12 mois	<p>Retour au travail (oui/non) Au moins 1h/semaine de travail rémunéré ou non (bénévolat). Inclus aussi les études à temps plein. Exclut le travail des proches aidants et les tâches ménagères.</p> <p>Heures travaillées (par semaine)</p> <p>Changement d'emploi/employeur</p> <p>Accommodements au travail (oui/non)</p> <p>Revenu</p> <p>Satisfaction au travail (oui/non)</p> <p>L'ensemble de ces variables sont mesurées à l'aide d'un questionnaire</p> <p>Anxiété/dépression : <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS)</p> <p>Autonomie dans les AVQ: <i>Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale</i> (NEADL)</p>	Statistiques descriptives	<ul style="list-style-type: none"> Plusieurs critères d'appariement des groupes (intervention vs témoin) – pouvant avoir une influence sur la décision de retourner au travail – n'ont pas été considérés (ex. niveau d'éducation, type d'emploi, statut socioéconomique) Aucun test statistique pour s'assurer de la comparabilité des groupes Résultats descriptifs (aucun test statistique) Absence de temps de mesure à long terme Définition inclusive du travail (inclut le travail bénévole)
	Volet qualitatif Étude descriptive	Variable (entre 70 jours avant la fin du programme et 266 jours après le programme)	<p>Thèmes couverts : efficacité perçue, utilité et acceptabilité du programme</p> <p>Thèmes explorés dans le cadre d'entrevues semi-dirigées</p>	Analyse thématique Création d'une carte thématique pour combiner les thèmes issus des survivants d'AVC et ceux des employeurs	<ul style="list-style-type: none"> Caractéristiques de l'échantillon : les employeurs ne sont que des femmes Saturation empirique non atteinte chez le groupe d'employeurs
Tani et al. (2021) Japon (Q2)	Étude de cas	Plusieurs visites sur une période de 17 mois	<p>Temps pour exécuter une tâche cruciale liée à l'emploi</p> <p>Mesuré à l'aide d'une analyse des micromouvements</p>	Résultats descriptifs rapportés de manière factuelle	<ul style="list-style-type: none"> Représentativité de l'échantillon : seulement un cas (homme) Manque de clarté quant à la stratégie d'échantillonnage : on ne sait pas sur quelles bases le cas a été choisi

Auteurs / Pays / Questions	Devis	Temps de mesure	Variables d'intérêt / Instruments de mesure	Type d'analyse	Limites méthodologiques
					<ul style="list-style-type: none"> • Absence de groupe témoin • Résultats descriptifs (aucun test statistique) • Absence de temps de mesure à moyen et long terme
<p>Turner et al. (2022)</p> <p>Australie</p> <p>Q2-Q3</p>	<p>Étude mixte</p> <p>Volet quantitatif</p> <p>Étude pré-test/post-test (ou en cours de test) à groupe unique</p>	<p>À l'admission</p> <p>6 mois post-AVC</p>	<p>Retour au travail (oui/non)</p> <p>Emploi rémunéré ou travail effectué dans une entreprise familiale de 1h ou plus par semaine. Exclut bénévolat et études.</p> <p>Information tirée des notes cliniques</p> <p>Statut au travail (occasionnel, temps partiel ou temps plein)</p> <p>Donnée auto-rapportée</p> <p>Rôle au travail (modification des tâches, changement de position, etc.)</p> <p>Donnée auto-rapportée</p> <p>Heures travaillées</p> <p>Donnée auto-rapportée</p> <p>Dépression : <i>Patient Health Questionnaire-9</i> (PHQ-9)</p> <p>Anxiété : <i>General Anxiety Disorder-7</i> (GAD-7)</p> <p>Fatigue : <i>Neurological Fatigue Index – Stroke</i> (NFI-Stroke)</p> <p>Auto-efficacité : <i>General Self- Efficacy Scale</i> (GSE)</p> <p>Niveau de fonctionnement : <i>Work and Social Adjustment Scale</i> (WSAS)</p> <p>Domaines évalués : emploi, gestion de la maison, activités sociales, loisirs individuels, relations rapprochées</p>	<p>Selon le type de données : test des rangs signés de Wilcoxon, test U de Mann-Whitney</p> <p>Taille de l'effet calculé avec Wilcoxon Z</p> <p>*Plusieurs résultats n'ont pas fait l'objet de tests statistiques (N et % exclusivement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Représentativité de l'échantillon : principalement des hommes • Absence de groupe témoin • Attrition importante de l'échantillon : les données sur le retour au travail au suivi de 6 mois sont disponibles chez la moitié seulement des participants • Plusieurs facteurs confusionnels non pris en compte dans les analyses (ex. niveau d'éducation, type d'emploi, statut socioéconomique, relation avec l'employeur pré-AVC) • Absence de temps de mesure à moyen et long terme

Auteurs / Pays / Questions	Devis	Temps de mesure	Variables d'intérêt / Instruments de mesure	Type d'analyse	Limites méthodologiques
	Volet qualitatif Phénoménologie	Non rapporté	Thèmes couverts : expériences des participants au programme (besoins personnels, soutien, validation, effort personnel, etc.) Explorés dans le cadre d'entrevues semi-dirigées	Analyse interprétative phénoménologique	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques de l'échantillon : déséquilibre hommes-femmes (n = 5 vs 1, respectivement) • Aucune information sur la saturation empirique des thèmes

AVQ = Activités de la vie quotidienne, ECR = Essai contrôlé randomisé, S. O. = Sans objet

ANNEXE 5. Caractéristiques des programmes et interventions recensés

Total : 10 programmes / interventions

Note. Le niveau de précision dans les fiches descriptives dépend de la quantité d'informations rapportées dans les références consultées.

Programmes de réadaptation au travail

Présentés en ordre alphabétique

Programme #1	
Nom	<i>Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation (ESSVR)</i>
Décrit/évalué par	Craven et al. (2021); Grant (2016); Radford et al. (2020); Radford et al. (2022)
Clientèle ciblée	Personne âgée de plus de 16 ans, travaillant au moins une heure par semaine (emploi rémunéré ou bénévolat) ou étant aux études à temps plein avant l'AVC Exclusions : Personne qui n'envisage pas retourner au travail ou qui présente une condition médicale l'empêchant d'y retourner
Coordonné par	Ergothérapeute, en collaboration avec une équipe plus large (professionnels de la santé, médecins praticiens, service d'aide à l'emploi, etc.)
Début de l'intervention	Au cours des 8 premières semaines post-AVC Dans l'étude de Grant (2016) / Radford et al. (2020) : entre 10 et 53 jours post-AVC (moyenne : 30 jours)
Milieu d'intervention	En communauté (principalement domicile et lieu de travail) Dans l'étude de Grant (2016) / Radford et al. (2020) : 64% des séances se sont déroulées au domicile, 28% sur le lieu de travail
Fréquence des séances	Selon les besoins du client Dans l'étude de Grant (2016) / Radford et al. (2020) : entre 1 et 25 séances au total (moyenne : 10 séances)
Durée des séances	Environ 1 heure
Durée totale de l'intervention	Selon les besoins du client, maximum 12 mois Dans l'étude de Grant (2016) / Radford et al. (2020) : entre 21 et 369 jours (moyenne 231 jours)

Programme #1

Composantes

Programme se déroulant en trois phases :

1) Intervention précoce et préparation au travail :

L'ergothérapeute intervient tôt pour s'assurer que le travail est à l'agenda et que l'emploi n'est pas abandonné. Les participants sont encouragés à maintenir les canaux de communication ouverts avec l'employeur.

2) Retour au travail

3) Maintien du retour au travail

Composantes du programme :

- **Évaluation individuelle** : vise à identifier les difficultés (mobilité, cognition, langage, etc.) pouvant affecter la capacité à retourner travailler.

Inclus une entrevue initiale; l'utilisation d'outils standardisés (pour évaluer santé physique, santé mentale et niveau de fonctionnement); l'observation du participant; l'analyse du travail et du lieu de travail.

- **Formulation d'objectifs et planification de l'intervention** : identification des objectifs en lien avec le retour au travail et la réadaptation nécessaire pour s'y préparer.

Les objectifs peuvent être revus et modifiés tout au long du processus de retour au travail.

- **Séances d'intervention individualisées et devoirs à faire à la maison** : séances axées sur l'éducation et la préparation de la personne au retour au travail, en favorisant l'utilisation de compétences/aptitudes (motrices, sensorielles, cognitives, sociales, émotionnelles) requises pour l'emploi.

Exemples de devoir : exercices mathématiques, lecture, exercice/marche (utilisation de la Wii Fit), activités à l'ordinateur, utilisation du transport en commun, magasinage, cuisine, activités sociales, etc.

- **Informations sur l'AVC** : informations verbales ou écrites (dépliants, brochures, sites Web, etc.) données au participant et, si approprié, aux membres de la famille, au gestionnaire/employeur et aux collègues de travail.

Informations sur les impacts de l'AVC et sur comment gérer les difficultés associées (fatigue, problèmes visuels, problèmes cognitifs, problèmes émotionnels, problèmes de communication, etc.).

- **Soutien psychologique** : soutien offert au participant, aux membres de la famille et au gestionnaire/employeur, à toutes les phases du programme.

Exemples : demander comment le participant se sent durant les séances, écouter ses préoccupations et fournir des encouragements et du renforcement positif.

- **Liaison avec d'autres services / agences** : liaisons avec les professionnels au dossier en provenance d'autres services (ex. physiothérapeute, orthophoniste, neuropsychologue), le médecin généraliste et d'autres organismes (ex. organisme spécialisé dans la recherche d'emploi pour personne en situation de handicap).

Peut prendre différentes formes (rencontres en personne, appels téléphoniques, courriels, lettres).

Programme #1

- **Préparation au travail** : si possible, les tâches du travail sont simulées au domicile ou dans un autre milieu en communauté.

Exemples : tâches à l'ordinateur requises pour l'emploi, se tenir debout/marcher pour se préparer aux exigences physiques du travail, conduire/utiliser le transport en commun pour se préparer au trajet domicile-travail

Reprise graduelle d'une routine (ex. demander au participant de se lever toujours à la même heure, comme il le ferait s'il travaillait)
- **Planification du retour au travail** : débute par une discussion avec le participant sur les différentes options possibles. Le participant précise à quel moment il croit être prêt pour retourner au travail et dans quelles conditions (heures, jours, tâches).

S'en suit le développement d'un plan de retour au travail structuré – négocié et convenu avec le participant et son employeur – comprenant des dispositions transitoires, des ajustements raisonnables et des aménagements du lieu de travail pendant le retour progressif.

Des emplois alternatifs sont explorés si un retour au travail pré-AVC n'est pas faisable.
- **Examen et suivi du retour au travail** : une fois le participant retourné au travail, le plan de retour est révisé régulièrement (au départ chaque semaine puis réduit graduellement à tous les 15 jours). Des modifications d'heures, de jours et de fonctions peuvent être apportées au besoin.

Sont pris en compte la fatigue, la concentration et le niveau d'endurance.

Le suivi se poursuit jusqu'à ce que le participant ait repris ses heures et ses fonctions antérieures. Si nécessaire, des ajustements à plus long terme peuvent être négociés avec l'employeur.
- **Maintien du retour au travail et accompagnement continu** : le thérapeute reste en contact jusqu'à ce que le participant, les membres de la famille et l'employeur sont satisfaits et que la situation est stable.

Contacts en personne, au téléphone ou par courriel.
- **Retrait progressif de l'intervention / fin de l'intervention** : la fréquence des contacts entre le thérapeute, le participant et l'employeur est réduite graduellement.

Le programme prend fin lorsque toutes les parties prenantes sont satisfaites ou lorsque la durée maximale a été atteinte (12 mois).

Programme #2	
Nom	<i>Fukuoka Occupational Health Support Center</i>
Décrit/évalué par	Tani et al. (2021)
Clientèle ciblée	Toutes personnes présentant des incapacités et souhaitant retourner au travail Dans le cadre de l'étude : un pharmacien ayant subi un AVC Exclusions : aucun critère d'exclusion n'est rapporté
Coordonné par	Personnel du centre (non précisé)
Début de l'intervention	15 mois post-AVC
Milieu d'intervention	Hôpital et lieu de travail
Fréquence des séances	Non rapportée
Durée des séances	Non rapportée
Durée totale de l'intervention	17 mois
Composantes	<p>Centre d'ergothérapie offrant gratuitement du soutien et des conseils pour le retour au travail, tant auprès des entreprises qu'auprès des travailleurs.</p> <p>Dans le cadre de l'étude, le soutien et les conseils donnés au participant (pharmacien) et à son employeur sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Première visite (en prévision du retour au travail) Évaluation préliminaire de l'environnement de travail. Pour prévenir les trébuchements/chutes et éviter de réduire la productivité du participant, les recommandations suivantes ont été faites à l'employeur : <ul style="list-style-type: none"> ○ Permettre des heures de travail décalées; ○ Sécuriser les voies de circulation dans l'arrière-boutique (ex. déplacer les poubelles); ○ Équiper le bureau de travail d'un porte-canne; ○ Placer la tablette de travail sur le côté droit du bureau de travail. • Deuxième visite (une fois le participant retourné au travail) Évaluation de la fonction motrice résiduelle du participant et analyse de ses tâches sur place (par échantillonnage de travail, étude des temps et des mouvements et échanges avec le participant). À la suite de cette évaluation, les recommandations suivantes ont été faites au participant et à son employeur : <ul style="list-style-type: none"> ○ Utiliser un support fait sur mesure pour assister des micro-mouvements spécifiques lors de l'exécution d'une tâche importante du pharmacien (la préparation des médicaments);

Programme #2

- Utiliser activement la main gauche pour les tâches qui ne nécessitent pas de dextérité.

- **Troisième visite (remise d'un outil d'assistance)**

À la suite de l'évaluation faite à la deuxième visite, un outil fabriqué sur mesure est remis au participant pour le soutenir dans sa tâche de préparation des médicaments.

Programme #3	
Nom	Intervention de réadaptation professionnelle (sans nom précis)
Décrit/évalué par	Moore et al. (2023); O'Keefe et al. (2022)
Clientèle ciblée	Personne occupant un emploi avant de subir un AVC et ayant comme objectif de retourner travailler Exclusions : aucun critère d'exclusion rapporté
Coordonné par	Ergothérapeute, en collaboration avec d'autres professionnels de la santé, l'employeur et des services communautaires
Début de l'intervention	Au cours des 4 premiers mois post-AVC, alors que les participants reçoivent aussi de la réadaptation clinique traditionnelle
Milieu d'intervention	En communauté (peut débuter en réadaptation interne)
Fréquence des séances	1 fois/semaine
Durée des séances	1 heure
Durée totale de l'intervention	12 semaines
Composantes	<p>Intervention individuelle adaptée aux objectifs du client afin d'améliorer sa capacité de travail.</p> <p>Elle débute par une évaluation des rôles et responsabilités du participant dans son travail ainsi que des déficiences liées à son AVC. Selon les résultats de l'évaluation, l'ergothérapeute :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tente de prévoir les défis potentiels sur le lieu de travail; • Détermine les capacités et les limites du participant sur le plan du travail; • Coordonne les services et les ressources appropriés par les professionnels de la santé, les employeurs et les services communautaires; • Négocie des ajustements sur le lieu de travail; • Assure le suivi du retour au travail; • Le cas échéant, explore avec le participant d'autres avenues si un retour à l'emploi pré-AVC n'est pas envisageable. <p>L'intervention de réadaptation commence par l'établissement d'une routine quotidienne à la maison et une sensibilisation au rôle du travailleur. L'intervention est ensuite axée sur l'acquisition de compétences professionnelles de base (ex. résolution de problème dans des cas complexes, travail d'équipe).</p> <p>Selon les besoins individuels propres à chaque participant, l'intervention peut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viser à rétablir les capacités physiques et cognitives nécessaires à l'emploi; • Comprendre l'entraînement de tâches liées à l'emploi;

Programme #3

- Inclure des programmes de perfectionnement à l'emploi.

L'intervention peut également cibler la fatigue post-AVC et l'accès à la communauté (ex. entraînement au niveau du transport).

Par la suite, un plan de retour au travail individualisé est établi. Avec l'accord du participant, l'employeur et le personnel concerné en matière de santé et de sécurité au travail peuvent être impliqués dans le programme de réadaptation professionnelle. Dans le cas contraire, des conseils concernant la liaison avec l'employeur sont donnés au participant.

Programme #4	
Nom	<i>ReWork-Stroke rehabilitation programme</i>
Décrit/évalué par	Johansson, Hellman, et al. (2021); Johansson, Nilsson, et al. (2021); Öst Nilsson (2019); Öst Nilsson, Eriksson, et al. (2020); Öst Nilsson et al. (2017); Öst Nilsson, Johansson, et al. (2020)
Clientèle ciblée	Personne âgée entre 20 et 63 ans, occupant un emploi avant de subir un AVC et voulant retourner travailler, considérée par l'équipe clinique comme étant dans la phase de réadaptation de retour au travail Exclusions : Personne souffrant de démence ou autre trouble neurologique ou ayant un trouble psychiatrique
Coordonné par	Ergothérapeute, en collaboration avec d'autres professionnels au besoin
Début de l'intervention	Flexible Öst Nilsson et al. (2017) : de 4,5 à 14 mois (médiane = 7,5 mois) Öst Nilsson, Johansson, et al. (2020) : de 4,5 à 19 mois (médiane = 7,75 mois) Johansson, Nilsson, et al. (2021) : de 4,5 à 19 mois (moyenne = 8,8 mois)
Milieu d'intervention	En communauté, principalement sur le lieu de travail
Fréquence des séances	Au besoin Phase de préparation : fréquence non précisée. Séances souvent plus fréquentes durant cette phase comparativement à la phase d'essai au travail Phase d'essai au travail : visites régulières sur le lieu de travail du participant (2 fois/mois pendant 3 mois)
Durée des séances	Non rapportée
Durée totale de l'intervention	Variable selon le participant Dans l'étude de Johansson, Nilsson, et al. (2021) : entre 12 et 68 semaines (moyenne = 31 semaines)
Composantes	Programme en deux phases : 1) Phase de préparation <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la situation du client : l'ergothérapeute se fait une image claire de la situation de vie quotidienne du client, incluant ses ressources et les barrières à son retour au travail (ex. conséquences de l'AVC, situation sociale, éducation, situation professionnelle antérieure, soutien familial). L'ergothérapeute et le client doivent également s'entendre sur l'information à transmettre à l'employeur et à ses collègues. • Évaluation du travail et du lieu de travail : l'ergothérapeute visite le lieu de travail avec son client pour rencontrer l'employeur et se renseigner sur sa situation d'emploi, les tâches de travail réelles, les exigences de l'emploi et le lieu de travail.

Programme #4

- **Informations sur le retour au travail post-AVC** : l'ergothérapeute fournit des informations sur la réadaptation au travail au client et à ses proches. Il prend également connaissance de la situation familiale et du soutien de la famille pour le retour au travail.

Sur le lieu du travail, l'ergothérapeute fournit à l'employeur des informations sur la réadaptation au travail, ainsi que sur les différentes formes d'aide, options de transport et soutien économique.

- **Collaboration avec d'autres parties prenantes** : l'ergothérapeute contacte l'agent de l'instance gouvernementale chargée du suivi du client (*Social Insurance Agency*) pour une collaboration future et fournit des informations sur les conséquences de l'AVC tant à l'employeur qu'à l'agent du gouvernement.

2) Phase d'essai du retour au travail

- **Planification du retour au travail** : un plan de retour au travail et des suivis sont élaborés, en collaboration avec le client, l'employeur et l'agent du gouvernement. Ce plan inclut la date de début, les heures de travail, leur répartition sur la semaine, les tâches de travail appropriées, et la manière dont le soutien devrait être fourni.
- **Évaluation du rendement au travail** : L'ergothérapeute fournit à l'employeur des outils pour évaluer le rendement au travail, notamment un questionnaire basé sur l'outil *Assessment of Work Characteristics* (AWC).

- **Suivi de la situation au travail durant la phase d'essai**

L'ergothérapeute effectue des visites sur le lieu de travail. Au cours de ces visites, il discute du rendement au travail avec le client, ses collègues et l'employeur et donne des conseils sur les ajustements appropriés aux tâches et/ou à l'horaire de travail.

L'ergothérapeute a également des contacts réguliers avec l'agent du gouvernement et le médecin généraliste du client pour échanger des informations relatives au processus de retour au travail en cours.

- **Conclusion/finalisation du programme**

L'intervention se termine par une synthèse des actions prises lors de la phase de réadaptation au travail, dans le cadre d'une discussion finale avec le client et l'employeur.

Programme #5	
Nom	<i>Stay at Work Intervention (SAWI)</i>
Décrit/évalué par	Turner et al. (2022)
Clientèle ciblée	Personne âgée entre 18 et 75 ans, travaillant avant de subir un AVC (une heure ou plus par semaine de travail rémunéré ou dans une entreprise familiale) Exclusions : aucun critère d'exclusion n'est rapporté
Coordonné par	Dans le cadre de l'étude, deux coordonnateurs aux profils différents L'un est diplômé en réadaptation. L'autre est diplômé en enseignement et détient une expérience de travail en gestion, ainsi que dans les secteurs de l'emploi et de l'invalidité.
Début de l'intervention	3 mois post-AVC
Milieu d'intervention	En communauté (lieu non précisé)
Fréquence des séances	Nombre de séances variable Entre 4 et 21 séances selon le participant (médiane = 7 séances)
Durée des séances	Non rapportée
Durée totale de l'intervention	Jusqu'à 12 mois
Composantes	<p>Programme se déroulant en trois phases :</p> <p>1) Rencontre initiale Rencontre se déroulant en personne avec le coordonnateur SAWI. La santé du participant, sa situation financière et d'emploi sont évaluées. Des outils standardisés et validés sont utilisés, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)</i> pour la dépression; • <i>General Anxiety Disorder-7 (GAD-7)</i> pour l'anxiété; • <i>Neurological Fatigue Index – Stroke (NFI-Stroke)</i> pour la fatigue; • <i>General Self- Efficacy Scale (GSE)</i> pour l'auto-efficacité; • <i>Work and Social Adjustment Scale (WSAS)</i> pour le niveau de fonctionnement. <p>Également, sont identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les barrières et facilitateurs pour le retour au travail; • Les engagements financiers; • Le réseau de soutien (social, santé mentale). <p>Enfin, des informations sur les prestataires de soins de santé et l'employeur sont collectées.</p>

Programme #5

2) **Élaboration d'un plan d'action**

À la suite de la première rencontre, le coordonnateur et le participant discutent des lacunes dans les soins, des options de référence potentielles et d'un plan d'action pour le suivi.

3) **Rencontres subséquentes**

Les rencontres suivantes se déroulent en personne ou au téléphone. Le coordonnateur assure la liaison avec les parties prenantes (ex. médecin généraliste, équipe de réadaptation, employeur) ou encourage le participant à se procurer une référence auprès de son médecin généraliste (ex. pour des services en réadaptation plus poussés ou en santé mentale).

Des ressources écrites sont transmises au client par la poste ou par courriel, au besoin. Une assistance est fournie pour naviguer dans les services et compléter des formulaires (ex. sécurité sociale), créer un CV et identifier les opportunités de formation si nécessaire.

Si indiqué et approprié, le coordonnateur rencontre l'employeur et le client pour veiller à ce que le participant puisse conserver son emploi durant la période de récupération et discuter des ajustements d'emploi ou d'un retour au travail progressif.

Des programmes de groupe de courte durée (2 séances) abordant diverses thématiques (le rétablissement, l'adaptation, la navigation dans les services, les options carrières) sont offerts lorsque le nombre de participants est suffisant.

Programme #6	
Nom	<i>Stroke Return to Work Intervention Programme (SReTWIP)</i>
Décrit/évalué par	Olaoye et al. (2020)
Clientèle ciblée	Personne occupant un emploi avant de subir un AVC. Aucune autre précision. Exclusions : aucun critère d'exclusion n'est rapporté
Coordonné par	Ergothérapeutes et physiothérapeutes, en collaboration avec une équipe interdisciplinaire
Début de l'intervention	Période de réadaptation ambulatoire, après que le client soit devenu indépendant dans ses AVQ
Milieu d'intervention	En clinique et sur le lieu de travail
Fréquence des séances	Fréquence variable selon la phase du programme Phase 1 = 3 à 5 séances Phase 2 = 5 à 9 séances Phase 3 = Minimum de 8 séances sur une période de 1 mois Phase 4 = Contacts limités à 1 ou 2 séances par mois sur une période de 3 mois
Durée des séances	Durée variable selon la phase du programme Phase 1 = 45 à 60 minutes Phase 2 = 45 à 60 minutes Phase 3 = 60 minutes Phase 4 = Non rapportée
Durée totale de l'intervention	12 semaines
Composantes	<p>Programme se déroulant en quatre phases. La démarche est individualisée, et donc adaptée aux besoins spécifiques du client.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Évaluation du client Évaluation de la capacité de travail, évaluation ergonomique du lieu de travail et formulation d'objectifs. 2) Interventions spécifiques au travail et hors travail Les cibles d'intervention incluent : les compétences fonctionnelles, l'orientation professionnelle, la planification de carrière et les compétences préprofessionnelles Interventions réalisées en clinique 3) Test d'un retour au travail Test réalisé une fois que les compétences sont acquises à la deuxième phase. D'autres parties prenantes au processus de retour au travail sont impliquées.

Programme #6

Le client peut recevoir des interventions cliniques ou spécifiques au travail.

4) Pleine participation du client dans son rôle de travailleur

Envisagée lorsque le client a acquis des compétences dans divers aspects du travail au cours des trois phases précédentes.

Le client est encouragé à réfléchir sur sa capacité à participer à son rôle professionnel en tant que travailleur. Le client synthétise et internalise ensuite les actions entreprises et les compétences acquises lors des phases précédentes.

Il est également encouragé à prendre des décisions en fonction de ses forces et faiblesses ainsi que sur le choix des services de réadaptation les mieux adaptés à ses besoins.

Programme #7	
Nom	<i>Transition to Employment (TTE) program</i>
Décrit/évalué par	Mohamad et al. (2020)
Clientèle ciblée	<p>Personne âgée entre 18 et 55 ans, ayant subi un AVC et jugée apte par son médecin à faire de la réadaptation</p> <p>Exclusions : personne jugée inapte au travail – de façon permanente – par son médecin, ayant des troubles cognitifs (score < 26 au <i>Montreal Cognitive Assessment</i>, MoCA) ou ne considérant pas le retour au travail comme un objectif de réadaptation</p> <p>Note. L'étude de Mohamad et al. (2020) cible exclusivement la clientèle AVC. Le programme inclut toutefois d'autres types de clientèle (ex. lésions de la moelle épinière)</p>
Coordonné par	Ergothérapeute, en collaboration avec physiothérapeutes, travailleurs sociaux, spécialistes de l'aide à l'emploi ou autres professionnels
Début de l'intervention	Temps médian post-AVC : 2 mois
Milieu d'intervention	En communauté (domicile, lieu de travail et autres)
Fréquence des séances	Non rapportée
Durée des séances	Non rapportée
Durée totale de l'intervention	<p>Prend fin 3 mois après le retour au travail ou lorsque des services de réadaptation ont été donnés pendant un maximum de 2 ans</p> <p>Dans Mohamad et al. (2020) : durée médiane de 10 mois</p>
Composantes	<p>Services individualisés : réadaptation physique, soutien psychosocial, aide à l'emploi (placement / soutien), etc.</p> <p>Les ergothérapeutes peuvent offrir divers services : évaluation du domicile et du lieu de travail, exploration de technologies d'assistance, simulation de tâches de travail, recommandations pour des aménagements/modifications du travail, etc.</p> <p>Le tout se fait en collaboration avec des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux et des spécialistes d'aide à l'emploi.</p> <p>Les clients sont affectés à un gestionnaire de cas parmi ces professionnels, qui coordonne les soins et examinent leurs progrès régulièrement.</p>

Programme #8	
Nom	<i>Workplace intervention programme</i>
Décrit/évalué par	Ntsiea et al. (2015)
Clientèle ciblée	Personne âgée entre 18 et 60 ans, occupant un emploi formel avant de subir un AVC Exclusions : avoir un score inférieur à 12 sur 20 à l'indice de Barthel (indiquant une dépendance dans les AVQ), ne pas envisager un retour au travail
Coordonné par	Physiothérapeute et ergothérapeute Autres collaborateurs : travailleur social, psychologue, orthophoniste, audiologiste (si requis)
Début de l'intervention	Dans les 8 premières semaines post-AVC
Milieu d'intervention	Lieu de travail, à l'exception de la période d'évaluation
Fréquence des séances	1 fois/semaine
Durée des séances	1 heure, à l'exception de la semaine 1 (évaluation) prenant un minimum de 4 heures
Durée totale de l'intervention	6 semaines
Composantes	<p>Programme qui s'adapte à la capacité fonctionnelle et aux défis professionnels de chaque client.</p> <p>Semaine 1 Évaluation des compétences professionnelles à l'aide du <i>Therapists Portable Assessment Lab</i> and du <i>Job Content Questionnaire</i>.</p> <p>L'évaluation cible plusieurs compétences pouvant affecter le travail (ex. discrimination visuelle, coordination œil-main, forme et perception spatiale, dextérité manuelle, discrimination des couleurs, problèmes cognitifs et facteurs d'exigence physique spécifiques au travail.</p> <p>Semaine 2 Le thérapeute rencontre le client et l'employeur séparément pour évaluer les barrières et facilitateurs au retour au travail. Le tout est suivi d'une réunion entre le thérapeute, le client et l'employeur/superviseur pour discuter et élaborer un plan visant à surmonter les obstacles identifiés et à renforcer les facilitateurs. Un consensus entre le client et l'employeur doit être obtenu.</p> <p>Il est précisé, tant au client qu'à l'employeur, que l'élaboration du plan d'intervention ne signifie pas que l'employé est incité à retourner immédiatement au travail.</p> <p>Semaine 3 Le client travaille sur les barrières identifiées à la semaine 2. Cela peut prendre différentes formes : conseils et encadrements professionnels, soutien émotionnel, adaptation de l'environnement de travail, conseils sur les stratégies d'adaptation pour compenser la mobilité et les limitations fonctionnelles des membres supérieurs, gestion de la fatigue, etc.</p>

Programme #8

Un travailleur social, un psychologue ou un orthophoniste peuvent intervenir si nécessaire.

Si possible, un plan d'aménagement raisonnable est discuté (ex. travailler une demi-journée au début, être autorisé à venir travailler plus tard, effectuer des tâches légères pendant la convalescence).

Semaines 4, 5 et 6

Le programme de réadaptation se poursuit, tout en surveillant les progrès et en apportant les ajustements nécessaires selon les besoins du client et de l'employeur.

Interventions qui ciblent les incapacités physiques de l'utilisateur pouvant affecter le retour au travail

Présentées en ordre alphabétique

Intervention #1	
Nom	SonicHand ou Riablo™
Décrit/évalué par	Ghanbari Ghoshchi et al. (2020)
Clientèle ciblée	Personne âgée entre 18 et 66 ans, travaillant au moment de l'AVC Exclusions : score < 24 au <i>Mini-Mental State Examination</i> (MMS), négligence spatiale unilatérale sévère, toutes comorbidités sévères
Coordonné par	Non rapporté
Début de l'intervention	En moyenne, 27 mois post-AVC
Milieu d'intervention	Clinique externe de trois hôpitaux spécialisés en neuro-réadaptation
Fréquence des séances	SonicHand : 20 séances Riablo : 10 séances
Durée des séances	SonicHand : 20 minutes Riablo : 40 minutes
Durée totale de l'intervention	1 mois
Composantes	<p>Neuro-réadaptation motrice à l'aide du SonicHand ou du Riablo™, selon les objectifs individuels de réadaptation établis par l'équipe clinique en accord avec les attentes du patient.</p> <p>Les deux appareils fournissent un biofeedback technologique lié aux mouvements du patient.</p> <p>SonicHand Administré aux patients présentant des déficits de la main et nécessitant une rééducation des fonctions motrices fines des membres supérieurs et de la dextérité de la main.</p> <p>Protocole se déroulant en deux phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phase 1 (10 minutes) Échauffement comprenant les exercices d'ouverture et de fermeture des doigts et de pronation et supination de l'avant-bras. • Phase 2 (10 minutes) Au moins six exercices différents sont proposés au participant parmi les suivants :

Intervention #1

déviations radiale et ulnaire du poignet, flexion et extension, pronation et supination; préhension, pincement et extension de la main; flexion et extension de l'épaule et du coude et poussée vers l'avant.

Au cours des exercices, les mouvements sont soutenus par la technique de « sonification ». Le processus de sonification est réalisé à l'aide du Leap Motion Controller (LMC®; Leap Motion, Inc., San Francisco, CA), un appareil d'assistance optique dont le logiciel a été adapté à des fins de rééducation.

LMC® est une interface personne-machine capable de capturer les mouvements de la main et des doigts. Les données sont transformées en sons grâce à une application personnalisée développée avec l'environnement de programmation du logiciel Max 7.

Ce logiciel génère des séquences musicales en fonction des mouvements de la main détectés par le LMC®. L'application est capable d'associer le mouvement à un arpège de quatre notes ou à une texture modulée. À partir des exercices choisis, des paramètres sonores tels que la hauteur, le volume et le spectre sont identifiés et associés au mouvement. L'exécution adéquate du mouvement permet la production d'une progression harmonique d'arpèges.

Riablo™ (CoRehab, Trento, Italy)

Administré aux patients présentant des déficits liés à l'équilibre postural et aux fonctions motrices globales des membres.

Est un système adaptatif composé de plusieurs capteurs portables et d'une plateforme de stabilométrie connectée sans fil à un logiciel, pour fournir un biofeedback via une interface vidéo.

Permet aux patients d'améliorer la rééducation standard de l'équilibre et des fonctions motrices globales en guidant les performances de l'utilisateur grâce à l'utilisation d'une thérapie basée sur les jeux vidéo.

Protocole de six exercices : 1) déplacement de charge latéro-latérale; 2) déplacement de charge latéro-latérale sur plateforme oscillante; 3) déplacement de charge antéro-postérieure; 4) déplacement de charge antéro-postérieure sur plateforme oscillante; 5) déplacement de charge latéro-latérale avec flexion du genou; 6) déplacement de charge latérale avec flexion du genou sur plateforme oscillante.

Intervention #2	
Nom	Thérapie spécifique en neuropsychologie
Décrit/évalué par	Kerkhoff (2021)
Clientèle ciblée	Dans le cadre de l'étude, 3 personnes présentant une négligence spatiale unilatérale du côté gauche à la suite d'un AVC de l'hémisphère droit, occupant un emploi à temps plein au moment de l'événement Exclusions : aucun critère d'exclusion n'est rapporté
Coordonné par	Neuropsychologue
Début de l'intervention	Variable selon le patient (24 jours, 48 jours ou 155 jours post-AVC)
Milieu d'intervention	Clinique ambulatoire en neuropsychologie
Fréquence des séances	Non rapportée
Durée des séances	Non rapportée
Durée totale de l'intervention	Variable Entre 251 jours (72,5h) et 482 jours (116h), selon le participant
Composantes	Thérapie neuropsychologique se déroulant en 5 phases : 1) Entraînement des mouvements oculaires Comprend trois types d'exercice : <ul style="list-style-type: none"> ○ Stimulation optocinétique avec mouvements oculaires actifs de poursuite continue : Le patient est assis du côté droit devant un grand écran visuel (extension horizontale de 100°, extension verticale de 70°) projeté via vidéoprojecteur sur un mur blanc. Différents modèles de déplacement et vitesses allant de 5° à 30° se déplaçant horizontalement vers le côté gauche sont utilisés pour l'entraînement. Le patient doit suivre activement les mouvements oculaires aussi loin que possible vers le côté gauche (contralésionnel) lorsqu'il regarde les schémas visuels en mouvement. Lorsque le patient atteint la marge gauche de l'écran, il doit garder ses yeux là pendant au moins 3 secondes, puis ramener ses yeux sur le côté droit de l'écran et répéter la tâche. ○ Entraînement aux mouvements oculaires saccadiques à l'aide du logiciel EyeMove : Le patient doit effectuer des mouvements oculaires saccadés rapides et larges vers des cibles visuelles brièvement présentées sur la gauche (hémichamp contralésionnel) à différentes excentricités et emplacements dans tout le champ visuel gauche. Le patient a un clavier sans fil sur les genoux, connecté au logiciel EyeMove, et doit appuyer sur la barre d'espace lorsqu'il a terminé son mouvement oculaire avec succès vers la cible respective. La difficulté de la tâche (excentricité, temps de présentation et lieu de présentation) augmente continuellement avec la progression du traitement.

Intervention #2

- Entraînement à l'exploration visuelle : Le patient doit scanner des affichages visuels complexes en pointant sur des cibles spécifiques avec un pointeur laser dans sa main droite. La densité cible est faible au début et augmente continuellement au cours de la progression du traitement. Le patient doit commencer sa recherche visuelle dans le coin supérieur gauche et scanner horizontalement ligne par ligne jusqu'au coin inférieur droit, sans omettre aucune cible et le plus rapidement possible. Le thérapeute est assis à côté du patient et corrige toutes omissions ou persévérances lors du balayage visuel.

Tous les entraînements sont effectués de manière binoculaire, sauf pour un participant à l'étude souffrant d'une diplopie. Pour ce dernier, l'entraînement s'effectue de manière monoculaire à l'aide d'un cache-œil.

2) Entraînement anti-extinction

Le patient est assis au centre devant le grand écran visuel utilisé dans les entraînements aux mouvements oculaires. On lui présente des stimuli uniques d'abord dans le champ visuel gauche, et peu de temps après dans le champ visuel droit, à l'aide du logiciel Vision Training (www.neurovisiontraining.com, Munich, Allemagne). Les stimuli incluent des chiffres, des lettres, des dessins et des photographies colorées d'objets réels.

Le patient doit d'abord regarder rapidement le stimulus du côté gauche et le nommer, puis balayer rapidement son regard vers le stimulus du côté droit. Les temps de présentation cibles sont, au départ, de 3 secondes par stimulus, le stimulus gauche étant présenté quelques secondes plus tôt que le stimulus droit. Ce temps de présentation est réduit continuellement à mesure que le patient identifie correctement les deux stimuli dans un essai donné. À la fin de l'entraînement, la plupart des paires de stimulus sont présentées simultanément.

3) Entraînement au feedback spatial-perceptuel

Entraînement visuo-spatial par feedback à l'aide de 11 sous-tests du logiciel VS-Win (www.medicalcomputing.de). Pour 10 de ces sous-tests, les erreurs spatiales du patient sont affichées visuellement en utilisant un retour de couleur objectif (vert = petite erreur/presque correct, rouge = erreur trop importante). Pour des raisons techniques, le feedback est donné verbalement par le thérapeute dans 1 des sous-tests.

4) Entraînement aux activités liées travail

Ex. lire, écrire (écriture manuscrite et à l'aide d'un clavier), courriel, téléphone, etc.

5) Réintégration professionnelle

Se fait sur une durée de 6 mois. Le patient commence par un horaire réduit : 2 heures par jour de travail « facile » (généralement le matin), 3 journées par semaine (lundi, mercredi, vendredi). La charge de travail augmente progressivement chaque mois tant qu'aucun problème grave n'apparaît.

Le thérapeute effectue un suivi auprès du patient aux deux semaines (suivi téléphonique ou en personne) pour discuter des progrès et des problèmes potentiels.

